

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Ituiutaba

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0008573

IDADE: 20 anos

Sexo: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: Z42

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento Cirurgia reparadora de mama

FINALIDADE/INDICAÇÃO: Cirurgia reparadora de mama

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 20.217, 31.453, 37.273, 45.222

II– PERGUNTAS DO JUÍZO:

Sem perguntas.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatórios médicos, datados de 14/11/2023, 27/01/2025, 14/05/2025 trata-se de paciente de **20 anos**, da Saude Suplementar Unimed Lavras **com** história **obesidade e hiperplasia mamária bilateral**. Perda de peso acentuada (40 kg) nos últimos três anos, com dieta e re-educação alimentar. Apresentando dorsalgia cronica, com dor persistente, ptose mamaria, intertrigos por ptose e flacidez abdominal. Sem reposta a atividade física. Ao exame físico de perícia não apresenta hipertrofia mamária, com mamas pequenas, com ptose discretas e pequena queda do complexo areolo-mamilar; ptose abdominal. Necessita de mamoplastia sem prótese e abdominoplastia com dermolipectomia.

A obesidade é uma epidemia, caracteriza-se como uma doença crônica universal, provocada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, resultante de fenômeno multifatorial que envolve componentes comportamentais, psicológicos, metabólicos, endócrinos, genéticos e sociais, secundários a alterações dos hábitos/estilo de vida que resultaram em uma alimentação rica em carboidratos e açúcares, com redução de consumo de

fibras, **que determinando uma de obesidade**. Do ponto de vista prático é **classificada pelo** índice de massa corporal (IMC) em: **sobrepeso (pré-obeso)** pessoas com **IMC entre 25 e 29,9 kg/m²**; os com **IMC superiores a 30 kg/m²** **obesos**; **IMC na faixa entre 40 e 50 kg/m²** **obesidade mórbida e superobesidade** para **IMC acima de 50 kg/m²**.

Representa **um dos problemas mais graves de saúde pública** cujo acometimento independe de condições econômicas e sociais. É **considerada entre as 10 doenças que mais matam no mundo em decorrência de suas comorbidades**. É o **fator de risco mais importante para diabetes mellitus tipo 2**. Está associada **com o desenvolvimento artropatias, dislipidemia, ateroscleros, hipoventilação, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva**. Contribui, para maior risco de morbi-mortalidade por **doenças cardiovasculares, perda da qualidade de vida e auto-estima**. É também **relacionada com maior risco de morte por câncer de mama, cólon, próstata, endométrio, rim e vesícula biliar**. A taxa de mortalidade de um **obeso é 12 vezes maior do que da população normal**.

Como doença crônica multifatorial e importante fator de risco, é tratada de forma integrada às ações previstas em políticas de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, de alimentação e nutrição, saúde na escola e práticas integrativas e complementares. Seu **tratamento convencional baseia-se em promover estilo de vida mais saudável**, com menor ingestão de calorias e aumento da atividade física. **Muitas vezes não surte efeito, sendo necessário a cirurgia bariátrica, método mais utilizado para tratamento da obesidade**.

A HM é **caracterizada pela presença bilateral de mamas desproporcionais ao biótipo da mulher, com tamanho volumoso, secundária a excesso de pele, gordura e glândula mamária**. As formas mais conhecidas **de HM** são a **gigantomastia e a macromastia**. A **desarmonia** entre a forma idealizada e a causada pela HM **ocasiona alterações físicas e psicológicas, dificultando o convívio social e o sucesso interativo da mulher com o meio**. As **queixas relacionadas a HM**

são variáveis e na maioria tem caracter subjetivo. Dentre elas se destacam: **mastalgia; ulceração e intertrigo submamária, lesão na pele dos ombros produzidas pelo sutiã; vícios posturais, cervicalgia, dorsalgia; cefaleia; injúria por tração crônica dos 4º, 5º e 6º nervos intercostais, com perda da sensibilidade mamária, dormência das mãos e dedos; comprometimento estético, funcional e psicológico com implicações sérias na auto-estima, vida sexual e social.** Em algumas casos, **pode haver alterações respiratórias significativas e prejuízo do sono. Limitações na prática de esportes e/ou atividades sociais também são descritas. Apesar da mastalgia e a dorsalgia serem relacionadas ao peso exercido pelas mamas, que pode levar ao estiramento cutâneo e à alteração do centro gravitacional da mulher, ocasionando maior solicitação dos músculos dorsais e peitorais, além de flexão anterior da coluna cervical, até o momento, não existem evidências de alta qualidade que demonstrem esta correlação.**

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 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. 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. A despeito de serem chamadas de reparadoras, objetivam a remover excesso de pele para redefinir o contorno corporal ou seja aspecto estético e não funcional, tendo a natureza de cunho eletivo, sem caracter de urgência ou indicação clínica exclusiva para proteção à saúde como o tratamento de dorsalgias. 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.

