

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara Unica /11ª CACIV

COMARCA: Rio Paranaíba/Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005824

IDADE: 59 anos

Sexo: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: L98, 8N62,

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento cirurgia reparadora pós-cirurgia bariátrica correção de lipodistrófica braquial, crural ou trocanterica de membros superiores e inferiores e correção de hipertrofia mamaria bilaterall

FINALIDADE/INDICAÇÃO: Cirurgia reparadora de mama

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRP 04/23.982, CRMMG 51386

II– PERGUNTAS DO JUÍZO:

01 - o tratamento é eficaz e recomendo para a paciente em questão ? 02 - o tratamento é considerado de urgência? 2.1 - o tratamento é emergencial? 2.2. - o tratamento é eletivo 03 - A demora na realização do procedimento poderá ocasionar sequelas e/ou lesões irreversíveis ou piora no quadro de saúde da paciente? 04 - Existem outros tratamentos ou alternativas consideradas eficazes para a paciente?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatórios médicos e psicológico, datados de 18/12/2023, trata-se de paciente de **59 anos**, com história **obesidade mórbida grau III**, desde a infância. **Submetida cirurgia bariátrica**, em 2016. Evoluiu com **perda ponderal de 38 kg**. **Apresentando sequelas do grande emagrecimento**, com **dermolipodistrofia corporal com grande excesso de pele nas costas, mamas e braços**, com **repercussões negativas na posturas, articulações como artrose e queixas algicas; dermatite de contato em dobras cutâneas, infecções fúngicas no verão; complicações pisicológicas e sociais com angústia, desconforto, constrangimento**,

sentimentos de inadequação social e dificuldades do convívio social, depressão, baixa estima e transtorno dismórfico corporal. Necessita com prioridade de mastoplastia redutora; dermolipectomia de braços e costas; cintas; drenagens e medicações, para alívio e qualidade de vida.

A obesidade é uma epidemia, caracteriza-se como uma doença crônica universal, provocada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, resultante de fenômeno multifatorial que envolve componentes comportamentais, psicológicos, metabólicos, endócrinos, genéticos e sociais, secundários 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 de obesidade. Do ponto de vista prático é classificada pelo índice de massa corporal (IMC) em: **sobrepeso (pré-obeso)** pessoas com IMC entre 25 e 29,9 kg/m²; os com IMC superiores a 30 kg/m² **obesos**; IMC na faixa entre 40 e 50 kg/m² **obesidade mórbida** e **superobesidade** para IMC acima de 50 kg/m².

Representa um dos problemas mais graves de saúde pública cujo acometimento independe de condições econômicas e sociais. É considerada entre as 10 doenças que mais matam no mundo em decorrência de suas comorbidades. É o fator de risco mais importante para diabetes mellitus tipo 2. Está associada com o desenvolvimento artropatias, dislipidemia, aterosclerose, hipoventilação, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva. Contribui, para maior risco de morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares, perda da qualidade de vida e auto-estima. É também relacionada com maior risco de morte por câncer de mama, cólon, próstata, endométrio, rim e vesícula biliar. A taxa de mortalidade de um obeso é 12 vezes maior do que da população normal.

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, nutrição, saúde na escola e práticas integrativas e complementares. O 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, o tempo de vida e resolver problemas físicos e psicossociais, que o excesso de peso acarreta, pois proporciona expressiva redução ponderal (40%-50%).

Em geral após o primeiro ano após o emagrecimento expressivo os pacientes perdem em média 45% do seu peso, como no caso em tela. Esta significativa perda de peso resulta em excedente cutâneo e flacidez, com grande distorção no contorno corporal, podendo gerar insatisfação com a própria imagem, dificuldade de movimentação e higiene pessoal, levando a infecções cutâneas. Muitos pacientes **não** estão preparados para lidar com tal excesso de pele, o que pode levar ao declínio na qualidade de vida e ao aumento do risco de reganho de peso, sendo comum ao longo dos anos retornarem ao peso original ou a valores superiores.

