

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Montes Claros

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0006141

IDADE: 39 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: F32, E65, E66, E88.1, L26, L30, M62, N62, N64.

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento Todos os medicamentos e materiais necessários para a realização das cirurgias, bem como para a recuperação da paciente. **CIRURGIAS PÁSTICAS:** 1- Dermolipectomia abdominal pós bariátrica, com correção de diásteses de músculo retos abdominais e suspensão de região pubiana; 2- reconstrução da mama com prótese; 3- Toracoplastia infra-axilares e dorsal bilateral; 4- Dermolipectomia lombar e sacral com Flancoplastia bilateral para correção de distrofias cutâneas e enxertia em região glútea; 5- Correção de lipodistrofias crurais e trocântéricas; 6- Correção de lipodistrofias branquiais.

FINALIDADE/INDICAÇÃO: Cirurgias plásticas indicadas para a remoção do excesso de pele, decorrente do emagrecimento pós cirurgia bariátrica, como continuidade do tratamento de obesidade mórbida da autora, uma vez que este excesso de pele trazem sequelas como assaduras, dermatites, mau odor e proliferação fúngica em seu corpo, além de favorecer o desenvolvimento de depressão e patologias de ordem psicológicas e psiquiátricas

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRP 06/111.024; CRMSP 88.623

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicito Parecer desse Núcleo de Apoio Técnico, acerca da obrigatoriedade ou não, do plano de saúde da autora CCD, proceder à cobertura das cirurgias plásticas indicadas pelo cirurgião plástico, para os fins de remoção do

excesso de pele, resultante do emagrecimento pós cirurgia bariátrica, de CID'S E88.1, N64,E65, E66,N62,M62.0, L30, L26 e F32.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatórios médicos e psicológico, datados de 10 e 31/07/2023, trata-se de CCD, **39 anos, com histórico de obesidade (grau III), dificuldade de inserção social.** Realizou **gastroplastia (Bypass) em maio/2022, com perda importante de peso 50 kg, e correção de comorbidades.** Evoluiu com **sequelas de distrofia cutânea e subcutânea torácica, lombar, sacral, glútea, braquial, e de coxas; abdome em avental com diástase dos retos abdominais; mamas com assimetria, ptose e flacidez importantes; intertrigo, eventuais celulites; sudorese, odor em locais de dobras (sulcos mamários e glúteos, regiões supra-púbica e crurais, axilas); retração social, constrangimento, baixa autoestima, insatisfação pessoal, ansiedade, comprometimento do convívio íntimo. da integração social e laboral. Não apresenta dimorfismo corporal. Em uso de escitalopran e tópicos (pomada e creme). Necessita imprescindivelmente de cirurgia plástica reparadora, com urgência: reconstrução das mamas com prótese, dermolipectomia lombo-sacra com flancoplastia; dermolipectomia abdominal e correção da diastase de músculos retos abdominais, inserção de enxerto glúteo, lipodistróficas crurais, braquiais e trocantéricas, toracoplastia infra-axilares e dorsal bilateral, correção de extenso ferimentos com enxertos e rotação de retalhos; cola, cinta, manta térmica, drenos e fisioterapia, como parte do processo de reestabelecimento integral da saúde da paciente, para melhora de sua qualidade de vida e auto estima.**

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, ateroscleros, 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 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, o tempo de vida do obeso e resolver problemas de ordem psicossocial e física, que o excesso de peso acarreta, pois proporciona expressiva redução ponderal (40%-50%), como visto neste caso**.

Em geral **após o primeiro ano da cirurgia bariátrica os pacientes perdem em média 45% do seu peso**. 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 ganho de peso, sendo comum ao longo dos anos retornarem ao peso original ou a valores superiores.

