

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** Unidade Jurisdicional do Juizado Especial

**COMARCA:** Janaúba

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2023.0003643

**IDADE:** 29 anos

**Sexo:** Feminino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** E11, E66, E78, I10, K29

**PEDIDO DA AÇÃO:** Procedimento: Cirurgia Bariátrica

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Obesidade grau 3

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRFMG 7.343; CRMMG 18.401, 39.745, 75.065, 89.392

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

O procedimento descrito pelo médico é fornecido pelo SUS? O procedimento é recomendado para o caso da autora? Consta no PCDT da respectiva enfermidade? Está de acordo com a Resolução CFM nº 2.131/2015 e/ou outras normas dos órgãos de saúde? Existem outras alternativas para a autora também fornecidas pelo SUS? A hipótese é de urgência? Quais as consequências (riscos) para eventual demora na submissão da paciente à cirurgia, levando-se em conta o seu quadro clínico? Qual a divisão de competência dos entes federativos em relação a procedimentos dessa natureza? Consta dos autos que a paciente apresenta outras doenças, como diabetes, hipertensão, dislipidemia, DRGE, esofagite e gastrite. Essas enfermidades decorrem do quadro principal de obesidade? A autora pode ser submetida à cirurgia mesmo com tais diagnósticos ou constituem risco cirúrgico? Caso seja submetida à cirurgia, os demais problemas de saúde são amenizados

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentos médicos, datados de 10/08/2022, 30/09/2022, 08/11/2022, 09/11/2022, 11/11/2022, 13/11/2022 e 24/11/2022, trata-se de **NTMS, 29 anos, acompanhada pela ESF com quadro de obesidade III**

(IMC50), **DM tipo 2, dislipidemia, DRGE com esofagite e gastrite leve, esteatose hepática difusa, HAS, doenças osteoarticulares**, em uso de metiformina, glicazida, anlodipina, losartana, HCTZ. Tentativas de **perda de peso com tratamentos** dietoterapêuticos associado ao uso de drogas (sibutramina, BUP+matrevorei, saxenda e topiramato) **sem sucesso por mais de 2 anos. Solicitado gastroplastia para cirurgia bariátrica protocolado no SUS em 06/06/2022.**

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/m<sup>2</sup>. Aquele que apresentam IMC entre 25 a 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> superobesidade para IMCs acima de 50 kg/m<sup>2</sup>. 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/m<sup>2</sup>, o II entre 35 e 39,99kg/m<sup>2</sup> e o III maiores que 40kg/m<sup>2</sup>.**

**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. 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 especializados de alta complexidade. Os serviços de alta complexidade são ofertados de forma normatizada e criteriosa em hospitais cadastrados que oferecem apoio diagnóstico e terapêutico especializado.** Cabe a esses serviços avaliar os casos indicados pela atenção especializada ambulatorial e/ ou regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, além de organizar o acesso, realizar o tratamento cirúrgico, as cirurgias reparadoras subsequentes e prestar a assistência no pós-operatório de acordo com fluxo assistencial determinado pelo Ministério da Saúde.

**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  $50 \text{ kg/m}^2$ ;
- **Pacientes de IMC 40 a 49,9 Kg/m<sup>2</sup>, 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 kg/m<sup>2</sup> 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/m<sup>2</sup> e o peso pré-operatório em Kg/m<sup>2</sup>.

**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**; no entanto, 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.**

**No Sistema Único de Saúde (SUS) o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Sobrepeso e Obesidade em Adultos o procedimento para tratamento cirúrgico da obesidade está previsto conforme a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAB) sob os números 04.07.01.036-0 - Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve) e 04.07.01.038-6 Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia. Para se candidataram procedimento é preciso seguir os seguintes passos: 1º Passo: Primeiro, é preciso que o paciente seja diagnosticado com obesidade mórbida. Para que esse diagnóstico seja confirmado, o paciente deve ir até algum médico a fim de avaliar a situação; 2º Passo: O mesmo médico já pode fazer uma declaração ou requerimento informando que o paciente necessita da cirurgia bariátrica gratuita; 3º Passo: Com o diagnóstico médico e o requerimento, o paciente faça sua inscrição para a cirurgia em uma unidade de saúde; 4º Passo: O paciente entrará na fila de espera e deverá aguardar a sua vez. A fila pode demorar meses ou anos, por isso, o paciente deve ter paciência; 5º Passo: Quando for chamado, o paciente será encaminhado para uma clínica de cirurgia bariátrica do SUS para outros procedimentos clínicos e psicoterápicos, afim de conceder a liberação da cirurgia.**

