

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM Juiz de Direito Dr Sebastião Pereira dos Santos

PROCESSO Nº.: 51444766820228130024

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: A. A. P. S.

IDADE: 42 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento/Exame complementar Procedimentos cirúrgicos mastopexia com próteses de preenchimento de peles, dermolipectomia abdominal, tratamento de diástase dos músculos retos abdominais, dermolipectomia crural (coxas) anterior, dermolipectomia crural (coxas) posterior, dermolipectomia braquial, puboplastia (púbis) e lipoaspiração de dorso com lipoenxertia glútea.

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: E66, E66.8, E68, 88.1, L26

FINALIDADE/INDICAÇÃO: A requerente emagreceu 51 Kg, fato que resultou em excesso de pele em várias regiões do corpo, lipodistrofia, ptose, hipomastia, flacidez tecido epitelial, afetação no estado de saúde psicológica intrapessoal e interpessoal.

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRN 9.125; CRMMG 17.838, 26.618, 49.011 e 49.442

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2022.0002980

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

01 - O tratamento é eficaz e recomendado para o caso da paciente? 02 - O tratamento é considerado urgente/imprescindível para a cura ou melhora da paciente? 03 - A demora na realização do procedimento poderá ocasionar sequelas e/ou lesões irreversíveis ou piora do quadro de saúde da paciente? 04 - Existem outros tratamentos considerados eficazes para a paciente?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatórios nutricional e médicos, datados de 18/03/2022, 13/04/2022, 16/05/2022 trata-se de AAPS, **42 anos, passado de obesidade (IMC48), esteatose hepática, alterações gastrointestinais e tireoidianas. Submetida a cirurgia bariátrica em 02/01/2020, apresentando com perda de 51 quilos.** **Cursou com sequelas físicas** decorrentes do tratamento da obesidade **por excesso de peles; acentuada lipodistrofia de dorso lateral do tórax (graulll/IV), de glúteos, coxas e braços (grau IV/IV); de abdome com abdome em avental; pubiana com ptose vulvar e ptose e hipotrofia mamária (grau III/IV) com hipomastia; intertrigo crônico com eczema, prurido e odor inframamário, axilar e inguinal; oscilação de humor com crises de depressão e ansiedade. Em uso de tópicos (diprogenta e bepantol).** **Necessita de cirurgia plástica reparadora, com urgência: abdominoplastia, puboplastia, coxoplastia anterior e posterior; braquioplastia; mamoplastia com prótese de silicone; lipoaspiração de dorso com lipoenxertia de glúteos, para correção dos excesso de pele, minimizar as irritações em dobras.**

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.** 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. 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.

Caracteriza-se como uma doença crônica universal, provocada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, **resultante de um fenômeno multifatorial que envolve componentes sociais, comportamentais, psicológicos, metabólicos, endócrinos e genéticos.** Do ponto de vista prático a obesidade é classificada pelo índice de massa corporal (**IMC**). Pessoas com **IMC entre 25 e 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 e **superobesidade para IMCs acima de 50 kg/m².**

É o fator de risco mais importante para diabetes mellitus tipo 2. Está associada com o desenvolvimento da hipoventilação, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva, artropatias, dislipidemia e aterosclerose. Relacionada com maior risco de morte por câncer de mama, cólon, próstata, endométrio, rim e vesícula biliar. Assim, contribui, para maior risco de morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares, perda da qualidade de vida e auto-estima. Como doença crônica multifatorial e importante fator de risco, é tratada de forma integrada às ações previstas em políticas de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, de alimentação e nutrição, saúde na escola e práticas integrativas e complementares. **Seu tratamento convencional baseia-se em promover estilo de vida mais saudável,** com menor ingestão de calorias e aumento da atividade física. Mas **muitas vezes não surte efeito, sendo necessário a cirurgia bariátrica, método mais utilizado para tratamento da obesidade.** A cirurgia é mais efetiva na obesidade grau III e tem a finalidade de melhorar a qualidade e o tempo de vida do obeso, resolvendo problemas de ordem psicossocial e física, que o excesso de peso acarreta, já que proporciona expressiva redução ponderal (40%-50% de peso).

No Sistema Único de Saúde - **SUS,** a linha de cuidado integral ao obeso está organizada e estruturada na rede de atenção à saúde das

peessoas com doenças crônicas e inclui ações de promoção, prevenção e assistência à saúde coordenada pela atenção básica e articuladas com atendimento de alta complexidade, conforme o estado nutricional do indivíduo segundo o IMC para adultos, o que se repete na maioria dos demais sistemas. 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. Para indivíduos que se enquadram nesse estrato, com IMC acima de 30 Kg/m² com presença de 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. O tratamento cirúrgico deve ser ofertado em serviço de alta complexidade credenciados de forma normatizada e criteriosa.