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. No caso da cirurgia plástica a finalidade é a correção das alterações, desde as que afetam a cobertura tegumentar (pele e tecido celular frouxo subcutâneo) até as que afetam a estrutura músculo-aponeurótica, procurando atingir os padrões compatíveis com o que se considera "normal" para o contorno corporal. Assim procedimentos cirúrgicos estéticos, limitam-se, em sua maioria, a melhorar a aparência. A cirurgia plástica reparadora pós cirurgia bariátrica pode desempenhar um papel importante na estabilização da qualidade de vida de pacientes com perda de peso maciça, mantendo melhora sustentada da qualidade de vida a longo prazo, sendo considerada estética funcional. 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. Como é uma cirurgia reparadora e seu resultado é aquém do desejado. 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. 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. 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, é eletiva, considerada estético-funcional, não tendo caracter de urgência ou emergência, nem indicação clínica exclusiva para proteção à saúde. Não é imprescindível e caso não ocorra, não resultará em dano/sequela a paciente. Também, não é critério de cura para lesões de pele, como dermatites e infecções cutâneas e tão pouco para quadros psiquiátricos/sociais, já apresentado anteriormente pelo paciente. 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 a locomoção do paciente, ou causem prejuízo a coluna.

Nos paciente bariátricas a dermolipectomia abdominal é a âncora das cirurgias, sendo a cirurgia mais indicada. Está prevista como cobertura obrigatória pelos planos de saúde. Indicada 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. Já outras cirurgias como de mamas, coxas, dorso, torax, flancos, glúteos e braços realizadas com tais objetivos estéticos-funcionais, não estão prevista no roll de procedimentos de cobertura obrigatória da Agencia Nacional de Saúde (ANS) para este fim estético e tão pouco fisioterapia, modeladores/talas, drenagens, colas, laser, suturas farpadas, e cintas estão inclusas neste Roll. 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 pacientes 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).**

Conclusão: trata-se de paciente **39 anos, com histórico de obesidade (grau III), dificuldade de inserção social.** Realizou **gastroplastia (Bypass) em maio/2022, com perda importante de peso 50 kg, e correção de comorbidades.** Evoluiu com **sequelas de distrofia cutânea e subcutânea torácica, lombar, sacral, glútea, braquial, e de coxas; abdome em avental com diástase dos retos abdominais; mamas com assimetria, ptose e flacidez importantes; intertrigo, eventuais celulites; sudorese, odor em locais de dobras (sulcos mamários e glúteos, regiões supra-púbica e crurais, axilas); retração social, constrangimento, baixa autoestima, insatisfação pessoal, ansiedade, comprometimento do convívio íntimo. da integração social e laboral. Não apresenta dimorfismo corporal. Em uso de escitalopran e tópicos (pomada e creme). Necessita imprescindivelmente de cirurgia plástica reparadora, com urgência: reconstrução das mamas com prótese, dermolipectomia lombo-sacra com flancoplastia; dermolipectomia abdominal e correção da diastase de músculos retos abdominais, lipodistróficas crurais, braquiais e trocântéricas, toracoplastia infra-axilares e dorsal bilateral; inserção de enxerto glúteo; enxertos e rotação de retalhos; cola, cinta, manta**

térmica, drenos e fisioterapia, como parte do processo de reestabelecimento integral da saúde da paciente, para melhora de sua qualidade de vida e auto estima.

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. Para indivíduos que se enquadram nesse estrato, com IMC acima de 30 Kg/m² com comorbidades, os tratamentos incluem intervenções cirúrgicas e não-cirúrgicas, de forma que os procedimentos cirúrgicos são considerados de maior eficácia em curto e longo prazo para a redução de peso, remissão de comorbidades e melhoria na qualidade de vida. Assim cirurgia, leva não só a expressiva redução ponderal e do IMC, mas a melhoria da qualidade e tempo de vida, resolvendo problemas de ordem física e psicossocial, como visto 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 reganho de peso.

