

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Uberlândia

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0008755

IDADE: 44 anos

Sexo: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: M51, M54.2, M54.4

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento de cirurgia de hipertrofia mamária

FINALIDADE / INDICAÇÃO: hipertrofia mamaria

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 35.256, 53.602, 79.390

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Tendo em vista que a negativa da operadora de plano de saúde que figura como ré, no tocante ao fornecimento do material objeto do presente estudo, é fundada também na ausência de previsão específica no rol das coberturas obrigatórias estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, é possível afirmar que há indicação específica do seu emprego para o enfrentamento da patologia que acomete o beneficiário do plano de saúde?

- Há comprovação da eficácia do material prescrito para a finalidade proposta?

- Há alternativa terapêutica disponível cujo fornecimento conste do rol da ANS, ou, ainda, de dispensação obrigatória pelo Sistema Único de Saúde?

- Há evidências da superioridade do tratamento prescrito sobre as eventuais alternativas terapêuticas?

- Existe negativa expressa da ANS ou de pendência de análise em proposta de atualização do rol (PAR)?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatório médico de 19/02/2024, 29/02/2024 e 04/07/2024, trata-se de paciente de **44 anos, usuária da Saúde Suplementar Notre Dame Intermédica Minas Gerais com hipertrofia mamária. Apresenta**

dorsalgia de longa data, refere excessivo, peso mamário, IMC 26, com mamas volumosa e pesadas, predomínio glandular, múltiplas estrias e ptose grau 3. Encaminhada a reabilitação física e fortalecimento da musculatura dorsal, sem melhora da dor cervical e lombar com tratamento conservador. Mamografia de 24/04/2024 categoria 1 sem achados mamograficos. RM de coluna torácica e lombar de 23/10/2023, desidratação disco intervertebral T7-8 e L4-L5 profusão central/paramediana à direita do disco intervertebral de T7-8 e pequena de L4-L5 com sinais de rotura de seu anel fibroso, espondilose incipiente torácica. Solicitação de mamoplastia redutora. Negativa da Notre Dame em 24/06/2025 sob alegação que o procedimento não tem cobertura obrigatória pelos planos de saúde diante das indicações da paciente.

Dentre as **alterações benignas das mamas**, encontra-se a hipertrofia mamária (**HM**) e doença fibrocística das mamas (**DFM**). A HM é caracterizada pela presença bilateral de mamas desproporcionais ao biótipo da mulher, com tamanho volumoso, secundária a excesso de pele, gordura e glândula mamária. As formas mais conhecidas de HM são a gigantomastia e a macromastia. Embora não haja consenso, considera-se gigantomastia quando há necessidade de redução superior a 1,5kg por mama. Nos casos de macromastias, as reduções poderão ser leves ou moderadas (entre 100 a 500gr) ou mais graves (a partir de 500 gr). A gigantomastia é condição não rara e associa-se com o déficit de crescimento fetal durante a gestação. Já a DFM é uma doença benigna que ocorre nas mulheres entre 20 e 50 anos. Caracteriza-se por alteração da densidade e a quantidade de tecido fibroglandular, gerada pela matriz extracelular de colágeno, hiperplasia epitelial nos padrões pericanaliculares nas células estromais. Podem ser causadas por muitos fatores, como maior sensibilidade do tecido mamário aos hormônios femininos, gestações, aumento de peso, e na DFM a presença também de estresse, etilismo e tabagismo.

A HM vem sendo apontada, nas últimas décadas, como condição mórbida, talvez, pelo melhor acesso ao sistema de saúde. Esta desarmonia entre a forma idealizada e a causada pela HM ocasiona alterações físicas e psicológicas, dificultando o convívio social e o sucesso interativo da mulher com o meio. As queixas relacionadas a HM são variáveis e na maioria tem caráter subjetivo. Dentre elas se destacam: mastalgia; ulceração e intertrigo submamária, lesão na pele dos ombros produzidas pelo sutiã; vícios posturais, cervicalgia, dorsalgia; cefaleia; injúria por tração crônica dos 4º, 5º e 6º nervos intercostais, com perda da sensibilidade mamária, dormência das mãos e dedos; comprometimento estético, funcional e psicológico com implicações sérias na auto-estima, vida sexual e social. Em alguns casos, pode haver alterações respiratórias significativas e prejuízo do sono. Limitações na prática de esportes e/ou atividades sociais também são descritas. Apesar da mastalgia e a dorsalgia serem relacionadas ao peso exercido pelas mamas, que pode levar ao estiramento cutâneo e à alteração do centro gravitacional da mulher, ocasionando maior solicitação dos músculos dorsais e peitorais, além de flexão anterior da coluna cervical, até o momento, não existem evidências de alta qualidade que demonstrem esta correlação.

