

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Contagem

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005499

IDADE: 28 anos

Sexo: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: E 66.8, I 15 K 24

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento Gastroplastia

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Cirúrgica

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 17.285

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

a) se existe comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; b) se existem recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais; c) informações sobre a adequação/necessidade do método, especialmente, em face do quadro clínico apresentado pela parte autora; e d) a viabilidade do tratamento solicitado e quaisquer outras informações complementares que este Núcleo considerar relevantes.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentação médica apresentada, datada de 15/03/2023, trata-se de MMAP, **28 anos**, com diagnóstico **obesidade** desde a infância, **grau III** (IMC 43,3kg/m²), **associada síndrome do ovário policístico, esteatose hepática, hérnia hiatal, hipovitaminose D, pré diabetes e depressão. Em uso de semiglutida, metformin e bupropiona, sem sucesso no controle do peso em 1 anos de tratamento, inclusive com aumento do mesmo.**

É importante frisar que os documentos enviados não fazem

referencia a solicitação de qualquer tipo de tratamento para a obesidade, inclusive cirúrgico. Assim responderemos a solicitação de nota técnica baseado no pedido da ação de gastroplastia.

No Brasil e na maioria dos países do mundo os **estilos de vida pouco saudáveis, a urbanização e o envelhecimento da população** configuram um **cenário atual em que as doenças crônicas** não transmissíveis **predominam** sobre as doenças infecciosas **como a principal causa de morbidade e mortalidade. As mudanças culturais dos últimos séculos levaram a alterações dos hábitos/estilo de vida que resultaram em uma alimentação rica em carboidratos e açúcares, com redução de consumo de fibras, que determinando uma epidemia de obesidade, importante fator de risco para outras doenças.** O aumento da prevalência de obesidade em várias regiões do planeta vem se revelando como um dos mais importantes fenômenos clínico-epidemiológicos da atualidade, representando **um dos problemas mais graves de saúde pública cujo acometimento independe de condições econômicas e sociais.** Assim a **obesidade é uma das doenças que mais matam no mundo em decorrência de suas comorbidades, estando na lista das 10 doenças mais mortais do planeta. A taxa de mortalidade de um obeso é 12 vezes maior do que da população normal.**

A obesidade é uma doença crônica universal, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, resultante de um fenômeno multifatorial que envolve componentes sociais, comportamentais, psicológicos, metabólicos, endócrinos e genéticos. É o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de Síndrome Metabólica (SM) . A SM representa um conjunto de distúrbios metabólicos, os quais contemplam alto risco para o desenvolvimento de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e de doenças cardiovasculares (DCV), sendo representadas por hiperglicemia, hipertensão arterial (HA), hipertrigliceridemia (TG), valores diminuídos de colesterol de alta densidade (HDL-c), além da obesidade abdominal. Além disso, está relacionada com o desenvolvimento da

artropatias, hipoventilação, dislipidemia, aterosclerose, insuficiência cardíaca congestiva, e maior risco de morte por câncer de mama, cólon, próstata, endométrio, rim e vesícula biliar. Assim, a obesidade contribui para maior risco de morbimortalidade, principalmente por doenças cardiovasculares e se destaca como importante alvo no enfrentamento às doenças crônicas não-transmissíveis em função da carga em saúde e econômica que imprime às sociedades. Também é responsável por perda da qualidade de vida e auto-estima do paciente.

Do ponto de vista prático é classificada a partir do índice de massa corporal (IMC). IMC saudável para ambos os sexos está entre 18,5 e 24,9 Kg/m². Aquele que apresentam IMC entre 25 a 29,9 kg/m² são considerados com sobrepeso (pré-obeso) e os com IMC superiores a 30 kg/m² obesos. A obesidade mórbida é definida em dimensões de IMC na faixa entre 40 e 50 kg/m² superobesidade para IMCs acima de 50 kg/m². Segundo a OMS a faixa considerada como obesidade pode ser ainda classificada em estratos de acordo com o IMC entre as classes ou graus I e III, de forma que o grau I compreende IMCs entre 30 e 34,99kg/m², o II entre 35 e 39,99kg/m² e o III maiores que 40kg/m².

