

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** 2ª Vara Cível

**COMARCA:** Ubá

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**IDADE:** 32 anos

**SEXO:** Feminino

**PEDIDO DA AÇÃO:** Procedimento/Exame complementar Cirurgia bariátrica

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10: E66.0, E66.8

**FINALIDADE/INDICAÇÃO:** Obesidade mórbida

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRP 04/535.240,; CRN 18.169; CRMMG 19.128, 32.908 e carencia de 6 meses para internações clínicas e cirúrgicas

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2022.0003529

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicita parecer técnico acerca da indicação do procedimento cirúrgico para o tratamento da enfermidade que acomete a paciente, bem como esclarecer a imprescindibilidade e urgência da medida no caso concreto, diante dos laudos juntados aos autos.

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatórios médicos, nutricional e psicológicos, além de contrato com a operadora datados de 18/05/2022, 09/11/2022, 10/11/2022 e 24/11/2022, trata-se de MFFP, **32 anos, beneficiária da Unimed Ubá, Plano ambulatorial hospitalar empresarial enfermagem participativo desde 18/05/2022. Contrato de Cobertura Parcial Temporária estabelecendo restrição de 24 meses para cirurgias e leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, para doenças e/ou lesões do beneficiário, conhecidas no momento da contratação. Declaração de saúde com IMC de 35,71, com negativa de doença nos joelhos, dor articular e esterilidade no momento da contratação. Histórico de obesidade III (IMC44,8), artralgia, dificuldade para**

1/13

engravadar, ansiedade generalizada, compulsão alimentar, bulimia nervosa, transtorno dismórfico corporal, abdominoplastia. Tentativas de perda de peso com tratamentos dietoterapêuticos associado ao uso de drogas, sem sucesso por mais de 2 anos. Solicitado gastroplastia redutora e colecistectomia videlolaparoscópica. Negativa do plano, já que paciente não preenche os critérios estabelecidos na DUT.

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/m<sup>2</sup>. Aquele que apresentam IMC entre 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup> são considerados com sobrepeso (pré-obeso) e os com IMC superiores a 30 kg/m<sup>2</sup> obesos. A obesidade mórbida é definida em dimensões de IMC na faixa entre 40 e 50 kg/m<sup>2</sup> superobesidade para IMCs acima de 50 kg/m<sup>2</sup>. 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/m<sup>2</sup>, o II entre 35 e 39,99kg/m<sup>2</sup> e o III maiores que 40kg/m<sup>2</sup>.**

**Como doença crônica multifatorial e importante fator de risco, é tratada de forma integrada às ações previstas em políticas como a de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, a de alimentação e nutrição, saúde na escola e a de 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, que, muitas vezes não surte efeito, sendo necessária intervenção cirúrgica. No Sistema Único de Saúde - SUS, a linha de cuidado integral ao obeso está organizada e estruturada na rede de atenção à saúde das pessoas 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/m<sup>2</sup>, 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/m<sup>2</sup> 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 especializados de alta complexidade. 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. Tem a finalidade de melhorar a qualidade e tempo de vida do obeso, resolvendo problemas de ordem psicossocial e física que o excesso de peso acarreta. 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**

pele menos 2 anos e obesidade mórbida há mais de 5 anos:

- **Pacientes com IMC 50 kg/m<sup>2</sup>;**
- **Pacientes de IMC 40 a 49,9 Kg/m<sup>2</sup>, 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  $\geq$  35 kg/m<sup>2</sup> até 39,9 kg/m<sup>2</sup> 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.

**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 (cardiológica, endocrinológica, pulmonar, clínica, gastroenterológica, anestésica, psicológica, nutricional). Também deve se comprometer com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe.

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. 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/m<sup>2</sup> e o peso pré-operatório em Kg/m<sup>2</sup>).

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.

A Agência Nacional de Saúde recomenda a Diretriz de Utilização (DUT), que indicam as características e as condições de saúde nas quais os ganhos e os resultados clínicos são mais relevantes para os pacientes, segundo a melhor literatura científica e os conceitos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS). No caso da obesidade a DUT considera as indicações listadas acima, assim como as contra-indicações. Importante destacar que, a **oscilação de peso/massa corporal e, conseqüentemente, do IMC é considerada natural no processo de tratamento clínico conservador da obesidade, e, portanto, não descaracteriza o cumprimento dos requisitos da DUT.** Adicionalmente, a ANS considera suficiente a declaração do médico assistente para fins de comprovação do enquadramento do beneficiário nas condições estipuladas pela DUT, sendo a cobertura da cirurgia pelos planos de saúde considerada obrigatória nestas situações. Por fim, é relevante salientar que, no caso de planos antigos não adaptados (planos contratados até 01/01/1999 e não ajustados à Lei n.º 9.656/1998, nos termos de seu art. 35), a cobertura ao procedimento em análise somente será devida caso haja previsão nesse sentido no respectivo instrumento contratual.