Ainda não existe um consenso quanto à indicação médica objetiva de cirurgia redutora da mama. As indicações usuais para cirurgia de redução das mamas gigantes incluem dor cervical, dor no ombro e rash cutâneo no sulco inframamário. Estudos demonstram que esta cirurgia ao promover redução volumétrica, buscando-se um equilíbrio na relação tamanho da nova mama e dimensões torácicas, propicia a reintegração da mulher ao meio social, resgatando a sua auto-estima e a aceitabilidade efetiva, além de aliviar os sintomas relatados. A técnica operatória deve estar pautada para, além de reduzir o volume, deixar cicatrizes pequenas e discretas, preservando a função e a sensibilidade mamária, sendo determinada pelas particularidades anatômicas, composição da mama,

quantidade de redução desejada, preferências pessoais e escolha do cirurgião. Vários métodos podem ser utilizados para caracterizar a HM: o tamanho do sutiã, a relação de medidas obtidas entre o tórax e as próprias mamas, a quantidade de tecido mamário removido na cirurgia e a intensidade da sintomatologia. Geralmente a cirurgia é realizada através de incisões nos seios com a remoção cirúrgica do excesso de gordura, do tecido glandular e de pele. Em alguns casos, o excesso de gordura pode ser removido através de lipoaspiração, em conjunto com a técnica utilizada.

A grande maioria dos procedimentos em cirurgia plástica são realizados por pura razão estética. A cirurgia reparadora caracteriza-se pela correção de estruturas anormais do corpo causadas por defeitos congênitos, anormalidades do desenvolvimento, trauma, 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. A cirurgia para reduzir o volume das mamas é a mastectomia e a mastoplastia ou mamoplastia redutora. A mamoplastia redutora ao remover o excesso de pele e se comprime o tecido para compor o novo contorno da mama é também chamada de mastopexia. A mamoplastia redutora é considerada a cirurgia plástica estética, mais realizada nas mamas femininas, tendo a natureza de cunho eletivo, sem caracter de urgência ou indicação clínica exclusiva para proteção à saúde como o tratamento de dorsalgias. Não é critério de cura para lesões de pele como infecções cutâneas e tão pouco para os quadros psiquiátrico. Como todo procedimento cirúrgico, está relacionada a altos índices de complicações que podem afetar negativamente os ganhos em potencial (hematoma, infecção, necrose de pele, retração e insatisfação com o resultado final). Muitos pacientes submetidos a mamoplastia redutora apresentam índice de insatisfação com o resultado final (tamanho final das mamas, perda da sensibilidade dos mamilos e cicatrizes). Alguns autores, consideram a mamoplastia,

quando indicada na HM associada à sintomatologia dolorosa, transtornos posturais ou repercussões no sistema mioosteoarticular, como cirurgia reparadora, já que além da finalidade principalmente estética, permite resgatar a forma e tamanho das mamas e melhorar sintomas incompatíveis com boa qualidade de vida (QV,) finalidade terapêutica. Entretanto, na prática clínica, existe dificuldade para indicar a mamoplastia redutora sem finalidade estética, uma vez que há escassez de parâmetros objetivos para sua indicação e os sintomas descritos são subjetivos e acompanhados de traço psicossocial.

Não há consenso quanto à indicação médica objetiva de mamoplastia redutora, nem mesmo evidência forte na literatura. Revisão sistemática de estudos observacionais e experimentais, incluiu 29 estudos (4173 pacientes), que avaliou sintomas pré e pós-operatórios da mamoplastia redutora por meio de escalas, mostrou que havia relato pelas pacientes de melhora subjetiva dos sintomas e da auto-imagem, mas as evidências disponíveis eram de fraca qualidade, o que compromete a avaliação dos resultados. Trabalhos avaliando a postura pré e pós-operatória de pacientes submetidas a mamoplastia redutora devido a dor nas costas, demonstraram mínimas alterações, que segundo os autores, não justificariam os sintomas relatados pelas pacientes. Estudo comparando achados radiológicos da coluna vertebral em mulheres pré e pós mamoplastia redutora, não encontrou mudanças radiológicas após a cirurgia, embora o nível de satisfação das pacientes com o procedimento tenha sido alto. Estudos ressaltam que ainda que haja alguma evidência de melhora da queixa de dorsalgia em pacientes com HM submetidos a mamoplastia redutora, os resultados são inconclusivos, não havendo confirmação dos benefícios de forma objetiva, para indicar esta cirurgia como tratamento das dores na coluna dorsal. Essa escassez de evidências de boa qualidade para indicação da mamoplastia redutora com cirurgia reparadora na HM, faz com que os Planos de Saúde ou mesmo o Sistema Único de Saúde (SUS)

tenham uma tendência a não permitir a realização deste procedimento e continuem a duvidar da sua necessidade médica em pacientes sintomáticas.

