

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**SOLICITANTE:** V Exa Desembargadora Dra Shirley Fenzi Bertão

**PROCESSO Nº.:** 10000222003402001

**CÂMARA/VARA:** 11ª Câmara Cível

**COMARCA:** 2ª Instância

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**REQUERENTE:** C. A. N. L. S.

**IDADE:** 44 anos

**PEDIDO DA AÇÃO:** Procedimento/Exame complementar Realização de procedimentos cirúrgicos de mastopexia com próteses, dermolipectomia abdominal, tratamento de diástase dos músculos retos abdominais, braquia e dorsoplastia

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10: E66, E88, K91, N62

**FINALIDADE/INDICAÇÃO:** Correção do excesso de pele

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRP 04/33.122 e CRMMG 73.110, 81.800

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2022.0003242

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

A(s) cirurgia(s) requerida(s) decorre da perda excessiva de peso, em função de cirurgia bariátrica? Existe urgência na realização do procedimento cirúrgico requerido? A demora na realização do procedimento poderá ocasionar sequelas e/ou lesões Irreversíveis, bem como piora no quadro de saúde do (a) paciente? Realizando-se a cirurgia, no atual momento, pode impossibilitar ou dificultar eventual perícia a ser realizada no decorrer da demanda, no que tange a definição de que se trata de cirurgia corretiva ou estética?

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme fotos e relatórios psicológico e médicos, datados de 26/06/2020, 07/07/2020, 25/05/2022 e 01/06/2022, trata-se de CANLS, **44**

anos, com histórico de obesidade grau III, hipertensão, diabetes mellitus e mamoplastia redutora. Submetida a cirurgia bariátrica em julho de 2020, pelo convênio, com perda de 40 quilos e cura da comorbidades. Coursou com deformidade por excesso de pele típica de pacientes pós gastroplastia, ptose mamaria grau II e perda do polo superior; lipodistrofia intensa de braços e abdome, com diástase dos retos e dorso superior; irritação, úlceras e infecções secundárias com odor em dobras; baixa estima, angustia e sofrimento diário, dificuldade com auto imagem e na vida afetiva e conjugal. Necessita de cirurgia plástica reparadora urgente, dermolipectomia abdominal; tratamento da diástase dos retos; braquioplastia; dorsoplastia superior, mastopexia bilateral com próteses, para melhorar sua autoestima, sua qualidade de vida e evitar uma possível depressão.

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 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.

Caracteriza-se como uma doença crônica universal, provocada pelo

acúmulo excessivo de gordura corporal, **resultante de um fenômeno multifatorial que envolve componentes sociais, comportamentais, psicológicos, metabólicos, endócrinos e genéticos.** 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 dimensões de IMC na faixa entre 40 e 50 kg/m<sup>2</sup> e superobesidade para IMCs acima de 50 kg/m<sup>2</sup>.

É o fator de risco mais importante para diabetes mellitus tipo 2. 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, como descrita neste caso. 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).**

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 baseado no IMC para adultos. 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. 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 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 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. Como é uma cirurgia reparadora e 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. Não é critério de cura para lesões de pele, como infecções cutâneas e tão pouco para os quadros psiquiátrico. Só deve ser indicada 2 anos após a cirurgia bariátrica, quando ocorre a estabilização do peso em IMC < 30, ou se há sobra de pele e excesso gorduroso que prejudicam em muito a locomoção do paciente, ou trazem 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. Já a cirurgia de mamas, dorso e braços podem também ser realizadas com tais objetivos estéticos-funcionais, porém não são previstas no roll de procedimentos de cobertura obrigatória da Agencia 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 44 anos, com histórico de obesidade, hipertensão, diabetes mellitus e mamoplastia redutora. Cirurgia bariátrica em 2020, pelo convênio, com perda de 40 quilos e cura da comorbidades. Coursou com deformidade por excesso de pele; ptose mamaria grau II e perda do polo superior; lipodistrofia intensa de braços e abdome, com diástase dos retos e dorso superior; irritação, úlceras e infecções secundárias com odor em dobras; baixa estima, angustia e sofrimento diário, dificuldade com auto imagem e na vida afetiva e conjugal. Necessita de cirurgia plástica reparadora urgente, dermolipectomia abdominal; tratamento da diástase dos retos; braquioplastia; dorsoplastia superior, mastopexia com próteses, para melhorar sua autoestima, sua qualidade de vida e evitar uma possível depressão.**

**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 presentes neste caso. 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 hoje considerados de maior eficácia em curto e longo prazo para a redução de peso, remissão de comorbidades e melhoria na**

qualidade de vida como no 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, que ocorreram 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. Já a cirurgia de mamas, dorso e braços podem também ser realizadas com o objetivo estético-funcional, porém não são 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 e nem plena satisfação do paciente (33% de insatisfação com o contorno corporal). Mesmo a cirurgia plástica estética, pode não gerar os resultados esperados, como visto, existe passado de mamoplastia redutora e agora a solicitação de mamoplastia com prótese, o que demonstra previa dificuldade com a imagem. Tão pouco é critério de tratamento de distúrbio de comportamento, importante destacar o descontentamento anterior com a imagem corporal. Deve ser antecedido de avaliação criteriosa, presença de estabilidade ponderal e condições clínicas, psicológicas e nutricionais adequadas, avaliada por equipe multidisciplinar responsável pelo manejo do paciente além de modificações dos hábitos de vida para a correção de problemas estéticos e de recidivas.

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 ameaçadoras da vida. Apesar da requisição, as fotografias não permitem evidenciar lesões de pele em dobras e excessos que prejudiquem o equilíbrio, a coluna ou a locomoção. Embora exista 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 os pacientes em geral 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 características estas não apresentadas neste caso e se decorridos 2 anos após a cirurgia bariátrica, com a estabilização do peso no IMC < 30. Uma vez realizada pode impossibilitar e dificultar perícia no que tange a necessidade corretiva ou estética da cirurgia.

#### 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:**

14/12/2022 NATJUS - TJMG