A cirurgia plástica reparadora nestes casos pode desempenhar um papel importante na estabilização da qualidade de vida dos pacientes com perda de peso maciça, mantendo a melhora da qualidade de vida sustentada a longo prazo, sendo considerada **estética funcional**. A cirurgia reparadora caracteriza-se pela correção de estruturas anormais do corpo causadas por trauma, defeitos congênitos, anormalidades do desenvolvimento, infecção, tumores ou doenças adquiridas. Tem por finalidade melhorar a função de determinado órgão ou tecido e aproximá-lo dos padrões de normalidade. Os procedimentos cirúrgicos estéticos, em contrapartida, limitam-se, em sua maioria, a melhora da aparência, como a redução do excesso de pele. A cirurgia de correção do abdome, abdominoplastia visa corrigir o abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade), e que apresente uma ou mais das complicações de: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor, hérnias. A cirurgia para correção do volume e aspecto das

mamas, das nádegas e para excesso de flacidez lipoaspiração são consideradas a cirurgia plástica estética. Apesar de serem chamadas de reparadoras, objetivam a remover excesso de pele, remodelar e redefinir o contorno corporal, ou seja aspecto estético e não funcional, de natureza e cunho eletivo, sem caráter de urgência. Vale ressaltar que a cirurgia plástica reparadora está indicada apenas em quadros selecionados.

A cirurgia plástica reparadora é relacionada a altos índices de complicações que podem afetar negativamente estes ganhos em potencial, como a anterior realizada na mama que apresentou necrose da areola da mama direita. Sendo a cirurgia reparadora, seu resultado é aquém do esperado. Na literatura, muitos trabalhos relatam altos índices de complicações, por volta de 50,4%, nos casos de dermolipectomia pós bariátrica, aumentando muito os custos do procedimento. 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). Como é uma cirurgia reparadora e seu resultado é aquém do desejado. Conforme a literatura esse procedimento tem limites e a melhora esperada se dá em torno de 50 a 70% dos problemas. Muitos pacientes submetidos a cirurgia reparadora pós emagrecimento apresentam índice de insatisfação com o contorno corporal maior do que os submetidos apenas a cirurgia bariátrica. A literatura mostra que a insatisfação corporal inicial não se correlaciona com o humor e que o contorno corporal pode melhorar a imagem corporal, mas produz insatisfação com outras partes do corpo, sugerindo que, à medida que os pacientes se aproximam de seu ideal, esses ideais podem mudar como parece ocorrer neste caso, já operada anteriormente de abdominoplastia, conforme foto anexa. 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.

Assim a cirurgia plástica reparadora, é considerada estético-funcional e eletiva, sem caracter de urgência ou emergência, ou indicação clínica exclusiva para proteção à saúde. Também, não é critério de cura para lesões de pele, como infecções cutâneas e tão pouco para quadros psiquiátricos. Só deve ser indicada 2 anos após o emagrecimento, quando ocorre a estabilização do peso em $IMC < 30$, na ausência de compulsão alimentar, ou se há sobra de pele e excesso gorduroso que prejudicam a locomoção do paciente, ou causem prejuízo comprovado a coluna.

Nos paciente bariátricas ou pós emagrecimento significativo a dermolipectomia abdominal é a âncora das cirurgias, já realizada pela paciente conforme foto. Tem cobertura obrigatória pelos planos de saúde. Indicada em casos de abdome em avental decorrente de grande perda ponderal com uma ou mais complicações associadas. Quanto as demais mamoplastia redutora, lipoaspiração de dorso, cruro e braquioplastia , a despeito de alguns autores, as consideram como cirurgias reparadoras quando indicada nas alterações associada à alterações pós emagrecimento, na prática clínica, há dificuldade para indicá-las sem finalidade estética, pois há escassez de parâmetros objetivos para sua indicação nestas situações e os sintomas descritos são de cunho voltado a aparência e não a função associados a traço psicossocial.

A escassez de evidências de boa qualidade para indicação da mamoplastia, cruro e braquioplastia como cirurgias reparadoras nas alterações mamarias e de membros por volume, excesso de pele, sustentação, dor, dermatites faz com que os Planos de Saúde tenham uma tendência a não permitir sua realização e continuem a duvidar da sua necessidade para estabilização física e psicológica. Não estão prevista no roll de procedimentos de cobertura obrigatória da Agencia Nacional de Saúde (ANS) para este fim estético e tão pouco estão inclusos neste Roll fisioterapia, perneiras pneumáticas, rapping, medicamentos de uso

domiciliar, modeladores/placas, colas, laser, faixas, talas, sutiãs, meias, drenagens linfática, ortese umbilical, oxigenoterapia hiperbólica, tapping. No rol da ANS as reconstrução mamaria com prótese e/ou expansor está previstas casos de lesões traumáticas e tumores o que não se trata do caso em tela.