Nos Planos de Saúde e no SUS o procedimento de mamoplastia com consta como procedimento obrigatório em pacientes com lesões traumáticas de mama, tumores de mama ou alto risco para câncer de mama nos caso de exame genético indicar a probabilidade de desenvolver câncer de mama; mama oposta em paciente com câncer diagnosticado em uma das mamas; procedimento complementar ao processo de transexualização. Cabe aos Planos de Saúde e o SUS, por meio de suas redes de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, sendo também a reconstrução da mama oposta de cobertura obrigatória, contemplada no procedimento PLÁSTICA MAMÁRIA EM MAMA OPOSTA APÓS RECONSTRUÇÃO DA CONTRALATERAL EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES, indicado quando o médico assistente julgar necessária a cirurgia da outra mama, mesmo que esta ainda esteja saudável. A cirurgia de mamoplastia redutora é oferecida no SUS quando comprovado que o tamanho dos seios está trazendo riscos à saúde do paciente, sendo a mais comum, problemas graves de coluna, procedimento procedimento de média complexidade 04.10.01.007-3 PLASTICA MAMARIA FEMININA NAO ESTETICA, mediante a comprovação pericial e indicação precisa do serviço especializado do SUS, designado para esta regulação.

Vale ressaltar que nesta condição, tratamento sintomático pode ser oferecido para as manifestações decorrentes da gigantomastia (mastalgia, ulceração, infecção submamária, problemas posturais, cervicalgia, dorsalgia e injúria por tração crônica dos nervos intercostais), como, por exemplo, fisioterapia postural, sutiãs de apoio ou ainda uso

de analgésicos e anti-inflamatórios, com vistas ao alívio da dor. **Conclusão:** trata-se de paciente de **44 anos, usuária da Saúde Suplementar com hipertrofia mamária. Apresenta dorsalgia de longa datada, refere excessivo, peso mamário, IMC 26, com mamas volumosa e pesadas, predomínio glandular, múltiplas estrias e ptose grau 3. Encaminhada a reabilitação física e fortalecimento da musculatura dorsal, sem melhora da dor cervical e lombar com tratamento conservador. Mamografia de 24/04/2024 categoria 1 sem achados mamograficos. RM de coluna torácica e lombar de 23/10/2023, desidratação disco intervertebral T7-8 e L4-L5 profusão central/paramediana à direita do disco intervertebral de T7-8 e pequena de L4-L5 com sinais de rotura de seu anel fibroso, espondilose incipiente torácica. Solicitação de mamoplastia redutora. Negativa da Notre Dame em 24/06/2025 sob alegação que o procedimento não tem cobertura obrigatória pelos planos de saúde diante das indicações da paciente.**

A HM é uma das alterações benignas que acometem as mamas. Caracterizada pela presença bilateral de mamas com tamanho volumoso e desproporcionais ao biótipo da mulher, secundária a um excesso de pele, gordura e glândula mamária. **As formas mais conhecidas de HM são a gigantomastia e a macromastia.** Considera-se gigantomastia quando se espera uma necessidade de redução superior a 1,5kg por mama. Nos casos de macromastias, as reduções poderão ser leves ou moderadas (entre 100 a 500gr) ou mais graves (a partir de 500 gr). **A gigantomastia é uma condição não rara** e está associada com o déficit de crescimento fetal durante a gestação.

Esta desarmonia entre a forma idealizada e a causada pela HM ocasiona alterações físicas (lesões cutâneas, mastalgia e dorsalgia) e psicológicas. **As queixas** relacionadas a HM são variáveis e na maioria tem caracter subjetivo, comprometimento estético, psicológico e funcional com implicações sérias na auto-estima, vida sexual e social. **Em alguns casos** há descrição de problemas respiratórios com implicação

no sono. A despeito da mastalgia e a dorsalgia serem relacionadas ao peso exercido pelas mamas, até o momento, não existem evidências de alta qualidade que demonstrem esta correlação.