Como doença crônica multifatorial e importante fator de risco, devendo ser tratada de forma integrada às ações previstas em políticas de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, de alimentação/nutrição, saúde na escola e práticas integrativas e complementares. A linha de cuidado integral ao obeso, nos sistemas de saúde está organizada e estruturada com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde conforme o estado nutricional do indivíduo segundo seu IMC. Levando em consideração que, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a obesidade é tratada como fator de risco e como doença, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Sobrepeso e Obesidade em adultos do SUS traz um conjunto de recomendações para qualificar a atuação dos gestores, das equipes e dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária para atenção aos casos de sobrepeso e

obesidade. Estas mesmas ações são seguidas pelos serviços da Saúde Suplementar, que também se organizam em cuidados de atenção divididos em complexidades de ambulatorial a serviço especializado/hospitalar. Ambos sistemas de saúde seguem algumas orientações-chave como: tirar o foco da perda de peso; adotar uma alimentação adequada e saudável sendo a principal recomendação de ter uma alimentação baseada em alimentos in natura e minimamente processados, conforme orientação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) em seus Guia Alimentar para a População Brasileira e Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira; praticar atividade física regularmente; acolher e cuidar do lado emocional de modo a vencer o estigma da obesidade evidente nos abusos físicos e/ou verbais que os indivíduos com sobrepeso ou obesidade sofrem. Assim o tratamento convencional baseia-se em promover estilo de vida mais saudável, com menor ingestão de calorias e aumento da atividade física, mas que muitas vezes pode falhar.

A finalidade do tratamento da obesidade/sobrepeso é alcançar uma série de objetivos globais em curto e longo prazo. Assim busca os seguintes resultados: diminuição da gordura corporal, preservando ao máximo a massa magra; promoção da manutenção de perda de peso; impedimento de ganho de peso futuro; educação alimentar e nutricional que vise à perda de peso, por meio de escolhas alimentares adequadas e saudáveis; redução de fatores de risco cardiovasculares associados à obesidade (HA, dislipidemia, pré-diabete ou DM); resultar em melhorias de outras comorbidades (apneia do sono, osteoartrite, risco neoplásico, etc.); recuperação da autoestima; aumento da capacidade funcional e da qualidade de vida. Neste contexto, cabe a atenção ambulatorial prestar a assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas. Nos indivíduos com IMC acima de 30 kg/m² e

comorbidades, os tratamentos incluem intervenções cirúrgicas e não-cirúrgicas, de forma que os procedimentos cirúrgicos são hoje considerados de maior eficácia em curto e longo prazo para a redução de peso, remissão de comorbidades e melhoria na qualidade de vida.

O tratamento cirúrgico deve ser ofertado em serviços especializados em hospitais cadastrados que oferecem apoio diagnóstico e terapêutico especializado. Cabe a esses serviços, organizar o acesso, realizar o tratamento cirúrgico, as cirurgias reparadoras subsequentes e prestar a assistência no pós-operatório de acordo com fluxo assistencial estabelecidos.

A cirurgia bariátrica é o método mais utilizado para o tratamento da obesidade, pois proporciona expressiva redução ponderal (40% a 50% do excesso de peso) e do IMC, sendo o mais efetivo para obesidade grau III. Sua eficácia pode ser medida pela perda de peso obtida em 12, 24 e 36 meses. Os resultados a longo prazo (mais de 5 anos) são os melhores indicadores de eficácia. Melhorias nas condições de saúde relacionados à obesidade após a cirurgia, como o controle do DM, colesterol alto, HA, apneia do sono são também bons indicadores de eficácia. Lembrando sempre que os resultados são dependentes e influenciados pelo comprometimento e comportamento da pessoa no pós-cirurgia. O apoio da equipe multidisciplinar (cirurgião, nutricionista, psicólogo e ou psiquiatra, educador físico, fisioterapeuta, cardiologista, endocrinologista) desempenham um papel vital para o resultado final, sucesso do tratamento. A família e amigos são importantes no incentivo e apoio. A quantidade real de peso que um paciente perde após a cirurgia depende de vários fatores, entre eles: a idade do paciente, o peso antes da cirurgia, as condições gerais de saúde, o procedimento cirúrgico realizado, a capacidade de fazer exercícios físicos no pós-operatório, o compromisso de manter as instruções relativas a dietas e outros cuidados, a motivação do paciente e cooperação da família e amigos e o suporte da equipe multidisciplinar. De uma forma geral, o sucesso da