Em geral após o primeiro ano da cirurgia bariátrica os pacientes perdem em média 45% do seu peso. Esta significativa perda de peso do paciente submetido a cirurgia bariátrica resulta em excedente cutâneo e flacidez, com grande distorção no contorno corporal, podendo gerar insatisfação com a própria imagem, dificuldade de movimentação e de higiene pessoal, levando a infecções cutâneas. Muitos pacientes não estão preparados para lidar com o excesso de pele proveniente da perda maciça de peso, o que pode levar ao declínio na qualidade de vida e ao aumento do risco de reganho de peso.

A cirurgia plástica reparadora pode desempenhar um papel importante na estabilização da qualidade de vida dos pacientes com perda de peso maciça após cirurgia bariátrica, mantendo a melhora da qualidade de vida sustentada a longo prazo, sendo considerada estética funcional. Entretanto é relacionada a altos índices de complicações que podem afetar negativamente estes ganhos em potencial. Na literatura, muitos trabalhos relatam altos índices de complicações, por volta de

50,4%, nas dermolipectomias pós-bariátricas, aumentando muito os custos do procedimento. Muitos pacientes submetidos a cirurgia reparadora pós bariátrica apresentam índice de insatisfação com o contorno corporal maior do que os submetidos apenas a cirurgia bariátrica. Como é uma cirurgia reparadora e seu resultado é aquém do desejado. Complicações e resultados estéticos ruins são frequentes naqueles com IMC pré-abdominoplastia >35, doenças clínicas de difícil controle (como hipertensão) e hérnias ventrais. A avaliação criteriosa do cirurgião plástico e o correto planejamento cirúrgico são fundamentais para o resultado final e minimização das complicações. Deve incluir estabilidade ponderal, adequadas condições clínica, psicológicas e nutricionais, modificação de hábitos de vida, visando a correção de problema estético e recidiva.

A cirurgia plástica reparadora, não tem caracter de urgência, nem é indicação clínica exclusiva para proteção à saúde. Não é critério de cura para lesões de pele, como infecções cutâneas e tão pouco para os quadros psiquiátrico. Só deve ser indicada 2 anos após a cirurgia bariátrica, quando ocorre a estabilização do peso em IMC < 30, ou se há sobra de pele e excesso gorduroso que prejudicam em muito a locomoção do paciente, ou trazem prejuízo a coluna.

A dermolipectomia abdominal é a âncora das cirurgias nos pacientes pós-bariátricos, sendo a cirurgia mais indicada e realizada. Está prevista como cobertura obrigatória pelos planos de saúde, em casos de pacientes que apresentem abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade), e apresentem uma ou mais das complicações de: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor, hérnias, etc. Já as cirurgias de mamas, braços, glúteos, dorso, coxas e íntima, podem também ser realizadas com tais objetivos estéticos-funcionais, porém não são prevista no roll de procedimentos de cobertura obrigatória da Agencia Nacional de Saúde (ANS) para este fim estético e tão pouco está incluído pós operatório fisioterapia, modeladores, drenagens e cintas neste

Roll. No Sistema Único de Saúde a cirurgia plástica reparadora de abdome, mamas e membros, é prevista como parte do tratamento de pacientes bariátricos que apresentem aderência ao acompanhamento pós-operatório, nas seguintes condições:

- 1. Mamoplastia: incapacidade funcional pela ptose mamária, com desequilíbrio da coluna;**
- 2. Abdominoplastia: incapacidade funcional pelo abdome em avental e desequilíbrio da coluna;**
- 3. Excesso de pele no braço e coxa: limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação;**
- 4. Nas indicações 1, 2 e 3: Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas;**
- 5. Nas indicações 1, 2 e 3: Alterações psico-patológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).**

Conclusão: paciente 43 anos, passado de obesidade, esteatose hepática, alterações gastrointestinais e tireoidianas. Cirurgia bariátrica em 2020, apresentando com perda de 51 quilos. Curso com sequelas físicas por excesso de peles; acentuada lipodistrofia de dorso lateral do tórax, glúteos, coxas, braços, abdome com abdome em avental; pubiana com ptose vulvar e ptose e hipotrofia mamária (grau III/IV) com hipomastia; intertrigo crônico com eczema, prurido e odor inframamário, axilar e inguinal; oscilação de humor com crises de depressão e ansiedade. Em uso de tópicos. Necessita de cirurgia plástica reparadora, com urgência: abdomino, braquio, pubo e coxoplastia anterior e posterior; mamoplastia com prótese de silicone; lipoaspiração de dorso; lipoenxertia de glúteos, para correção dos excesso de pele, minimizar as irritações em dobras.

A obesidade é uma doença crônica com taxa de mortalidade 12 vezes maior do que da população normal. É o fator de risco para várias doenças. É responsável por perda da qualidade de vida e auto-estima. Seu tratamento baseia-se em promover um 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 considerada tratamento mais efetivo da obesidade grau III, pois leva a expressiva redução ponderal e do IMC, com melhoria da qualidade e tempo de vida, resolvendo problemas de ordem física e psicossocial. Pode resultar em excedente cutâneo, distorção no contorno corporal, insatisfação com a própria imagem, dificuldade para movimentação e higiene pessoal, além de infecções cutâneas. Muitos pacientes não estão preparados para lidar com tal excesso de pele, levando ao declínio na qualidade de vida e aumento do risco de reganho de peso.