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. 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.

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. Tem cobertura obrigatória pelos planos de saúde, como a autorização deste caso. Indicada em casos de abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento para obesidade), e apresentem uma ou mais das complicações de: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor, hérnias. Alguns autores, consideram a mamoplastia, como cirurgia reparadora quando indicada na HM associada à alterações pós emagrecimento expressivo, sintomas de dor, transtornos posturais ou repercussões no sistema mioosteoarticular, já que além da finalidade principalmente estética, permite resgatar a forma e tamanho das mamas e melhorar sintomas incompatíveis com boa qualidade de vida (QV,) finalidade terapêutica. Porém, na prática clínica, há dificuldade para

indicar a mamoplastia redutora sem finalidade estética, pois há escassez de parâmetros objetivos para sua indicação e os sintomas descritos são subjetivos e acompanhados de traço psicossocial.

Não há consenso quanto à indicação médica objetiva de mamoplastia redutora, nem mesmo evidência forte na literatura. Revisão sistemática de estudos observacionais e experimentais, incluiu 29 estudos (4173 pacientes), que avaliou sintomas pré e pós-operatórios da mamoplastia redutora por meio de escalas, mostrou que havia relato pelas pacientes de melhora subjetiva dos sintomas e da auto-imagem, mas as evidências disponíveis eram de fraca qualidade, o que compromete a avaliação dos resultados. Trabalhos avaliando a postura pré e pós-operatória de pacientes submetidas a mamoplastia redutora devido a dor nas costas, demonstraram mínimas alterações, que segundo os autores, não justificariam os sintomas relatados pelas pacientes. Estudo comparando achados radiológicos da coluna vertebral em mulheres pré e pós mamoplastia redutora, não encontrou mudanças radiológicas após a cirurgia, embora o nível de satisfação das pacientes com o procedimento tenha sido alto. Estudos ressaltam que ainda que haja alguma evidência de melhora da queixa de dorsalgia em pacientes com HM submetidos a mamoplastia redutora, os resultados são inconclusivos, não havendo confirmação dos benefícios de forma objetiva, para indicar esta cirurgia como tratamento das dores na coluna dorsal. Essa escassez de evidências de boa qualidade para indicação da mamoplastia redutora com cirurgia reparadora na HM, faz com que os Planos de Saúde ou mesmo o Sistema Único de Saúde (SUS) tenham uma tendência a não permitir a realização deste procedimento e continuem a duvidar da sua necessidade médica em pacientes sintomáticas.

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 **20 anos**, da Saude Suplementar Unimed Lavras com história **obesidade e hiperplasia mamária bilateral**. **Perda de peso acentuada (40 kg)** nos últimos três anos, com dieta e re-educação alimentar. Apresentando **dorsalgia crônica**, com dor persistente, **ptose mamária**, **intertrigos** por **ptose** e **flacidez abdominal**. Sem reposta a atividade física. Ao exame físico de perícia não apresenta **hipertrofia mamária**, com **mamas pequenas**, com **ptose discretas** e **pequena queda do complexo areolo-mamilar**; **ptose abdominal**. **Necessita de mamoplastia sem prótese e abdominoplastia com dermolipectomia.**

A obesidade é uma doença crônica com taxa de mortalidade 12 vezes maior do que da população normal. É o fator de risco para várias doenças. É responsável por perda da qualidade de vida e auto-estima. Seu tratamento baseia-se em promover um estilo de vida mais saudável, com menor ingestão de calorias e aumento da atividade física, porém falha muitas vezes, sendo necessária intervenção cirúrgica. Para indivíduos que se enquadram nesse estrato, com IMC acima de 30 Kg/m² com comorbidades, os tratamentos incluem intervenções cirúrgicas e não-cirúrgicas, de forma que os procedimentos cirúrgicos são considerados de maior eficácia em curto e longo prazo para a redução de peso, remissão de comorbidades e melhoria na qualidade de vida.

A HM é caracterizada pela presença bilateral de mamas desproporcionais ao biótipo da mulher, com tamanho volumoso, secundária a excesso de pele, gordura e glândula mamária sendo conhecidas de HM são a gigantomastia e a macromastia. A desarmonia entre a forma idealizada e a causada pela HM ocasiona alterações físicas e psicológicas, dificultando o convívio social e o sucesso interativo da mulher com o meio. Queixas relacionadas a HM são variáveis e na maioria tem caracter subjetivo, como: mastalgia; ulceração e intertrigo submamária, lesão na pele dos ombros; vícios posturais, cervicalgia, dorsalgia; cefaleia; injúria de nervos intercostais, perda da sensibilidade mamária, dormência das mãos e dedos; comprometimento estético, funcional e psicológico com implicações sérias na auto-estima, vida sexual e social. Em algumas casos, pode haver alterações respiratórias e prejuízo do sono. Limitações na prática de esportes e/ou atividades sociais também são descritas. A despeito da mastalgia e a dorsalgia serem relacionadas ao peso exercido pelas mamas, até o momento, não existem evidências de alta qualidade que demonstrem esta correlação.