cirurgia de perda de peso é definido ao atingir a perda de 50% do excesso de peso ou mais e manter este nível por pelo menos 5 anos. A maioria dos pacientes tem perda de 50% a 80% do excesso de peso (calculado pela diferença do peso máximo normal, 24,9 Kg/m² e o peso pré-operatório em Kg/m²).

Conforme os consensos, está indicada para adultos, com:

- Paciente na faixa etária 18 e 65 anos (fora deste limite etário, conforme previsto em legislação); **com falha no tratamento clínico realizado, por pelo menos 2 anos e obesidade mórbida há mais de 5 anos:**

- Pacientes com IMC 50 kg/m²;

- **Pacientes de IMC 40 a 49,9 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;**

- **Pacientes com IMC \geq 35 kg/m² até 39,9 kg/m² e com comorbidades, agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz, tais como pessoas com alto risco DCV, DM e/ou HAS de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, calculose da vesícula biliar, hipertrigliceridemia e/ou hipercolesterolemia, refluxo gastroesofágico patológico, várias formas de depressão, dificuldades no relacionamento social ou de atividade laborativa, infertilidade ligada a obesidade e muitas outras conforme Conselho Federal de Medicina (CFM), sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.**

Compreende-se por **tratamento clínico longitudinal, a orientação e apoio para mudança de hábitos de vida, realização de dieta, realizado por profissional especializado** (médico ou nutricionista), em **associação da prescrição de atividade física e atenção psicológica e, se necessário, farmacoterapia, realizado por no mínimo dois anos.**

Nos jovens entre 16 e 18 anos, o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento (análise da

idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área). Adultos com mais de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento.

A cirurgia tem a finalidade de melhorar qualidade e tempo de vida do obeso, resolvendo problemas de ordem psicossocial e física que o excesso de peso acarreta. Sua eficácia pode ser medida pela perda de peso obtida em 12, 24 e 36 meses. Os resultados a longo prazo (mais de 5 anos) são os melhores indicadores de eficácia. Melhorias nas condições de saúde relacionados à obesidade após a cirurgia, como o controle do DM, colesterol alto, HA, apneia do sono são também bons indicadores de eficácia. Lembrando sempre que os resultados são dependentes e influenciados pelo comprometimento e comportamento da pessoa no pós-cirurgia. O apoio da equipe multidisciplinar (cirurgião, nutricionista, psicólogo e/ou psiquiatra, educador físico, fisioterapeuta, cardiologista, endocrinologista) desempenham um papel vital para o resultado final, sucesso do tratamento. A família e amigos são importantes no incentivo e apoio. A quantidade real de peso que um paciente perde após a cirurgia depende de vários fatores, entre eles: a idade do paciente, o peso antes da cirurgia, as condições gerais de saúde, o procedimento cirúrgico realizado, a capacidade de fazer exercícios físicos no pós-operatório, o compromisso de manter as instruções relativas a dietas e outros cuidados, a motivação do paciente e cooperação da família e amigos e o suporte da equipe multidisciplinar. De uma forma geral, o sucesso da cirurgia de perda de peso é definido ao atingir a perda de 50% do excesso de peso ou mais e manter este nível por pelo menos 5 anos. A maioria dos pacientes tem perda de 50% a 80% do excesso de peso (calculado pela diferença do peso máximo normal, 24,9 Kg/m² e o peso pré-operatório em Kg/m²).