A cirurgia plástica reparadora considerada estética funcional, pode desempenhar um papel importante na estabilização da qualidade de vida dos pacientes com perda de peso maciça. Entretanto é relacionada a altos índices de complicações que podem afetar negativamente os ganhos potenciais, pois apresenta elevados índices de complicações. Não resulta em forma corporal perfeita, pois sendo uma cirurgia reparadora o seu resultado é aquém do esperado.

Dentre as cirurgias reparadoras a **abdominoplastia** é a mais indicada com cobertura obrigatória pela ANS, já tendo sido realizada pela paciente. As cirurgias de mamas, íntima, glúteos, dorso, braços e coxas, podem também ser realizadas com o objetivo estético-funcional, porém não são previstas no rol de procedimentos com de cobertura obrigatória da ANS para fim estético, assim como o fisioterapia, modeladores, cintas e drenagens. No SUS, a cirurgia plástica reparadora de abdome, mamas e membros, está consensuada, como parte do tratamento de pacientes bariátricos, se há incapacidade funcional pela ptose mamária, com desequilíbrio da coluna e limitação da atividade profissional secundárias ao peso; impossibilidade de movimentação de braço e coxa; infecções cutâneas de repetição por excesso de pele assim como alterações psicopatológicas devidas à redução de peso associada ao prejuízo coluna, do equilíbrio, de movimentos, não podem ser comprovadas no caso.

O tratamento requerido, segundo a literatura, não tem caracter de

emergência, é considerado eletivo, estético, não tendo indicação clínica exclusiva para proteção à saúde. Não é imprescindível e caso não ocorra, não resultará em dano/sequela a paciente. Não é critério de cura para lesões de pele como dermatites. Embora possa melhorar o contorno corporal, não resultará em forma corporal perfeita e nem plena satisfação do paciente (33% de insatisfação com o contorno corporal). Tão pouco é critério de tratamento de distúrbio de comportamento. Deve ser antecedido de avaliação criteriosa, presença de estabilidade ponderal e condições clínicas, psicológicas e nutricionais adequadas, além de modificações dos hábitos de vida para a correção de problemas estéticos e de recidivas.

Os benefícios obtidos para a saúde da paciente com a gastroplastia foram alcançados de modo efetivo e expressivo com a perda ponderal. Apesar da requisição, conforme a literatura e consensos, cirurgia reparadora pós cirurgia bariátrica, só é indicada se: houver sobra de pele e excesso gorduroso que prejudiquem a locomoção e o equilíbrio da paciente, ou limitem sua capacidade laborativa, características estas não apresentadas neste caso, e se decorridos 2 anos após a cirurgia bariátrica, com a estabilização do peso no IMC < 30, o que já ocorreu.

IV - REFERÊNCIAS:

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Gerência de Assistência à Saúde. Gerência Geral de Regulação Assistencial. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Relatório: Nota Técnica nº 196/2017, Nota Técnica no 204/2017. Revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde - 2018. Processo nº 33902.440494/2016-22. Rio de Janeiro, 2017. 188p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/parecer_tecnico/uploads/parecer_tecnico/_parecer_2019_10.pdf.
2. Grupo Técnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulário Eletrônico para as alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Revisão do rol de procedimentos e eventos em saúde 2018. Ata da 4ª reunião. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/Ata_4a_Reuniao_VF.pdf.

3. 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. Seção 1, página 59. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html.
4. Sati, Shawkat MD; Pandya, Sonal MD. Should a Panniculectomy/Abdominoplasty After Massive Weight Loss Be Covered by Insurance? **Annals of Plastic Surgery**. 2008;60(5):502-4. Disponível em: https://journals.lww.com/annalsplasticsurgery/Abstract/2008/05000/Should_a_Panniculectomy_Abdominoplasty_After.7.aspx.
5. van der Beek ESJ, van der Molen AM, van Ramshorst B. Complications after body contouring surgery in post-bariatric patients: The Importance of a stable weight close to normal. **Obes Facts**. 2011;4(1):61-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6444757/pdf/ofa-0004-0061.pdf>.
6. Hasanbegovic E, Sørensen JA. Complications following body contouring surgery after massive weight loss: a meta-analysis. **J Plast Reconstr Aesthet Surg**. 2014;67(3):295-301. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/423/abdominoplastia--estudo-retrospectivo>.
7. Moraes JM, Caregnato RCA, Schneider 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>.
8. de Zwaan M, Georgiadou E, Stroh CE, et al. 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. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v28n1/2237-9622-ress-28-01-e2018260.pdf>.
9. 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.

10. Baillot A, Brais-Dussault E, Bastin A, Cyr C, brunet J, Aimé A, Rpmain 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>.

11. 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>.

12. 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/39/6/643/5289235redirectFrom=fulltext>.

13. 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>.

14. 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:

16/08/2022 NATJUS - TJMG