A cirurgia plástica reparadora considerada estética funcional, pode desempenhar papel importante na estabilização da qualidade de vida dos pacientes com perda de peso maciça. A cirurgia reparadora caracteriza-se pela correção de estruturas anormais do corpo causadas por defeitos congênitos, anormalidades de desenvolvimento, trauma, infecção, tumor 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 plástica reparadora está indicada apenas em quadros selecionados, pois é

relacionada a altos índices de complicações, além de não resultar em forma corporal perfeita, pois sendo cirurgia reparadora, seu resultado é aquém do esperado.

A cirurgia plástica estética, tem como finalidade a correção das alterações da parede/pele, como as descritas neste caso, desde as que afetam a cobertura tegumentar (pele e tecido celular frouxo subcutâneo) até as que afetam a estrutura músculo-aponeurótica, visando atingir os padrões compatíveis com o que se considera "normal" para o contorno corporal. Em pacientes bariátricos a dermolipectomia abdominal é a âncora das cirurgias. Tem cobertura obrigatória pelos planos de saúde nos casos de abdome em avental decorrente de grande perda ponderal pelo tratamento da obesidade, associado a uma ou mais das complicações de: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor, hérnias.

Não são previstas no rol de procedimentos com de cobertura obrigatória da ANS cirurgias como de mamas, flancos, dorso, trocântericastórax, coxas, dorso e braços realizadas com tais objetivos estéticos-funcionais, e nem fisioterapia, cintas, drenagens, modeladores, compressores e colas, laser e suturas farpadas. 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 e alterações psico-patológicas devidas à redução de peso associada ao prejuízo da coluna, equilíbrio e movimentos.

O tratamento requerido, segundo a literatura, não tem caracter de emergência ou urgência, é considerado eletivo, estético, sem 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). 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. Sendo cirurgia plástica estética, pode não gerar os resultados esperados. Tão pouco é critério de tratamento de distúrbio de comportamento, inclusive já estavam presentes antes da gastropatia. 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.

Os benefícios obtidos para a saúde da paciente com a gastroplastia foram alcançados de modo efetivo e expressivo com a perda importante de peso e melhora as comorbidades. Embora exista evidências de benefícios da cirurgia reparadora pós cirurgia bariátrica, os dados são inconsistentes em relação às escalas de qualidade de vida (QoL) e faltam análises de longo prazo. A ANS prevê o procedimento de abdominoplastia nos casos abdome em avental decorrente de grande perda ponderal pelo tratamento da obesidade, associado a uma ou mais das complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor, hérnias e que tenham obtido a estabilização do peso no IMC < 30, decorridos 2 anos após a cirurgia bariátrica. A literatura e consensos demonstram que esta cirurgia resulta em benefícios para grupo selecionado de pacientes, mas que só é bem indicada se: houver sobra de pele e excesso gorduroso que prejudiquem a locomoção e o equilíbrio da paciente, ou limitem sua capacidade laborativa, com a estabilização do peso no IMC < 30. Os dados apresentados não permitem concluir que este paciente atende aos critérios do grupo selecionado de pacientes elencados para indicação de tal procedimento.

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

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. 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.

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/>.

15. 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>.

16. 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.

17. 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>.

18. 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>.

19. 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>.

20. 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. Jaimovich CA, Mazzarone F, Parra JVN, Pitanguy I. Semiologia da parede abdominal: seu Valor no planejamento das abdominoplastias. **Rev Soc Bras Cir Plást.** 1999;14(3):21-50. Disponível em:

[http://www.rbcp.org.br/details/206/pt-BR/semiologia-da-parede-abdominal--seu-valor-no-](http://www.rbcp.org.br/details/206/pt-BR/semiologia-da-parede-abdominal--seu-valor-no-planejamento-das-abdominoplastias)

[planejamento-das-abdominoplastias](http://www.rbcp.org.br/details/206/pt-BR/semiologia-da-parede-abdominal--seu-valor-no-planejamento-das-abdominoplastias)

V - DATA:

22/08/2024 NATJUS - TJMG