A cirurgia bariátrica está contra indicada em pacientes com: **limitação intelectual** significativa em pacientes sem suporte familiar adequado; quadro de **transtorno psiquiátrico não controlado**, incluindo **uso de álcool ou drogas ilícitas**; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia; **doença cardiopulmonar grave e descompensada** que influenciem a relação risco-benefício; **hipertensão portal, com varizes esofagogástricas**; **doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior** que predisponha ao sangramento digestivo ou outras condições de risco. Não existe contra indicação nos casos de super obesidade ou de hérnias abdominais.

Conclusão: trata-se de paciente **28 anos**, com diagnóstico **obesidade** desde a infância, **grau III** (IMC 43,3kg/m²), **associada síndrome do ovário policístico, esteatose hepática, hérnia hiatal, hipovitaminose D, pré diabetes e depressão**. Em uso de semiglutida, metformin e bupropiona, sem sucesso no controle do peso em 1 anos de tratamento, inclusive com aumento do mesmo.

É importante frisar que os documentos enviados não fazem referencia a solicitação de qualquer tipo de tratamento para a obesidade, inclusive cirúrgico. Assim responderemos a solicitação de nota técnica baseado no pedido da ação de gastroplastia.

A obesidade é uma doença crônica com taxa de mortalidade 12 vezes maior do que da população normal. É o fator de risco mais importante para SM com suas consequências DM2 e DCV. Além disso, está relacionada com o desenvolvimento da artropatias, hipoventilação, insuficiência cardíaca congestiva, dislipidemia e aterosclerose, contribuindo, assim, para maior risco de morbimortalidade por DCV. Responsável por perda da qualidade de vida e auto-estima do paciente. Seu tratamento baseia-se em promover estilo de vida mais saudável, com menor ingestão de calorias e aumento da atividade física, porém falha muitas vezes, sendo necessária intervenção cirúrgica.

A cirurgia bariátrica é o método mais utilizado para o tratamento da obesidade, pois proporciona expressiva redução ponderal (40% a 50% do excesso de peso) e do IMC, sendo o mais efetivo para obesidade grau III. Conforme os consensos, está indicada para adultos, com:

- IMC 50 Kg/m²;
- IMC 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- **IMC \geq 35 kg/m² até 39,9 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco DCV, DM e/ou HAS de difícil controle, apneia do sono, hipertrigliceridemia e/ou hipercolesterolemia, doenças articulares degenerativas, colelitíase, refluxo gastroesofágico patológico, várias formas de depressão, dificuldades no relacionamento social ou de atividade laborativa, infertilidade ligada a obesidade e muitas outras conforme CFM, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.**

Compreende-se por tratamento clínico longitudinal, a orientação e apoio para mudança de hábitos de vida, realização de dieta, realizado por profissional especializado (médico ou nutricionista), em associação da prescrição de atividade física e atenção psicológica e, se necessário, farmacoterapia, realizado por no mínimo dois anos.

Para se candidatar a cirurgia bariátrica além das indicações acima, o paciente e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso consciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica, clínica e anestésica). Também deve se comprometer com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe.

No SUS a obesidade é considerada como doença crônica multifatorial e importante fator de risco, devendo ser tratada de forma integrada às ações

previstas em políticas de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, de alimentação/nutrição, saúde na escola e práticas integrativas e complementares. A linha de cuidado integral ao obeso, nos sistemas de saúde está organizada e estruturada com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde conforme o estado nutricional do indivíduo segundo seu IMC. Levando em consideração que, no âmbito do SUS, a obesidade é tratada como fator de risco e como doença, o PCDT do Sobrepeso e Obesidade em adultos do SUS traz um conjunto de recomendações para qualificar a atuação dos gestores, das equipes e dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária para atenção aos casos de sobrepeso e obesidade. Também na Saúde Suplementar esta qualificação abrange uma equipe multiprofissional responsável pela linha de cuidado, necessária a abordagem da obesidade. A finalidade do tratamento da obesidade/sobrepeso é alcançar uma série de objetivos globais em curto e longo prazo. Assim busca os seguintes resultados: diminuição da gordura corporal, preservando ao máximo a massa magra; promoção da manutenção de perda de peso; impedimento de ganho de peso futuro; educação alimentar e nutricional que vise à perda de peso, por meio de escolhas alimentares adequadas e saudáveis; redução de fatores de risco cardiovasculares associados à obesidade (HA, dislipidemia, pré-diabete ou DM); resultar em melhorias de outras comorbidades (apneia do sono, osteoartrite, risco neoplásico, etc.); recuperação da autoestima; aumento da capacidade funcional e da qualidade de vida.