**Conclusão:** trata-se de paciente **29 anos, acompanhada pela ESF**

com quadro de obesidade III (IMC50), DM tipo 2, dislipidemia, DRGE com esofagite e gastrite leve, esteatose hepática difusa, HAS, doenças osteoarticulares, em uso de medicamentos. Tentativas de perda de peso com tratamentos dietoterapêuticos associado ao uso de drogas sem sucesso por mais de 2 anos. Solicitado gastroplastia para cirurgia bariátrica protocolado no SUS em 06/06/2022.

1- Consta dos autos que a paciente apresenta outras doenças, como diabetes, hipertensão, dislipidemia, DRGE, esofagite e gastrite. Essas enfermidades decorrem do quadro principal de obesidade?

**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.**

2- O procedimento é recomendado para o caso da autora?

**O tratamento cirúrgico pleiteado no caso, 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.**

3- A hipótese é de urgência?

**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.**

3- Quais as consequências (riscos) para eventual demora na submissão da paciente à cirurgia, levando-se em conta o seu quadro clínico?

**Os riscos da obesidade mais importante é o desenvolvimento da SM**

com suas consequências DM2 e DCV inclui-se 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.

4- Está de acordo com a Resolução CFM nº 2.131/2015 e/ou outras normas dos órgãos de saúde?

**Conforme os consensos, a cirurgia bariátrica está indicada para adultos, com:**

- **IMC 50 Kg/m<sup>2</sup>;**
- **IMC 40 Kg/m<sup>2</sup>, 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/m<sup>2</sup> até 39,9 kg/m<sup>2</sup> e com comorbidades**, tais como pessoas com alto risco DCV, **DM e/ou HAS** de difícil controle, apneia do sono, **doenças articulares degenerativas**, colelitíase, 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 CFM, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.**

**Para se candidatar a cirurgia bariátrica, além dos critérios 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.**

5- Existem outras alternativas para a autora também fornecidas pelo SUS?  
**Nos protocolos e consensos 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. Porém muitas vezes, o tratamento longitudinal falha sendo necessária intervenção cirúrgica.

6- O procedimento descrito pelo médico é fornecido pelo SUS? Consta no PCDT da respectiva enfermidade?

**No SUS o PCDT de Sobrepeso e Obesidade em Adultos o procedimento para tratamento cirúrgico da obesidade está previsto conforme a SIGTAB sob os números 04.07.01.036-0 - Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve) e 04.07.01.038-6 Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia, considerados procedimentos de alto custo na tabela do SIGTAB.**

7- Qual a divisão de competência dos entes federativos em relação a procedimentos dessa natureza?

**A responsabilidade de prover os fluxos para a realização da CPRE, cabe ao gestor local, no caso o município de Janaúba, responsável pela encaminhamento do paciente ao serviço habilitado para execução do procedimento.**

**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, estando indicada ao caso. Este tratamento é disponibilizado pelo SUS não existindo solicitação de procedimento diverso, não contemplado pelo SUS, que requeira avaliação de imprescindibilidade, substituição ou não pelo NATJUS, mas necessidade melhor articulação de fluxos, competência esta, como já dito, do gestor local, o**

**município de Janaúba, responsável pelo encaminhamento do paciente ao serviço habilitado para execução do procedimento.**

#### **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](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](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](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/acesso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2020/parecer\\_tecnico\\_no\\_12\\_2021\\_gastroplastia\\_\\_cirurgia\\_bariatrica\\_.pdf](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. 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. 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).

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:**

31/08/2023 NATJUS - TJMG