

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**SOLICITANTE:** MM. Juíz de Direito Dr Sebastião Pereira dos Santos Neto

**PROCESSO Nº.:** 52410245820228130024

**CÂMARA/VARA:** 2ª Vara cível

**COMARCA:** Belo Horizonte

#### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**REQUERENTE:** P. R. C.

**IDADE:** 41 anos

**PEDIDO DA AÇÃO:** Procedimento/Exame complementar Procedimentos cirúrgicos de cirurgias cirurgia corretiva de mamoplastia com próteses, abdominoplastia com tratamento de diástase muscular, braquioplastia (braços) e gluteoplastia.

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10: E66, E68, E66.9, L26, K91 e N 62

**FINALIDADE/INDICAÇÃO:** A requerente emagreceu 42 Kg, fato que resultou em excesso de pele em várias regiões do corpo. O acúmulo excessivo de pele do qual sofre a requerente acarretou vários problemas de saúde, situações que prejudicam sua saúde, vida social, profissional e familiar.

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRP 04/0727 e CRMMG 21.644, 26.618, 49.011, 57.987

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2022.0003259

#### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

01 - O tratamento é eficaz e recomendado para o caso da paciente? 02 - O tratamento é considerado urgente/imprescindível para a cura ou melhora da paciente? 03 - A demora na realização do procedimento poderá ocasionar sequelas e/ou lesões irreversíveis ou piora do quadro de saúde da paciente? 04 - Existem outros tratamentos considerados eficazes para a paciente?

#### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentos médicos e psicológicos, datados de 20/09/2022,

17/10/2022, 03/10/2022, 19/10/2022, trata-se de PRC, **41 anos, com histórico de obesidade grave, diabetes mellitus, esteatose hepática grau III. Cirurgia bariátrica em 23/09/2021 com sucesso, perda de 41-42,5 quilos e cura das comorbidades. Coursou com sequelas físicas decorrente do tratamento da obesidade por excesso de pele; flacidez cutânea importante e lipodistrofia de coxas, braços; abdome em avental, diástase dos retos; ptose mamária grau III/IV; flacidez e lipodistrofia glútea; intretrigo, dermatite fúngica, eczema com odor, prurido, em região glútea, infra mamária e abdominal, dermatite de fricção em braços e coxas, sem resposta ao uso de tópicos (icaden, fentizol, betametasona, bepantriz, anilia talco); tristeza, fracasso no resgate da auto imagem, estima e confiança, esquiva social e sexual. Necessita de cirurgia plástica reparadora com urgência e emergência de mastopexia com prótese de silicone; braquioplastia; flancoplastia; gluteoplastia; abdominoplastia com tratamento da diástase muscular, em virtude dos transtornos físicos e psicológicos.**

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.** 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. A **obesidade é considerada entre as 10 doenças que mais matam no mundo em decorrência de suas comorbidades. A taxa de mortalidade de um**

obeso é 12 vezes maior do que da população normal.

**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**. Do ponto de vista prático a obesidade é classificada pelo índice de massa corporal (IMC). Pessoas com **IMC entre 25 e 29,9 kg/m<sup>2</sup> são considerados com sobrepeso (pré-obeso)** e os com **IMC superiores a 30 kg/m<sup>2</sup> obesos**. A obesidade mórbida é definida em IMC na faixa entre **40 e 50 kg/m<sup>2</sup>** e **superobesidade** para **IMC acima de 50 kg/m<sup>2</sup>**.

É o **fator de risco mais importante para diabetes mellitus tipo 2, como visto neste caso**. Está associada com o desenvolvimento da **hipoventilação, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva, artropatias, dislipidemia e aterosclerose**. 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**. 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 e o tempo de vida do obeso, resolvendo problemas de ordem psicossocial e física, que o excesso de peso acarreta, já que proporciona expressiva redução ponderal (40%-50% de peso), como descrito nesta paciente.

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. Cabe a atenção ambulatorial prestar a assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m<sup>2</sup>, de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas. Nos indivíduos com IMC > 30 Kg/m<sup>2</sup> e presença de comorbidades, o tratamento inclui intervenções cirúrgicas e não-cirúrgicas, sendo as cirurgias 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 só pode ser ofertado em serviço de alta complexidade, credenciados de forma normatizada e criteriosa.**

**Em geral após o primeiro ano da cirurgia bariátrica os pacientes perdem em média 45% do seu peso, como observado no caso. Esta significativa perda de peso do paciente submetido a cirurgia bariátrica 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 o excesso de pele proveniente da perda maciça de peso, o que pode levar ao declínio na qualidade de vida e ao aumento do risco de reganho de peso.**

**A cirurgia plástica reparadora pode desempenhar um papel importante na estabilização da qualidade de vida dos pacientes com perda de peso maciça após cirurgia bariátrica, mantendo a melhora da qualidade de vida sustentada a longo prazo, sendo considerada estética funcional. Entretanto 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. 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, pois sendo cirurgia reparadora, seu resultado é aquém do desejado. 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, não tem caracter de urgência, nem indicação clínica exclusiva para proteção à saúde, já que não resulta em risco de vida. Não é critério de cura para lesões de pele, como infecções cutâneas e tão pouco é tratamento para os quadros psiquiátrico. Só deve ser indicada 2 anos após a cirurgia bariátrica, quando há 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.