**Conclusão:** trata-se de paciente **32 anos, beneficiária da Unimed Ubá,** Plano ambulatorial hospitalar empresarial enfermagem participativo **desde 18/05/2022. Contrato de Cobertura Parcial Temporária** estabelecendo

restrição de 24 meses para cirurgias e leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, para doenças e/ou lesões do beneficiário, conhecidas no momento da contratação. Declaração de saúde com IMC de 35,71, com negativa de doença nos joelhos, dor articular e esterilidade no momento da contratação. Histórico de obesidade III (IMC44,8), artralgia, dificuldade para engravidar, ansiedade generalizada, compulsão alimentar, bulimia nervosa, transtorno dismórfico corporal, abdominoplastia. Tentativas de perda de peso com tratamentos dietoterapêuticos associado ao uso de drogas, sem sucesso por mais de 2 anos. Solicitado gastroplastia redutora e colecistectomia videlolaparoscópica. Negativa do plano, já que paciente não preenche os critérios estabelecidos na DUT.

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/m<sup>2</sup>;
- IMC 40 Kg/m<sup>2</sup>, 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/m<sup>2</sup> até 39,9 kg/m<sup>2</sup> e com comorbidades**, tais como pessoas

com alto risco DCV, DM e/ou HAS de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, **colelitíase**, 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 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.**

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, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica, clínica e anestésica). Também **deve se comprometer com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe.**

A ANS recomenda a DUT, que indicam as características e as condições de saúde nas quais os ganhos e os resultados clínicos são mais relevantes para os pacientes, segundo a melhor literatura científica e os conceitos de ATS. No caso da obesidade a DUT considera as indicações listadas acima. Adicionalmente, a ANS considera suficiente a declaração do médico assistente para fins de comprovação do enquadramento do beneficiário nas condições estipuladas pela DUT, sendo a cobertura da cirurgia pelos planos de saúde considerada obrigatória nestas situações. Por fim, é relevante salientar que, no caso de planos antigos não adaptados (planos contratados até 01/01/1999 e não ajustados à Lei n.º 9.656/1998, nos

termos de seu art. 35), a cobertura ao procedimento em análise somente será devida caso haja previsão nesse sentido no respectivo instrumento contratual e sendo respeitado a presença de doenças prévias para cobertura parcial temporária, sendo a doença presente desde a contratação, na ocasião obesidade grau II.

O tratamento cirúrgico pleiteado no caso, é o método mais utilizado para o tratamento da obesidade, já que proporciona expressiva redução ponderal (40% a 50% do excesso de peso) e do IMC, não tem caracter de urgência, 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. A despeito da indicação da cirurgia de obesidade no caso em tela e da ANS considerar suficiente a declaração do médico assistente para fins de comprovação do enquadramento do beneficiário nas condições estipuladas pela DUT, não há confirmação de tratamento clínico por 2 anos conforme protocolos. Assim, é importante salientar que, no caso a paciente parece cumprir parcialmente as exigências necessárias a realização desta cirurgia, sendo necessário perícia técnica para melhor esclarecer a real indicação da gastroplastia no caso.

#### **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. Parecer técnico nº12/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021. Cobertura: Gastroplastia (Cirurgia bariátrica) por videolaparoscopia ou via laparoscópica. Rio de Janeiro, 01/04/2021. 188p. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2020/parecer\\_tecnico\\_no\\_12\\_](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](#).

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](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. Seção1, página 59. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425\\_19\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html).

4. DUT No 27 que estabelece os critérios técnicos seguros para realização de cirurgia bariátrica (gastroplastia). Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp59/dut/cp\\_59\\_27.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp59/dut/cp_59_27.pdf)

5. Entidades de Fiscalização do Exercício das profissões Liberais. Conselho Federal de Medicina. Resolução N° 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](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. 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. 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](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Recomendacao/RELATORIO_Cirurgia_bariatrica_laparoscopia_FINAL_249_2016.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](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:**

17/08/2023 NATJUS - TJMG