Ainda não existe um consenso quanto à indicação médica objetiva de cirurgia redutora da mama. As indicações usuais incluem dor cervical, dor no ombro e rash cutâneo no sulco inframamário. Estudos demonstram que esta cirurgia ao promover redução volumétrica, buscando-se um equilíbrio na relação tamanho da nova mama e dimensões torácicas, propicia a reintegração da mulher ao meio social, resgatando a sua auto-estima e a aceitabilidade efetiva, além de aliviar os sintomas relatados. A técnica operatória deve estar pautada para, além de reduzir o volume, deixar cicatrizes pequenas e discretas, preservando a função e a sensibilidade mamária, sendo determinada pelas particularidades anatômicas, composição da mama, quantidade de redução desejada, preferências pessoais e escolha do cirurgião.

A mastoplastia ou mamoplastia redutora reduz o volume da mama, sendo considerada a cirurgia plástica estética, mais realizada nas mamas femininas, tendo a natureza de cunho eletivo, sem caracter de urgência ou indicação clínica exclusiva para proteção à saúde, inclusive não sendo tratamento de dorsalgia. Não é critério de cura para lesões de pele como infecções cutâneas e tão pouco para os quadros psiquiátrico, o que tende a ser mais subjetivo. Tão pouco é imprescindível já que, caso não ocorra, não resultará em dano/sequela a paciente. Como todo procedimento cirúrgico, está relacionada a altos índices de complicações que podem afetar negativamente os ganhos em potencial como hematoma, infecção, necrose de pele, retração e insatisfação com o resultado final. Muitos pacientes submetidos a mamoplastia redutora apresentam índice de insatisfação com o resultado final (tamanho final das mamas, perda da sensibilidade dos mamilos e cicatrizes). Alguns autores, a consideram, em mulheres com HM associada à sintomatologia dolorosa, a transtornos posturais ou a repercussões no

sistema miosteoarticular, como cirurgia reparadora. Entretanto, na prática clínica, existe dificuldade para indicar a mamoplastia redutora sem finalidade estética, uma vez que há uma escassez de parâmetros objetivos para a indicação e os sintomas são subjetivos e acompanhados de um traço psicossocial.

Não há consenso quanto à indicação médica objetiva de mamoplastia redutora, nem mesmo evidência forte na literatura do seu real benefício quanto a:

- gênese da dor na coluna é multifatorial e influenciada por fatores psicossociais, não havendo nenhum estudo que mostre de maneira direta e irrefutável a relação causal entre HM e dorsalgia;
- postura pré e pós-operatória de pacientes com HM e dor nas costas;
- alterações clínico radiológicas que justifiquem o sintomas, em conformidade com este caso em tela;

a despeito do relato das pacientes de melhora subjetiva de sintomas, auto-imagem, e do alto nível de satisfação com o procedimento.

Assim ainda, que na literatura exista evidências de que a cirurgia redutora melhore a dor em pacientes com HM elas são fracas, insuficientes para recomendar esse procedimento como terapia para dorsalgia. Essa escassez de evidências de boa qualidade para indicação da mamoplastia redutora com cirurgia reparadora na HM, faz com que os Planos de Saúde ou mesmo SUS tenham uma tendência a não permitir a realização deste procedimento e continuem a duvidar da sua necessidade médica em pacientes sintomáticas. Nos Planos de Saúde e no SUS consta listado como procedimento de cobertura obrigatória em pacientes com lesões traumáticas de mama, tumores de mama ou alto risco para câncer de mama nos caso de exame genético indicar a probabilidade de desenvolver câncer de mama; mama oposta em paciente com câncer em uma das mamas; procedimento complementar ao processo de transexualização, assim como a reconstrução da mama oposta mastoplastia em mama oposta após reconstrução da