Neste contexto, os indivíduos com IMC ≥ 35 kg/m², como no caso em tela, com comorbidades, tais como pessoas com alto risco DCV, DM e/ou HAS de difícil controle, apneia do sono, hipertrigliceridemia e/ou hipercolesterolemia, doenças articulares degenerativas, colelitíase, refluxo gastroesofágico patológico, várias formas de depressão, dificuldades no relacionamento social ou de atividade laborativa, infertilidade ligada a obesidade e muitas outras conforme CFM, sem sucesso no tratamento

clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos, tem indicação da abordagem da obesidade com tratamentos que incluem intervenções cirúrgicas e clínicas, de forma que os procedimentos cirúrgicos são hoje considerados de maior eficácia em curto e longo prazo para a redução de peso, remissão de comorbidades e melhoria na qualidade de vida e estão disponíveis na Saúde Suplementar. Entretanto o tratamento da obesidade não tem caracter de urgência/emergência, mas de relevância clínica, já que tem a finalidade de melhorar qualidade e tempo de vida do obeso, resolvendo problemas de ordem psicossocial e física que o excesso de peso acarreta. É importante salientar que como salientado acima, para se candidatar ao tratamento cirúrgico é necessário tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos, fato não comprovado no caso, que demonstra apenas 1 anos incompleto de tratamento e que tenham seguido protocolos clínicos com equipes multiprofissionais, também não evidenciado neste caso.

IV - REFERÊNCIAS:

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos estratégicos. Portaria SCTIE/MS no 53, de 11 de Novembro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_sobrepeso_e_obesidade_em_adultos_29_10_2020_final.pdf
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 424, de 19 de Março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **DOU**. 15.04.2013. Seção1, página 59. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html.
3. Ministério da Saúde. Gabinete. Portaria no 425 de 19 de Março de 2013.

Altera as Portarias nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em:

4. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC. Relatório de recomendação no 249 Janeiro/2017 Cirurgia bariátrica por laparoscopia. Brasília, 2017. 37p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Recomendacao/RELATORIO_Cirurgia_bariatrica_laparoscopia_FINAL_249_2016.pdf

5. Entidades de Fiscalização do Exercício das profissões Liberais. Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº 2.131, de 12 de novembro de 2015. Altera o anexo da Resolução CFM nº 1.942/10, publicada no DOU de 12 de fevereiro de 2010, Seção 1, pág. 266. **DOU**. 13.01.2016. Seção1, página 66. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=13/01/2016&pagina=66>.

6. Gerência de Assistência à Saúde - GEAS. Gerência-Geral de Regulação Assistencial – GGRAS. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Parecer Técnico nº 12/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021. Brasília, abril de 2021. 3p. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2020/parecer_tecnico_no_12_2021__gastroplastia__cirurgia_bariatrica_.pdf.

7. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial. Coordenadoria de Informações Assistenciais. Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira. Rio de Janeiro: ANS, 2017. 6.5 MB; ePUB.

Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/centrais-de-conteudo/final-obesidade-26-12-pdf>

8. 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>.

10. 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.

9. 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>.

10. 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>.

11. Rosenfield L, Davis RC. Evidence-Based Abdominoplasty Review With Body Contouring Algorithm. **Aesthetic Surg J.** 2019;39(9):643-61. Disponível em: <https://academic.oup.com/asj/article-abstract/39/6/643/5289235redirectFrom=fulltext>.

12. 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>.

13. Giordano S, Victorzon M, Stormi T, Suominen E. Desire for body contouring surgery after bariatric surgery: do body mass index and weight loss matter? **Aesthet Surg J.** 2014;34(1):96-105. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24334498/>.

V - DATA:

03/06/2024 NATJUS - TJMG