

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0010653

IDADE: 44 anos

Sexo: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: G11.3, L98.7, M79.9 E R22.2

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento cirurgia reparadora braquioplastia

FINALIDADE/INDICAÇÃO: Cirurgia reparadora

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRP 04/35.264, CRMMG 43.369, 64.767

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicito ao NAT-JUS vinculado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais que preste as seguintes informações:

(ii) inexistência de negativa expressa da ANS ou de pendência de análise em proposta de atualização do rol (PAR);

(iii) ausência de alternativa terapêutica adequada para a condição do paciente no rol da ANS;

(iv) comprovação de eficácia e segurança do tratamento à luz da medicina baseada em evidências de alto grau ou avaliação de tecnologias em saúde (ATS), necessariamente respaldadas por evidências científicas de alto nível;

(v) existência de registro na Anvisa”

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatórios médicos e psicológico, datados de 19, e 20/03/2026 trata-se de paciente de **44 anos**, da Saude Suplementar Unimed **com** história **obesidade mórbida**. **Submetida a cirurgia bariátrica bypass gástrico em 04/07/2017**. Evoluiu com **perda ponderal de 36 kg**, **estabilidade do peso**, **regulação da pressão arterial**, **níveis de açúcar do sangue e do colesterol**. **Apresentando quadro de ex-obesidade mórbida**, **redundância cutânea flacidez**; **dermatose braquial bilateral**;

comprometimento da barreira cutânea com intertrigo eritematoso recorrente, maceração epidérmica, prurido, dermatite repetição, odor e alterações teciduais com perda do turgor e elasticidade; vergonha patológica, comprometimento da qualidade de vida, funcionalidade, autoestima, higiene pessoal e insegurança. Necessita urgente de cirurgia plástica reparadora braquioplastia, para reabilitação pós-cirúrgica, permitir a higiene plena, melhorar a convivência social, reestabelecer a saúde física e bem estar psicossocial.

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 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. **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 após o emagrecimento expressivo 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, alto grau de desconforto para o paciente 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. Nesse contexto, os procedimentos de contorno corporal, incluindo a braquioplastia, encontram sua expressão máxima com o objetivo de restaurar a harmonia do corpo e aliviar o desconforto psicológico do paciente. A braquioplastia pós-bariátrica objetiva remover o panículo dermogorduroso excedente, melhorando o contorno do braço e tornando-o mais cilíndrico e harmônico; proporcionar maior amplitude dos movimentos; facilitar a higiene e possibilitar o uso de determinadas vestimentas, como camisetas ou camisas sem mangas. Apesar de ser chamada de reparadora no paciente pós bariátrico, objetiva remover excesso de pele, remodelar a forma do braço, para redefinir o contorno corporal, ou seja melhorar a autoimagem, aspecto estético e não funcional.

A cirurgia plástica reparadora é relacionada a altos índices de complicações que podem afetar negativamente estes ganhos em potencial. 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. 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. Em relação a braquioplastia, estudo mostra que 30,3% e 51,5% dos pacientes respectivamente, negam melhora da vida social ou afetiva (51,5%) após a realização da braquioplastia, alegando que tal melhora se deu graças à gastroplastia, não havendo interferência positiva nem negativa da cirurgia plástica nesse aspecto. 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), hérnias ventrais e no caso das braquioplastia em pacientes com alterações linfáticas prévias. 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 a coluna.