contralateral em casos de lesões traumáticas e tumores, indicado para beneficiários com diagnóstico firmado em uma mama, quando o médico assistente julgar necessária a cirurgia da outra mama, mesmo que esta ainda esteja saudável. Cabe às operadoras de planos de saúde, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, sendo também a reconstrução da mama oposta de cobertura obrigatória, contemplada no procedimento MASTOPLASTIA EM MAMA OPOSTA APÓS RECONSTRUÇÃO DA CONTRALATERAL EM CASOS DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES, indicado para beneficiários com diagnóstico firmado em uma mama, quando o médico assistente julgar necessária a cirurgia da outra mama, mesmo que esta ainda esteja saudável. Por outro lado, o procedimento MASTOPLASTIA OU MAMOPLASTIA PARA CORREÇÃO DA HM ou gigantismo mamário não consta do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Por essa razão, não possui cobertura obrigatória pelos planos de saúde, e não está prevista no roll de procedimentos com cobertura obrigatória da ANS para este fim estético. Por outro lado, o procedimento misto ou mamoplastia para correção de HM ou gigantismo mamário não consta do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e no SUS. No SUS, só é oferecida quando comprovado que o tamanho dos seios está trazendo riscos à saúde do paciente, sendo a mais comum, problemas graves de coluna capaz de causar desequilíbrio, com confirmação pericial. Em contra partida, o tratamento sintomático pode ser oferecido para as manifestações decorrentes da gigantomastia (mastalgia, ulceração, dorsalgia, infecção submamária, problema postural, cervicalgia, e injúria por tração crônica dos nervos intercostais), como, por exemplo, fisioterapia postural, sutiãs de apoio ou uso de analgésicos e anti-inflamatórios, visando alívio da dor.

Desta forma, de acordo com os documentos enviados, não há

comprovação de doença que demande a realização da cirurgia de mamoplastia redutora, já que segundo a literatura as evidências são fracas e insuficientes para recomendar esse procedimento como terapia da dorsalgia, cifose. Ainda que houvesse correlação da dorsalgia com a volumes das mamas, com queixa de dor na coluna, é importante destacar que até mesmo os laudos anexados dos exames radiológicos não demonstram alterações suficientes para caracterizar sobrecarga por peso mamário, mas sim quadro de comprometimento discal torácico e lombar que por si só é causa de dor. A demais, segundo a literatura a mamoplastia na hipertrofia mamária é considerada cirurgia de cunho estético, eletiva, sem caracter de urgência ou indicação clínica exclusiva para proteção à saúde, e cosendo o atraso ou postergação de sua realização não relacionado a agravos de saúde.

IV - REFERÊNCIAS:

1. 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=NDazMw==>.
2. 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>
3. Iwuagwu OC, Platt AJ, Stanley PW, Hart NB, Drew PJ. Does reduction mammoplasty improve lung function test in women with macromastia? Results of a randomized controlled trial. **Plast Reconstr Surg.** 2006;118(1):1-6. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00557190/full?highlightAbstract=macromastia%7C macromastia>.

4. 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>.
5. Iwuagwu OC, Bajalan AA, Platt AJ, Stanley PR, Drew PJ. Effects of reduction mammoplasty on upper-limb nerve conduction across the thoracic outlet in women with macromastia: a prospective randomized study. **Annals Plast Surg.** 2005;55(5):445-8. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00552743/full?highlightAbstract=macromastia%7Cmacromastia>.
6. 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/>.
7. Papanastasiou C, Ouellet J, Lessard L. The Effects of Breast Reduction on Back Pain and Spine Measurements: A Systematic Review. **Plast Reconstr Surg Glob Open.** 2019;7(8):e2324 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6756677/pdf/gox-7-e2324.pdf>.
8. 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>.
9. 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>.

11. André FS, Chocial AC. Tratamento das gigantomastias. **Rev Bras Cir Plást.** 2010;25(4): 657-662 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/GGfyWvgN9qfZqFN7y9JPgBC/?format=pdf&lang=pt>.
12. Lonie S, Sachs R, Shen A, Hunter-Smith DJ, Rozen WM, Seifman M. A systematic review of patient reported outcome measures for women with macromastia who have undergone breast reduction surgery. **Gland Surg.** 2019;8(4):431-40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6722998/pdf/gs-08-04-431.pdf>.
13. 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.
14. Karaaslan O, Demirkiran HG, Silistreli O, Sonmez E, Pedir YK, Can M, Caliskan G, Aslan C, Oral MA, Kankaya Y. The effect of reduction mammoplasty on the vertebral column: a radiologic study. **Scientific World Journal.** 2013;2013:701391. Disponível em: <https://downloads.hindawi.com/journals/tswj/2013/701391.pdf>.
15. 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>.
16. Mean S, Dyson E, Ulbricht C. Reduction mammoplasty and back pain: a systematic review and meta-analysis. **Eur Spine J.** 2020;29(3):497-502. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00586-019-06155-2.pdf>.

17. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento da tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPMS do SUS. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0410010073/02/2025>

V - DATA:

27/10/2025 NATJUS - TJMG