No SUS, considerando que é um sistema de saúde que trata por linha de cuidado e assistência, as cirurgias reparadoras de abdome, mamas e membros, são prevista como parte do tratamento de bariátricos que apresentem aderência ao acompanhamento pós-operatório, sendo a:

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

Conclusão: trata-se de paciente de paciente de **59 anos, com história obesidade mórbida grau III, desde a infância. Submetida a cirurgia bariátrica em 2016. Evoluiu com perda ponderal de 38 kg. Apresentando sequelas do grande emagrecimento, com dermolipodistrofia corporal com grande excesso de pele nas costas, mamas e braços, com repercussões negativas na posturas, articulações como artrose e queixas álgicas; dermatite de contato em dobras cutâneas, infecções fúngicas no verão; complicações psicológicas e sociais com angústia, desconforto, constrangimento, sentimentos de inadequação social e dificuldades do convívio social, depressão, baixa estima e transtorno dismórfico corporal. Necessita com prioridade de mastoplastia**

redutora; dermolipectomia de braços e costas; cintas; drenagens e medicações, para alívio e qualidade de vida.

A expressiva redução ponderal e do IMC, gera a melhoria da qualidade e tempo de vida, resolvendo problemas de ordem física como neste caso. Entretanto pode gerar excedente cutâneo e distorção no contorno corporal, insatisfação com a própria imagem, dificuldade de higiene pessoal e movimentação com infecções cutâneas. Muitos pacientes não estão preparados para lidar com tal fato, levando ao declínio na qualidade de vida e aumento do risco de ganho de peso.

A cirurgia plástica reparadora nestes casos pode desempenhar um papel importante na estabilização da qualidade de vida dos pacientes com perda de peso maciça, mantendo a melhora da qualidade de vida sustentada a longo prazo, sendo considerada estética funcional. A cirurgia reparadora visa a correção de estruturas anormais do corpo causadas por defeitos congênitos, anormalidades de desenvolvimento, trauma, infecção, tumor ou doenças adquiridas. A cirurgia plástica reparadora tem por finalidade melhorar a função de determinado órgão e não o seu aspecto. Os procedimentos cirúrgicos estéticos, em contrapartida, limitam-se, em sua maioria, a melhora da aparência, como a solução do dermolipodistrofia. A cirurgia para reduzir o excesso de pele e promover recomposição do contorno corporal é considerada cirurgia estética, tendo cunho eletivo, sem caráter de urgência ou indicação clínica exclusiva para proteção à saúde. Vale ressaltar que a cirurgia plástica reparadora está indicada apenas em quadros selecionados, pois é relacionada a altos índices de complicações, que podem afetar negativamente estes ganhos em potencial, além de não resultar em forma corporal perfeita. Sendo cirurgia reparadora, seu resultado é aquém do esperado. Na literatura, muitos trabalhos relatam altos índices de complicações, por volta de 50,4%, nestes. 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). A

literatura mostra que a insatisfação corporal inicial não se correlaciona com o humor e que o contorno corporal pode melhorar a imagem corporal, mas produz insatisfação com outras partes do corpo, sugerindo que, à medida que os pacientes se aproximam de seu ideal, esses ideais podem mudar, como no caso em tela que demonstrado pela foto, já teve o abdome submetido a abdominoplastia.

Deve ser antecedida de **avaliação criteriosa** por equipe multidisciplinar responsável pelo manejo e **motivação de novos hábitos**, presença de estabilidade ponderal e condições psicológicas, clínicas e nutricionais adequadas, para correção de problemas estéticos e de recidiva, decorridos, no mínimo, 2 anos do procedimento da cirurgia bariátrica/emagrecimento expressivo, na ausência de quadro de compulsão alimentar. A literatura e consensos demonstram que esta cirurgia resulta em benefícios para grupo selecionado de pacientes, mas que só é bem indicada se: há estabilização do IMC < 30 e houver sobra de pele e excesso gorduroso que prejudiquem a locomoção e o equilíbrio da paciente, o que não pode ser caracterizado no caso, ou limitem sua capacidade laborativa. No SUS, a cirurgia plástica reparadora de abdome, mamas e membros, está consensuada, como parte do tratamento de bariátricos, se há incapacidade funcional pela ptose mamária, levando a desequilíbrio da coluna e limitação da atividade profissional secundárias ao seu peso; impossibilidade de movimentação de braço e coxa; infecções cutâneas repetidas por excesso de pele, e alterações psico-patológicas devidas à redução de peso associada ao prejuízo da coluna, equilíbrio e movimentos.