Nos paciente bariátricas ou pós emagrecimento significativo a dermolipectomia abdominal é a âncora das cirurgias, sendo a cirurgia mais indicada e tem cobertura obrigatória pelos planos de saúde. Quanto a braquioplastia alguns autores, a consideram como cirurgia reparadora quando indicada na limitação significativa do movimento dos braços com prejuízo laboral por repercussões no sistema mioosteoarticular e em sintomas de dor, já que além da finalidade principalmente estética, permite resgatar a forma e tamanho das braços e melhorar sintomas incompatíveis com boa qualidade de vida (QV,) finalidade terapêutica. Porém, na prática clínica visa o resultado de remodelar o contorno do braço, e, apesar das contínuas evoluções técnicas e da atenção dada à melhoria dos resultados, a braquioplastia é um procedimento cirúrgico que, a despeito de seguro e ter resultados positivos, em termos de

satisfação dos pacientes, frequentemente resulta em complicações. Estas incluem deiscência da ferida, seroma, comprometimento linfático crônico com linfocele/linfedema, infecção, dificuldade na adução do braço, cicatrizes patológicas, sangramento, compressão nervosa, síndrome do compartimento, neuromas e perda/alteração sensorial. A deiscência da ferida e a cicatrização hipertrófica são as complicações mais frequentes, devido à incisão da braquioplastia, já que pacientes obesos, têm má qualidade tecidual, nos quais a retração e lentidão da cicatrização é a regra (media de 10 meses a 2 anos), resultando em cicatrizes alargadas e aparentes.

Não há consenso quanto à indicação médica objetiva de braquioplastia, nem mesmo evidência forte na literatura para tratamento de dor, dermatites ou alterações psicológicas. A escassez de evidências de boa qualidade para indicação da braquioplastia como cirurgia reparadora, faz com que os Planos de Saúde ou mesmo o Sistema Único de Saúde (SUS) tenham uma tendência a não permitir sua realização e continuem a duvidar da sua necessidade médica em pacientes sintomáticas, não estando prevista no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

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).

Conclusão: trata-se de paciente de **44 anos**, da Saude Suplementar Unimed com história **obesidade mórbida**. Submetida a cirurgia bariátrica **bypass gástrico** em **04/07/2017**. Evoluiu com **perda ponderal de 36 kg**, estabilidade do peso, regulação da pressão arterial, níveis de açúcar do sangue e do colesterol. Apresentando quadro de ex-obesidade mórbida, redundância cutânea flacidez; dermatose braquial bilateral; comprometimento da barreira cutânea com intertrigo eritematoso recorrente, maceração epidérmica, prurido, dermatite repetição, odor e alterações teciduais com perda do turgor e elasticidade; vergonha patológica, comprometimento da qualidade de vida, funcionalidade, autoestima, higiene pessoal e insegurança. Necessita urgente de cirurgia plástica reparadora braquioplastia, para reabilitação pós-cirúrgica, permitir a higiene plena, melhorar a convivência social, reestabelecer a saúde física e bem estar psicossocial.

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, alto grau de desconforto para o paciente e aumento do risco de reganho 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. Nesse contexto, os procedimentos de contorno corporal, incluindo a braquioplastia, encontram sua expressão máxima com o objetivo de restaurar a harmonia do corpo e aliviar o desconforto psicológico do paciente. A braquioplastia pós-bariátrica objetiva remover o panículo excedente dermogorduroso, melhorando o contorno do braço e tornando-o mais cilíndrico e harmônico; proporcionar maior amplitude dos movimentos; facilitar a higiene e possibilitar o uso de determinadas vestimentas, como camisetas ou camisas sem mangas. A despeito de ser chamada de reparadora no paciente pós bariátrico, **objetiva remover excesso de pele, remodelar a forma do braço, para redefinir o contorno corporal, ou seja melhorar a autoimagem, aspecto estético e não funcional.**

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, como ressaltado pelos próprios cirurgiões assistentes. 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), e em relação a braquioplastia, estudo mostra que 30,3% e 51,5% dos pacientes respectivamente, negam melhora da vida social ou afetiva (51,5%) após a realização da braquioplastia, alegando que tal melhora se deu graças à gastroplastia, não havendo interferência positiva nem negativa da cirurgia plástica nesse aspecto. 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.

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, não presentes no caso em tela e alterações psico-patológicas devidas à redução de peso associada ao prejuízo da coluna, equilíbrio e movimentos.

