

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara Única

COMARCA: Itaguara

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0008402

IDADE: 40 anos

Sexo: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: E 66, G40, I 10 76.0

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento Cirurgia bariátrica

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Obesidade

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRN 9/17.420, CRMMG 17.399, 84.506, 100.674

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Informações técnicas acerca dos procedimentos disponibilizados para o caso como o dos autos n^o 5000672-50.2024.8.13.0322 , encaminhando em anexo cópia escaneada da inicial e dos documentos imprescindíveis outros tratamentos ou alternativas consideradas eficazes para a paciente?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentação médica, nutricional e fotos, apresentada, datada de 15/03/2023, 29/02/2024, 22/05/2024, 22/06/2024, 28/01/2025, trata-se de paciente de **40**

anos, com epilepsia quadro obesidade grau (IMC 78kg/m²), associada hipertensão arterial, apneia do sono, estigmatização social, alterações da saúde mental, dispneia de esforços, hipercolesteronemia, pré-diabetes, dores articulares, lombar e cervical crônicas, dificuldades de realização de atividades físicas e de deambulação. Faz tratamento clínico para obesidade há vários anos, com acompanhamento multidisciplinar – médico, nutricionista, psicólogo e educador físico - sem resultado satisfatório. Há cerca de onze nove meses, iniciou o uso da medicação Liraglutida (obtida por decisão judicial), com perda de peso inicial que viabiliza

a realização da cirurgia bariátrica, passando a obesidade grau III (IMC 63,88kg/m²). Em uso de losartan, ácido valproico, amlodipine, atenolol, espironolactona, fluoxetina, furosemida, omeprazol, sinvastatina, saxenda, glifage, para insônia. Encaminhada pelo endocrinologista para cirurgia de obesidade mórbida, com risco cirúrgico multiprofissional pronto. Necessita da cirurgia bariátrica com urgência devido aos riscos cardiovasculares e de morte. Recebeu negativa da Secretaria Municipal de Saúde de Itaguara, em maio/2024 já que este procedimento não faz parte da relação de tratamentos básicos fornecidos pelo Município, tratando-se de procedimento de alta complexidade. Já a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, em junho/2024, alegou que a gestão da fila e de procedimentos é de responsabilidade das Secretarias Municipais. Tem tutela de urgência deferida para o procedimento.

É importante frisar que os documentos enviados não fazem referência 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 serviço 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 \geq 50 kg/m², chamado de superobeso e aqueles IMC \geq 60 Kg/m² pacientes super superobeso como neste caso, a despeito do risco maior de complicações;**
- 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: 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 é contra indicada nos casos de: **limitação intelectual** significativa em pacientes sem suporte familiar adequado; nos **transtorno psiquiátrico não controlado**, incluindo **uso de álcool ou drogas ilícitas**; mas 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 com predisposição 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 **40anos**, com **epilepsia quadro obesidade grau (IMC 78kg/m²), associada hipertensão arterial, apneia do sono, estigmatização social, alterações da saúde mental, dispneia de esforços, hipercolesteronemia, pré-diabetes, dores articulares, lombar e cervical crônicas, dificuldades de realização de atividades físicas e de**

deambulação. Faz tratamento clínico para obesidade há vários anos, com acompanhamento multidisciplinar – médico, nutricionista, psicólogo e educador físico - sem resultado satisfatório. Há cerca de onze nove meses, iniciou o uso da medicação Liraglutida (obtida por decisão judicial), com perda de peso inicial que viabiliza a realização da cirurgia bariátrica, passando a obesidade grau III (IMC 63,88kg/m²). Em uso de losartan, ácido valproico, amlodipine, atenolol, espironolactona, fluoxetina, furosemida, omeprazol, sinvastatina, saxenda, glifage, para insônia. Encaminhada pelo endocrinologista para cirurgia de obesidade mórbida, com risco cirúrgico multiprofissional pronto. Necessita da cirurgia bariátrica com urgência devido aos riscos cardiovasculares e de morte. Recebeu negativa da Secretaria Municipal de Saúde de Itaguara, em maio/2024 já que este procedimento não faz parte da relação de tratamentos básicos fornecidos pelo Município, tratando-se de procedimento de alta complexidade. Já a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, em junho/2024, alegou que a gestão da fila e de procedimentos é de responsabilidade das Secretarias Municipais. Tem tutela de urgência deferida para o procedimento.

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, chamado de superobeso e aqueles ≥ 60 Kg/m², pacientes super superobeso, como neste caso, a despeito do risco maior de complicações;**
- **IMC 40 Kg/m², como o caso em tela, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;**
- **IMC ≥ 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, colelitíase, refluxo gastroesofágico patológico, doenças articulares degenerativas, 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 $IMC \geq 60 \text{ Kg/m}^2$, como o caso em tela, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, por no mínimo 02 anos e que tenham seguido protocolos clínicos, tem indicação da abordagem da obesidade com tratamentos que incluem intervenções cirúrgicas e clínicas. A cirurgia é hoje considerada de maior eficácia em curto e longo prazo para redução de peso, remissão de comorbidades e melhoria na qualidade de vida. Está disponível no SUS e é não contra-indicada na super

superobesidade. Porém, não tem caracter de urgência/emergência, mas de relevância clínica, pois tem a finalidade de melhorar a qualidade e o tempo de vida, resolvendo problemas de ordem psicossocial e física que o excesso de peso acarreta.

Vale ressaltar que o caso em tela enquadra-se em pacientes com super superobesidade e indicação de cirurgia bariátrica. Assim, não há solicitação de procedimento diverso, não contemplado pelo SUS que requeira avaliação de indicação, imprescindibilidade, substituição ou não pelo NATJUS. Existe sim necessidade de adequação e pactuação de fluxos, competência esta dos gestores municipal e estadual, já que a demanda se refere a cirurgia de alta complexidade disponível no SUS.

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/>.

14. Martins-Filho ED, Camara-Neto JB, Ferraz AAB, Amor M, Ferraz EM. Avaliação dos fatores de risco em pacientes superobesos submetidos a cirurgia de Fobi-Capella convencional. **Arq Gastroenterol.** 2008;45(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ag/a/Gw3qWhDPLv3Vc7vy5BcBXgd/?format=html&lang=en>

V - DATA:

10/09/2025 NATJUS - TJMG