A cirurgia plástica abdominal, tem como finalidade a correção das alterações da parede abdominal, desde as que afetam a cobertura tegumentar (pele e tecido celular frouxo subcutâneo) até as que afetam a estrutura músculo-aponeurótica, tendo a paciente já realizado conforme foto anexada. Alguns autores, consideram a mamoplastia, cruro e barquioplastia, quando indicada pós emagrecimento expressivo como

cirurgia reparadora. Entretanto, na prática clínica, existe dificuldade para indicá-las sem finalidade estética, uma vez que há escassez de parâmetros objetivos para sua indicação, as queixas relacionadas são subjetivas e acompanhadas de traço psicossocial. A escassez de evidências de boa qualidade para indicação da destas cirurgias como cirurgia reparadora, faz com que os Planos de Saúde tenham tendência a não permitir sua realização e continuar a duvidar da sua necessidade médica em pacientes sintomáticas. Assim não está previstas no rol de procedimentos de cobertura obrigatória da ANS, bem como uso de fisioterapia, perneiras pneumáticas, rapping, medicamentos de uso domiciliar, cintas, modeladores/placas, colas, laser, faixas, talas, sutiãs, meias, drenagens linfática, ortese umbilical, oxigenoterapia hiperbólica, tapping. Segundo a ANS, a cirurgia plásticas de mamas, tem cobertura obrigatória pela em casos de lesões traumáticas e tumores, o que não se configura no caso em tela.

Os benefícios obtidos para a saúde da paciente com a gastroplastia foram alcançados de modo efetivo e expressivo com a perda de maciça de peso. Apesar da requisição e de alguns NAT-JUS e o próprio CNJ entenderem pela indicação da cirurgia plástica pós bariátrica, os dados apresentados não permitem concluir que tais procedimentos, que são relacionados a imprescindibilidade ou urgência/emergência. São, sim cirurgias de cunho estético, focadas na aparência, que visam reduzir a pele e flacidez e não atuar nas funções das áreas, tais como a solicitada cirurgia de mamas e membros, podendo inclusive os aspecto de correção de cunho estético ser caracterizado pelas fotos anexadas..

IV - REFERÊNCIAS:

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Gerencia de Assistencia a Saúde. Gerência Geral de Regulação Assistencial. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Relatorio: Nota Tecnica 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.rbcp.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/apv/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. **Rei 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. Song AY, Rubin JP, Thomas V, Dudas JR, Marra KG, Fernstrom MH. Body image and quality of life in post massive weight loss body contouring patients. **Obesity** (Silver Spring). 2006;14(9):1626-36. Disponível em: <https://academic.oup.com/asj/article-abstract/39/6/643/5289235redirect-From=fulltext>.

12. 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/>.

13. Bosc L, Mathias F, Monsaingeon M, Gronnier C, Pupier E, Gatta-Cherifi B. Long-term changes in body image after bariatric surgery: An observational cohort study. **PLoS One.** 2022;17(12):e0276167. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9728839/pdf/pone.0276167.pdf>.

14. 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>.

15. Buer L, Kvaalem IL, Bårdstu S, Mala T. Comparing Bariatric Surgery

Patients Who Desire, Have Undergone, or Have No Desire for Body Contouring Surgery: a 5-Year Prospective Study of Body Image and Mental Health. **Obes Surg.** 2022;32(9):2952-9. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9392705/pdf/11695_2022_Article_6117.pdf.

16. Zerini I, Sisti A, Barberi L, Cuomo R, Tassinari J, Grimaldi L, D'Aniello C, Nisi G. Body Contouring Surgery: Our 5 Years Experience. **Plast Reconstr Surg Glob Open.** 2016;4(3):e649-51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4874293/pdf/gox-4-e649.pdf>.

