

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª vara cível

COMARCA: Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2023.0004431

IDADE: 61 anos

Sexo: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 E66, F33, F44.1, G47, I10, M51

PEDIDO DA AÇÃO:

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Ressalta-se que diante do quadro de depressão e ansiedade descarta a prescrição da bariátrica, sob pena de agravamento importante dos distúrbios que possui, com risco de complicações”, conforme relatório anexo e prescreve tratamento em regime de internação em clínica especializada, com equipe multidisciplinar.

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMBA 9.083, 12.685, 17.600, 19.755, 23.446, 24.482, 24.606 e CRMSP 87.176

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- O tratamento como todo é considerado eficaz, baseado em evidências científicas e plano terapêutico, ou há recomendação da CONITEC ou pelo menos um órgão de avaliação de tecnologias em saúde? 05 - Existem outros tratamentos considerados eficazes para a paciente?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentação médica apresentada, datada de 12/01/2022, 31/05/2023, 01/06/2023, 02/06/2023, 06/06/2023, 07/06/2023, 13/06/2023, 26/07/2023, 14/09/2023, trata-se de TCCR, **61 anos, em tratamento pela Saúde Suplementar AMS Senior, Vale com diagnóstico obesidade grau III (IMC 45,3kg/m²), e suas comorbidades: hipertensão arterial sistêmica,**

síndrome da apneia obstrutiva do sono acentuada com desnaturação à polissonografia, doença osteoarticular com espondiloartrose lombar e alterações degenerativas dos joelhos, esteatose hepática leve ao ultrassom, compulsão alimentar e pré diabetes. Em uso regular de olmesartana, metoprolol e HCTZ. O **ecocardiograma com discreto aumento do átrio esquerdo**, discreta hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo e disfunção diastólica do ventrículo esquerdo grau I, insuficiência tricúspide discreta e hipertensão pulmonar moderada. **Apresenta quadro de transtorno depressivo recorrentes de ansiedade generalizada** Submetida a diversos tratamentos ambulatoriais e utilização de medicamentos dietas, sem sucesso no tratamento da obesidade e com rápido ganho de peso. A paciente tem **contra-indicação à Cirurgia Bariátrica**, devido a todas as comorbidades, ao quadro de depressão e ansiedade e ao risco cirúrgico. **É imprescindível internação urgente da paciente em hospital/clínica para tratamento da obesidade, com equipe multidisciplinar** (médico, nutricional, psicoterapia, fisioterapia, dermatofuncional, educação física), **até alcançar IMC inferior a 30 kg/m², visando a perda de peso segura e sustentada, a resolução de comorbidades e mudança completa de hábitos de vida.**

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, é tratada de forma integrada às ações previstas em políticas como a de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, a de alimentação e nutrição, saúde na escola e a de 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, que, **muitas vezes não surte efeito, sendo necessária intervenção cirúrgica.** No Sistema Único de Saúde - SUS, a linha de cuidado integral ao obeso está organizada e estruturada na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas e inclui ações de promoção, prevenção e assistência à saúde coordenada pela atenção básica e articuladas com atendimento de alta complexidade, conforme o estado nutricional do indivíduo **segundo o IMC para adultos, o que se repete na maioria dos demais sistemas, como o da Saúde Suplementar.** Assim na Saúde Suplementar 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. Para indivíduos que se enquadram nesse estrato: **IMC > 30 kg/m² com presença de 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.**

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. Tem a finalidade de melhorar a qualidade e tempo de vida do

obeso, resolvendo problemas de ordem psicossocial e física que o excesso de peso acarreta. 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/m^2 ;

- **Pacientes de IMC 40 a $49,9 \text{ Kg/m}^2$, 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 $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ até $39,9 \text{ kg/m}^2$ 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.

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 (cardiológica, endocrinológica, pulmonar, clínica, gastroenterológica, anestésica, psicológica, nutricional). Também deve se comprometer com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe.

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**; 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** que **predisponha ao sangramento digestivo ou outras condições de risco.**

Conclusão: trata-se de paciente **61 anos, em tratamento pela Saúde Suplementar** com diagnóstico **obesidade grau III (IMC 45,3kg/m²), e suas comorbidades: hipertensão arterial sistêmica, síndrome da apneia obstrutiva do sono acentuada com desnaturação à polissonografia, doença osteoarticular** com espondiloartrose lombar e alterações degenerativas dos joelhos, **esteatose hepática leve ao ultrassom, compulsão alimentar e pré diabetes.** Em uso regular de olmesartana, metoprolol e HCTZ. O **ecocardiograma com discreto aumento do átrio esquerdo**, discreta hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo e disfunção diastólica do ventrículo esquerdo grau I, insuficiência tricúspide discreta e hipertensão pulmonar moderada. **Apresenta quadro de transtorno depressivo recorrentes de ansiedade generalizada** Submetida a diversos tratamentos ambulatoriais e utilização de medicamentos dietas, **sem sucesso** no tratamento da obesidade e com **rápido reganho de peso.** A paciente tem **contra indicação à Cirurgia Bariátrica, devido a todas as comorbidades, ao quadro de depressão e ansiedade e ao risco cirúrgico. É imprescindível internação urgente da**

paciente em hospital/clínica para tratamento da obesidade, com equipe multidisciplinar (médico, nutricional, psicoterapia, fisioterapia, dermatofuncional, educação física), até alcançar IMC inferior a 30 kg/m², visando a perda de peso segura e sustentada, a resolução de comorbidades e mudança completa de hábitos de vida.

