

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Uberaba

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0006521

IDADE: 32

Sexo: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: Z42

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento mastopexia.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: a autora afirma que esse diagnóstico baseia-se em razões que incluem dor cervical e torácica, tendo realizado outros tratamentos que não alcançaram resultados significativos.

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 28.498

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Proceda a secretaria consulta ao sistema NatJus TJMG para que este emita parecer técnico sobre os procedimentos já realizados pela autora qual seja: Mastopexia com prótese, se possuem caráter estético ou reparador.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatório médico datado de 14/07/2023, trata-se de paciente **32 anos**, usuária da **Saúde Suplementar**, submetida a **cirurgia bariátrica há 1 ano e 7 meses**. Em **30/08/2023** realizou **mastopexia com prótese e lipoabdominoplastia total**, encontra-se no 11º pós-operatório evoluindo **sem intercorrências**. Sugerido **afastamento do trabalho por 60 dias**.

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)**

peças 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 plástica reparadora pós cirurgia bariátrica 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 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 da normalidade. Os procedimentos cirúrgicos estéticos, em contrapartida, limitam-se, em sua maioria, a melhora da aparência, como a mastopexia. A cirurgia plástica reparadora 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. 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 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.

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. 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 (pelo tratamento da obesidade), e apresentem uma ou mais das complicações de: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor, hérnias.

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, e assim não apresenta caracter de urgência ou indicação clínica exclusiva para proteção à saúde como o tratamento de dorsalgias. Também não é

critério de cura para lesões de pele como infecções cutâneas e tão pouco para os quadros psiquiátrico. Está relacionada a altos índices de complicações que podem afetar negativamente seus 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). 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 como gerados pelo volume mamário são subjetivos e acompanhados de traço psicossocial. Assim não está prevista no roll de procedimentos de cobertura obrigatória da Agência Nacional de Saúde (ANS) para este fim estético. 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 de **32 anos**, usuária da **Saúde Suplementar**, submetida a **cirurgia bariátrica há 1 ano e 7 meses**. Em **30/08/2023** realizou **mastopexia com prótese e lipoabdominoplastia total**, encontra-se no 11º pós-operatório evoluindo **sem intercorrências**.

Sugerido afastamento do trabalho por 60 dias.

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. Enquadram nesse extrato, pacientes com IMC \geq de 30 Kg/m² com comorbidades, e seu tratamento 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, melhoria da qualidade e tempo de vida, resolvendo problemas de ordem física e psicossocial. Mas 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 isto, gerando declínio na qualidade de vida e risco de ganho 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. Caracteriza-se pela correção de estruturas anormais do corpo causadas por defeitos congênitos, anormalidades de desenvolvimento, doenças adquiridas, trauma, infecção, ou tumor. Sua finalidade é 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 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.

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 dorsoalgia. 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). 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 relacionados a mamas volumosas são subjetivos e acompanhados de um traço psicossocial. Assim existe escassez de evidências de boa qualidade para indicação da mastopexia como cirurgia reparadora fazendo que não faça parte das cirurgias obrigatórias no Roll da ANS.

Desta forma, **de acordo com o documento enviado a cirurgia já foi realizada de modo eletivo, em conjunto com a abdominoplastia.** Entretanto é importante informar que não há comprovação de doença que demandasse a realização desta cirurgia de no caso em tela, já que se refere a mastopexia pós cirurgia bariátrica e nesta condição tal cirurgia é considerada estética, eletiva, sem caracter de urgência e/ou indicação clínica exclusiva para proteção à saúde, conforme a literatura.

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. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Gerência de Assistência à Saúde. Gerência Geral de Regulação Assistencial. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Parecer Técnico no 22/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021. Cobertura: Procedimentos diversos: Mama e sistema linfático (mastectomia/mamoplastia). Rio de Janeiro, 2021. 4p. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2020/parecer_tecnico_no_19_2021__mama_e_sistema_linfatico_mastectomia__mastoplastia.pdf.

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%7Cmacromastia>.

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 st
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): Disponível em:

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/s00586-019-0615-5-2.pdf>.

V - DATA:

08/10/2024 NATJUS - TJMG