Nos paciente bariátricas ou pós emagrecimento significativo alguns autores, a consideram a braquioplastia como cirurgia reparadora quando indicada na limitação significativa do movimento dos braços com prejuízo laboral por repercussões no sistema mioosteoarticular e em sintomas de dor, já que além da finalidade principalmente estética, permite resgatar a forma e tamanho das braços e melhorar sintomas incompatíveis com boa QV finalidade terapêutica. Porém, na prática clínica visa o resultado de remodelar o contorno do braço, e, apesar das contínuas evoluções técnicas e da atenção dada à melhoria dos resultados, a braquioplastia é um procedimento cirúrgico que, a despeito de seguro e ter resultados positivos, em termos de satisfação dos pacientes,

frequentemente resulta em complicações. Estas incluem deiscência da ferida, seroma, comprometimento linfático crônico com linfocele/linfedema, infecção, dificuldade na adução do braço, cicatrizes patológicas, sangramento, compressão nervosa, síndrome do compartimento, neuromas e perda/alteração sensorial. A deiscência da ferida e a cicatrização hipertrófica são as complicações mais frequentes, devido à incisão da braquioplastia, já que pacientes ex-obesos, têm má qualidade tecidual, nos quais a retração e lentidão da cicatrização é a regra (media de 10 meses a 2 anos), resultando em cicatrizes alargadas e aparentes.

Não há consenso quanto à indicação médica objetiva de braquioplastia, nem mesmo evidência forte na literatura para tratamento de dor, dermatites ou alterações psicológicas. A escassez de evidências de boa qualidade para indicação da braquioplastia como cirurgia reparadora, faz com que os Planos de Saúde ou mesmo o SUS, tenham uma tendência a não permitir sua realização e continuem a duvidar da sua necessidade médica em pacientes sintomáticas, não estando prevista no rol da ANS.

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 e tratamento das comorbidades. 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 braquioplastia que inclusive não é isenta de complicações.

IV - REFERÊNCIAS:

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Gerencia de Assistência a 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.rbcpr.org.br/details/423/abdominoplastia--estudo-retrospectivo>.

7. Moraes JM, Caregnato RCA, Scneider DS. Qualidade de vida antes e apos 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 plastica. **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, Kvaem 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. **JBI 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=NDaZMw==>.

23. Rodrigues A, Helene Jr A, Calheiros CA, Moreno CH, Neto Guedes HJ. Braquioplastia em pacientes ex-obesos mórbidos submetidos a gastroplastia redutora. **Rev Bras Cir Plást.** 2009;24(2):195-201. Disponível em: <https://www.rbc.org.br/Content/imagebank/pdf/v24n2a12.pdf>.

24. Cintra Junior W, Modolin M, Kasabkojian ST, Rocha RI, Zampieri L, Gemperli R. Braquioplastia pós-gastroplastia: avaliação da satisfação dos pacientes. **Rev Bras Cir Plást.** 2014;29 (2):232-6. Disponível em: <https://www.rbc.org.br/Content/imagebank/pdf/v29n2a12.pdf>.

25. Pianguy I. Correction of lipodystrophy of the lateral thoracic aspect and inner side of the arm and elbow dermosenescence. **Clin Plast Surg.** 1975 Jul;2(3):477-83. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1097165/>

26- Spector JA, Levine SM, Karp NS. Surgical solutions to the problem of massive weight loss. **World J Gastroenterol.** 2006;12(41):6602-7. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4125663/>.

26. Nisi G, Giardino FR, Giudice M, Fasano G, Cuomo R, Grimaldi L. The Jaws Brachioplasty: An Original Technique: Improving Aesthetic Outcomes in Arm Lift Procedures. **J Clin Med.** 2022;11(17):5038. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9457159/>.

27. Sisti A, Cuomo R, Milonia L, Tassinari J, Castagna A, Brandi C, Grimaldi L, D'Aniello C, Nisi G. Complications associated with brachioplasty: a literature review. **Acta Biomed.** 2018;88(4):393-402. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29350652/>.

V - DATA:

13/08/2026 NATJUS - TJMG