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 inclui-se HAS. Está relacionada com o desenvolvimento da insuficiência cardíaca congestiva, artropatias, hipoventilação, dislipidemia e aterosclerose, contribuindo, assim, para maior risco de morbimortalidade por DCV. Responsável por perda da qualidade de vida e auto-estima do paciente.

01 - O tratamento é eficaz e recomendado para o caso da paciente? Nos protocolos, consensos e diretrizes tanto da Saude Suplementar, como do SUS e de outras instituições/entidades de saúde o tratamento da obesidade baseia-se em um tratamento clínico longitudinal que inclui promover estilo de vida mais saudável, com menor ingestão de calorias e aumento da atividade física. Tratamento clínico longitudinal, 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 ambulatorialmente, por no mínimo dois anos. Não há descrição de internação para este fim.

02 - O tratamento é considerado urgente/imprescindível para a cura ou melhora da paciente? Não tem caracter de urgência, 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.

03 - A demora na realização do procedimento poderá ocasionar sequelas e/ou lesões irreversíveis ou piora do quadro de saúde da paciente? Os riscos da obesidade mais importante é o desenvolvimento da SM com

suas consequências DM2 e DCV como HAS e sua relação com o desenvolvimento da insuficiência cardíaca congestiva, artropatias, hipoventilação, dislipidemia e aterosclerose, levando maior risco de morbimortalidade por DCV e perda da qualidade de vida e auto-estima.

Tais comorbidades já se fazem presentes nesta paciente

04- O tratamento como todo é considerado eficaz, baseado em evidências científicas e plano terapêutico, ou há recomendação da CONITEC ou pelo menos um órgão de avaliação de tecnologias em saúde? **Nas diretrizes, consensos e protocolos da Saude Suplementar, do SUS e outras instituições/entidades de saúde o tratamento da obesidade baseia-se em um tratamento clínico longitudinal que inclui promover estilo de vida mais saudável, com menor ingestão de calorias e aumento da atividade física. Tratamento clínico longitudinal, 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, em caráter ambulatorial. Não existe recomendação de tratamento em caráter emergencial e em regime de internação. Porém muitas vezes, o tratamento longitudinal falha com perda de peso insuficientes e pouca melhoria no quadro das comorbidades. Neste casos, como no desta paciente está indicado a realização do tratamento cirúrgico. O tratamento cirúrgico é o método mais utilizado para o tratamento da obesidade, já que proporciona expressiva redução ponderal (40% a 50% do excesso de peso) e do IMC sendo o mais efetivo para obesidade grau III. Ao promover a redução ponderal e do IMC leva a diminuição dos fatores de risco da SM ou seja da morbimortalidade da obesidade.**

05 - Existem outros tratamentos considerados eficazes para a paciente? **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, como a descrita neste caso.

Vale salientar que a despeito da contraindicação para a cirurgia bariátrica, tratamento dela para obesidade grau III, como a do caso em tela, os exames apresentados ecocardiograma, ultrassom, raio X polissonografia, descrição e diagnóstico de distúrbios psiquiátricos não permitem enquadrar a paciente, em caso com contra-indicação absoluta para procedimento cirúrgico já que:

- **Apresenta comorbidades próprias da obesidade;**
- **Os achados do ecocardiograma, ultrassom abdominal, demonstram alterações leves relacionadas as comorbidades;**
- **Os achados radiológicos mostram alterações compatíveis com degenerações próprias da idade e da obesidade;**
- **A paciente se enquadra nos critérios definidos pela de acordo com a Resolução CFM nº 2.131/2015: adultos com 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, doenças articulares degenerativas, hipertrigliceridemia e/ou hipercolesterolemia, colelitíase, refluxo gastroesofágico patológico, **várias formas de depressão**, dificuldades no relacionamento social ou laborativo, infertilidade ligada a obesidade e muitas outras **conforme CFM, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo 2 anos e que tenham seguido protocolos clínicos;****
- **A paciente apresenta 61 anos, não sendo ainda maior de 65 anos, que necessita 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 paciente não se enquadra nas contra indicações à cirurgia bariátrica: 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 como no caso desta paciente**; **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.** **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 N^o 2.131, de 12 de novembro de 2015. Altera o anexo da Resolução CFM n^o 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 n^o 12/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021. Brasília, abril de 2021. 3p. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-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, 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>.
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:

20/02/2023 NATJUS - TJMG