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 e aumento do risco de ganho 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. A cirurgia para reduzir o volume das mamas é considerada cirurgia estética, tendo cunho eletivo, sem caracter de urgência ou indicação clínica exclusiva para proteção à saúde como o tratamento de dorsalgias. 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. 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). 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 nas fotos e alterações psico-patológicas devidas à redução de peso associada ao prejuízo da coluna, equilíbrio e movimentos.

O tratamento requerido, segundo a literatura, não tem caracter de emergência ou urgência, é considerado eletivo, estético, sem indicação clínica exclusiva para proteção à saúde. Não é imprescindível se não ocorrer, não resultará em dano/sequela a paciente. Não é critério de cura para lesões de pele, ou de tratamento de distúrbio de comportamento,.

A cirurgia plástica abdominal, tem como finalidade a correção das alterações da parede abdominal, 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. Na perda excessiva de peso e pós bariátricos, a dermolipectomia abdominal é a âncora das cirurgias. Tem cobertura obrigatória pelos planos de saúde, como neste caso. Indicada no abdome em avental decorrente de grande perda ponderal pelo tratamento da obesidade, como no caso, associado a uma ou mais das complicações de: candidíase de repetição, infecções bacterianas, odor, hérnias, com diagnóstico médico. Alguns autores, consideram a mamoplastia, quando indicada pós emagrecimento expressivo e na HM associada à sintomatologia dolorosa, transtornos posturais ou repercussões no sistema mioosteoarticular, cirurgia reparadora, já que além da finalidade principalmente estética, permite resgatar a forma, tamanho das mamas e sintomas incompatíveis com boa QV finalidade terapêutica. Entretanto, 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 são subjetivos e acompanhados de traço psicossocial. Não há consenso quanto à indicação médica objetiva de mamoplastia redutora, nem mesmo evidência forte na literatura. Revisão sistemática de estudos observacionais e experimentais, dos sintomas pré e pós-operatórios da mamoplastia redutora, mostrou que havia relato pelas pacientes de melhora subjetiva dos sintomas e da auto-imagem, mas as evidências eram de fraca qualidade, comprometendo a avaliação dos resultados. Trabalhos avaliando a postura pré e pós-operatória de pacientes submetidas a mamoplastia redutora devido a dor nas costas, demonstraram mínimas alterações, que segundo os autores, não justificariam os sintomas relatados pelas pacientes. Estudo comparando achados radiológicos da coluna vertebral em mulheres pré e pós mamoplastia redutora, não encontrou mudanças radiológicas após a cirurgia, embora o nível de satisfação das pacientes com o procedimento tenha sido alto. Estudos ressaltam que ainda que haja alguma evidência de melhora da queixa de dor na coluna, os resultados são inconclusivos, não havendo confirmação dos benefícios de forma objetiva, para indicar esta cirurgia como tratamento das dores na coluna dorsal. Essa escassez de evidências de boa qualidade para indicação da mamoplastia redutora com cirurgia reparadora na HM, faz com que os Planos de Saúde e o SUS tenham tendência a não permitir a realização deste procedimento e continuem a duvidar da sua necessidade médica em pacientes sintomáticas.

Apesar da requisição e de alguns NAT-JUS entenderem pela indicação da cirurgia plástica de mamas pós bariátrica, os dados apresentados não permitem concluir que esta paciente não atende aos critérios selecionado para indicação de tal procedimento, que não são relacionados a imprescindibilidade ou urgência/emergência. Esta cirurgia é considerada estética, focada no cunho da aparência, que visa reduzir a pele e ptose e excesso de pele de mamas e não atuar nas funções das áreas envolvidas,

haja visto que não há hipertrofia mamária associada. Vale ressaltar que a dermolipectomia abdominal, prevista no Roll da ANS solicitada no caso, teve a sua aprovação pela perícia auditoria do convenio.

IV - REFERÊNCIAS:

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Gerencia de Assistencia a Saúde. Gerência Geral de Regulacão Assistencial. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Relatorio: Nota Tecnica 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 Tecnico do COSAÚDE para apreciação de propostas via Formulario Eletronico para as alteracões no Rol de Procedimentos e Eventos em Saude. Revisão do rol de procedimentos e eventos em saúde 2018. Ata da 4ª reunião. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_cosaude/Ata_4a_Reuniao_VF.pdf.

3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 424, de 19 de Março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **DOU**. 15.04.2013. Seção 1, página 59. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html.