17. Nahas FX. Invited Discussion on: Body Contouring Surgery Improves Weight Loss after Bariatric Surgery—A Systematic Review and Meta-analysis. **Aesth Plast Surg.** 2021;45:1076–7 (2021). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00266-020-02062-w>.

18. Jiang Z, Zhang G, Huang J, Shen C, Cai Z, Yin X, Yin Y, Zhang B. A systematic review of body contouring surgery in post-bariatric patients to determine its prevalence, effects on quality of life, desire, and barriers. **Obes Rev.** 2021;22(5):e13201. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/obr.13201>.

19. Gilmartin J, Bath-Hextall F, Maclean J, Stanton W, Soldin M. Quality of life among adults following bariatric and body contouring surgery: a systematic review. **JBIM Database System Rev Implement Rep.** 2016;14 (11): 240-70. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27941519/>.

21. ElAbd R, Samargandi OA, AlGhanim K, Alhamad S, Almazeedi S, Williams J, AlSabah S, AlYouha S. Body Contouring Surgery Improves Weight Loss after Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Aesthetic Plast Surg.** 2021;45(3):1064-75. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00266-020-02016-2>.

22. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Resolução Normativa no 465/2021 de 24/02/2021. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. DOU de 02/03/2021. 40;Seção: 1: 115. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDzMw==>.

23. Assembleia Legislativa do estado de Minas Gerais Lei nº 24.545, 31/10/2023. Altera a Lei nº 21.963, de 7 de janeiro de 2016, que dispõe sobre a realização obrigatória da cirurgia plástica reconstrutiva de mama pelas unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS – na situação que menciona. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/21963/2016/?cons=1>
24. Widmark-Jensen E, Bernhardsson S, Eriksson M, Hallberg H, Jepsen C, Jivegård L, Liljegren A, Petzold M, Svensson M, Wärnberg F, Hansson E. A systematic review and meta-analysis of risks and benefits with breast reduction in the public healthcare system: priorities for further research. **BMC Surg.** 2021;21(1):343-66. Disponível em: <https://bmcsurg.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12893-021-01336-7.pdf>.
25. Glatt BS, Sarwer DB, O'Hara DE, Hamori C, Bucky LP, LaRossa D. A retrospective study of changes in physical symptoms and body image after reduction mammoplasty. **Plast Reconstr Surg.** 1999;103(1):76-82. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9915166/>.
26. Saariniemi KM, Joukamaa M, Raitasalo R, Kuokkanen HO. Breast reduction alleviates depression and anxiety and restores self-esteem: a prospective randomised clinical trial. **Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.** 2009; 43(6):320-4. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00733021/full?highlightAbstract=macromastia%7Cmacromastia>.
27. Porto RR, C MB, Silva FAM, Lessa LMM, Brito LMO. Impacto da mastoplastia redutora na qualidade de vida física e emocional. **Bol Acad Paulista de Psicologia.** 2011;80(1):112-20. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94622>.
28. Spector JA, Singh SP, Karp NS. Outcomes After Breast Reduction. Does Size Really Matter? **Ann Plast Surg.** 2008;60(5):505-9. Disponível em: https://journals.lww.com/annalsplasticsurgery/Abstract/2008/05000/Outcomes_After_Breast_Reduction__Does_Size_Really.8.aspx.
29. Chadbourne EB, Zang S, Gordon MJ, Ro EY, Ross SD, Schnur PL,

Schneider-Redden PR. Clinical Outcomes in Reduction Mammoplasty: A Systematic Review and Meta-analysis of Published Studies. **Mayo Clin Proc.** 2001;76:503-10. Disponível em: <https://www.mayoclinicproceedings.org/action/showPdf?pii=S0025-6196%2811%2962918-2>.

30. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento da tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPMS do SUS. Disponível em: <http://sigtapp.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0410 010073/02/2025>

31. Agencia Nacional de Saude Suplementar - ANS . Parecer técnico nº19/GCITS/GGRAS/DIPRO/2024 Cobertura: mamãe sistema linfático (mastectomia /mastopalstia). Publicado em 30/08/2024. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2024/parecer-tecnico-no-19_2024_mama-e-sistema-linfatico_mastectomia-_mastoplastia.pdf

V - DATA:

01/09/2026 NATJUS - TJMG