A dermolipectomia abdominal é a âncora das cirurgias nos pacientes pós-bariátricos, sendo a cirurgia mais indicada. Está prevista como cobertura obrigatória pelos planos de saúde, 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, etc. Cirurgias de mamas, braços, flancos e glúteos podem também ser realizada com tais objetivos estéticos-funcionais, porém não estão previstas no roll de procedimentos de cobertura obrigatória da Agência Nacional de Saúde (ANS) para este fim estético e tão pouco inclui fisioterapia, modeladores, colas, drenagens e cintas neste Roll. No SUS a cirurgia plástica reparadora de abdome, mamas e membros, é prevista como parte do tratamento de pacientes bariátricos que apresentem aderência ao acompanhamento pós-operatório, nas seguintes condições:

1. **Mamoplastia: incapacidade funcional** pela ptose mamária, com **desequilíbrio da coluna;**

2. **Abdominoplastia: incapacidade funcional pelo abdome em avental e desequilíbrio da coluna;**

3. **Excesso de pele no braço e coxa: limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação;**

4. **Nas indicações 1, 2 e 3: Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas;**

5. **Nas indicações 1, 2 e 3: Alterações psico-patológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).**

**Conclusão: paciente 41 anos, com histórico de obesidade, diabetes mellitus, esteatose hepática. Cirurgia bariátrica em 23/09/2021 com sucesso, perda de 41-42,5 quilos e cura das comorbidades. Coursou com sequelas físicas por excesso de pele; flacidez cutânea importante e lipodistrofia de coxas, braços; abdome em avental, diástase dos retos; ptose mamária; flacidez e lipodistrofia glútea; intretirgo, dermatite fúngica, eczema com odor, prurido, em região glútea, infra mamária e abdominal, dermatite de fricção em braços e coxas, sem resposta ao uso de tópicos; tristeza, fracasso no resgate da auto imagem, estima e confiança, esquiva social e sexual. Necessita de plástica reparadora com urgência e emergência de mastopexia com prótese de silicone; braquio, flanco, gluteo e abdominoplastia; tratamento da diástase muscular, em virtude dos transtornos físicos e psicológicos.**

**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/m<sup>2</sup> com presença de 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 como descrito neste caso. Este tratamento, leva a expressiva redução ponderal e do IMC, com melhoria da qualidade e tempo de vida, resolvendo problemas de ordem física e psicossocial, como nesta paciente. Pode gerar excedente cutâneo e distorção no contorno corporal, gerando insatisfação com a própria imagem, dificuldade para movimentação e higiene pessoal e infecções cutâneas. Muitos pacientes não estão preparados para lidar com tal excesso de pele, levando ao declínio na qualidade de vida e aumento do risco de reganho de peso.

A cirurgia plástica reparadora considerada estética funcional, pode desempenhar um papel importante na estabilização da qualidade de vida dos pacientes com perda de peso maciça. Entretanto é relacionada a altos índices de complicações que podem afetar negativamente os ganhos potenciais, pois apresenta elevados índices de complicações. Não resulta em forma corporal perfeita, pois sendo cirurgia reparadora, seu resultado é aquém do esperado.

Dentre as cirurgias reparadoras a **abdominoplastia** é a mais indicada com cobertura obrigatória pela ANS. As cirurgias de mamas, flanco, glúteo e braços podem também ser realizada com o objetivo estético-funcional, porém não estão previstas no rol de procedimentos com de cobertura obrigatória da ANS para fim estético, assim como o fisioterapia, cintas, drenagens, modeladores, compressores, colas e drenagens. **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, não tendo

**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 ou satisfação plena com o contorno corporal (33% de insatisfação). Mesmo a cirurgia plástica estética, pode não gerar os resultados esperados. Tão pouco é critério de tratamento de distúrbio de comportamento. Deve ser antecedido de avaliação criteriosa, presença de estabilidade ponderal e condições clínicas, psicológicas e nutricionais adequadas, avaliada por equipe multidisciplinar responsável pela paciente, além de modificações dos hábitos de vida para a 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 de peso e cura das comorbidades, importante fator de risco desta paciente. Quanto aos fatos apresentados as alterações nos braços, coxas, glúteos e mamas não permitem concluir a existência de prejuízos do equilíbrio, coluna ou locomoção. Embora haja 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 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 e se decorridos 2 anos após a cirurgia bariátrica, com a estabilização do peso no  $IMC < 30$ , características estas não apresentadas neste caso.**

#### **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](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\\_co\\_saude/Ata\\_4a\\_Reuniao\\_VF.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_co_saude/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](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](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, Schneider 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](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. 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>.

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. Tremp M, Delko T, Kraljević M, Zingg U, Rieger UM, Haug M, Kalbermatten DF. Outcome in body-contouring surgery after massive weight loss: a prospective matched single-blind study. **Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery**, 2015, 68(10), 1410-6. Disponível em:

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. 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 Jun;45(3):1064-75. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00266-020-02016-2>.

**V - DATA:**

09/02/2023 NATJUS - TJMG