4. Sati, Shawkat MD; Pandya, Sonal MD. Should a Panniculectomy/Abdominoplasty After Massive Weight Loss Be Covered by Insurance? **Annals of Plastic Surgery**. 2008;60(5):502-4. Disponível em: https://journals.lww.com/annalsplasticsurgery/Abstract/2008/05000/Should_a_Panniculectomy_Abdominoplasty_After.7.aspx.

5. van der Beek ESJ, van der Molen AM, van Ramshorst B. Complications after body contouring surgery in post-bariatric patients: The Importance of a stable

- weight close to normal. **Obes Facts.** 2011;4(1):61-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6444757/pdf/ofa-0004-0061.pdf>.
6. Hasanbegovic E, Sørensen JA. Complications following body contouring surgery after massive weight loss: a meta-analysis. **J Plast Reconstr Aesthet Surg.** 2014;67(3):295-301. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/423/abdominoplastia--estudo-retrospectivo>.
7. Moraes JM, Caregnato RCA, 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/apv/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0157.pdf>.
8. de Zwaan M, Georgiadou E, Stroh CE, et al. Body image and quality of life in patients with and without body contouring surgery following bariatric surgery: a comparison of pre- and post-surgery groups. **Front Psychol.** 2014;5:1310. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v28n1/2237-9622-ress-28-01-e2018260.pdf>.
9. Rosa SC, Macedo JLS, Casulari LA, Canedo LR, Marques JVA. Perfil antropométrico e clínico de pacientes pós-bariátricos submetidos a procedimentos em cirurgia plástica. **Rev Col Bras Cir.** 2018;45(2):e1613. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v45n2/pt_1809-4546-rcbc-45-02-e1613.pdf.
10. Baillot A, Brais-Dussault E, Bastin A, Cyr C, Brunet J, Aimé A, Rpmain AJ, Langlois MF, Bouchard S, Tchernof A, Rabasa-Lhoret R, Garneau PY, Bernard P What Is Known About the Correlates and Impact of Excess Skin After Bariatric Surgery: a Scoping Review. **Obes Surg.** 2017;27: 2488–98. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11695-017-2814-3>.
11. Chaouat M, Levan P, Lalanne B, Buisson T, Nicolau P, Mimoun M. Abdominal dermolipectomies: early postoperative complications and long-term unfavorable results. **Plast Reconstr Surg.** 2000;106(7):1614- 23. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11129195>.
12. Song AY, Rubin JP, Thomas V, Dudas JR, Marra KG, Fernstrom MH. Body image and quality of life in post massive weight loss body contouring patients. **Obesity** (Silver Spring). 2006;14(9):1626-36. Disponível em: <https://academic>.

oup.com/asj/article-abstract/39/6/643/5289235redirect From=fulltext.

13. 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/>.

14. 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>.

15. Buer L, Kvaalem IL, Bårdstu S, Mala T. Comparing Bariatric Surgery Patients Who Desire, Have Undergone, or Have No Desire for Body Contouring Surgery: a 5-Year Prospective Study of Body Image and Mental Health. **Obes Surg**. 2022;32(9):2952-9. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9392705/pdf/11695_2022_Article_6117.pdf.

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. **JBIC Database System Rev Implement Rep**. 2016;14 (11): 240-70.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27941519/>.

20. 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>.

21. Jaimovich CA, Mazzarone F, Parra JVN, Pitanguy I. Semiologia da parede abdominal: seu Valor no planejamento das abdominoplastias. **Rev Soc Bras Cir Plást.** 1999;14(3):21-50. Disponível em: <http://www.rbcp.org.br/details/206/pt-BR/semiologia-da-parede-abdominal—seu-valor-no-planejamento-das-abdominoplastias>.

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=NDzMw==>.

23. Assembleia Legislativa do estado de Minas Gerais Lei nº 24.545, 31/10/2023. Altera a Lei nº 21.963, de 7 de janeiro de 2016, que dispõe sobre a realização obrigatória da cirurgia plástica reconstrutiva de mama pelas unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS – na situação que menciona. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/21963/2016/?cons=1>

24. 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%7C macromastia>.

25. 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. **BMC Surg.** 2021;21(1):343-66. Disponível em: <https://bmcsurg.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12893-021-01336-7.pdf>.

26. 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>.

27. 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/>.

28. 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>.

29. 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>.

30. 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>.

31. André FS, Chocial AC. Tratamento das gigantomastias. **Rev Bras Cir Plást.** 2010;25(4): 657-662 Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbcp/a/GGfy>

<WvgN9qfZqFN7y9JPgBC/?format=pdf&lang=pt>.

32. 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>.

33. 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.

34. 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>.

35. 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>.

36. 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/s00586-019-06155-2.pdf>.

37. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento da tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPMS do SUS. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0410010073/02/2025>

V – DATA: 28/07/2026 NATJUS - TJMG