

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiz de Direito Dr.Sérgio Castro da Cunha Peixoto

PROCESSO Nº.: 51557079220228130024

CÂMARA/VARA: 4ª Unidade Jurisdicional dos Juizados Especiais

COMARCA: Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: M. T. S.

IDADE: 50 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Gastroplastia

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: E66.0, E66.8

FINALIDADE/INDICAÇÃO: Avaliação se a negativa de cobertura da operadora de assistência à saúde foi adequada

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 38.993 e 50.316

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2022.0003299

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

QUEIRA O SENHOR ANALISTA AVALIAR SE O PROCEDIMENTO DE GASTROPLASTIA É INDICADO À AUTORA.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentos apresentados, datados de 23/03/2022, 10/05/2022 e 30/05/2022, trata-se de MTS, **50 anos, beneficiária da Saúde Suplementar plano Unimax Regional enfermaria da Unimed.** Histórico de **obesidade há 17 anos, com piora** nos últimos 5 anos, cursando com **obesidade grau II (IMC35,8-37,3), hipertensão arterial sistêmica, esteatose hepática, esofagite, pangastrite, lombalgia, colelitiase, artralgia de joelhos em uso de atenolol, captopril e glifage.** Passado de **vários tratamentos dietoterapêuticos** associado ao uso de drogas, **sem sucesso.** Cursando com queda do IMC entre as consultas médicas. Solicitado gastroplastia redutora videlolaparoscópica. **Negativa do plano, já que paciente não apresenta tratamento/acompanhamento médico comprovado, ao longo de 2 anos, pelos médicos responsáveis**

pelos relatórios do caso e conforme perícia médica realizada em 27/05/2022 seu IMC < 35.

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. 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, com IMC acima de 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. 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 kg/m²;**
- **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 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; 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.**

A Agência Nacional de Saúde recomenda a Diretriz de Utilização (DUT), que indicam as características e as condições de saúde nas quais os ganhos e os resultados clínicos são mais relevantes para os pacientes, segundo a melhor literatura científica e os conceitos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS). No caso da obesidade a DUT considera as indicações listadas acima, assim como as contra-indicações. Importante destacar que, a oscilação de peso/massa corporal e, conseqüentemente, do IMC é considerada natural no processo de tratamento clínico conservador da obesidade, e, portanto, não descaracteriza o cumprimento dos requisitos da DUT. Adicionalmente, a ANS considera suficiente a declaração do médico assistente para fins de comprovação do enquadramento do beneficiário nas condições estipuladas pela DUT, sendo a cobertura da cirurgia pelos planos de saúde considerada obrigatória nestas situações. Por fim, é relevante salientar que, no caso de planos antigos não adaptados (planos contratados até 01/01/1999 e não ajustados à Lei n.º 9.656/1998, nos termos de seu art. 35), a cobertura ao procedimento em análise somente será devida caso haja previsão nesse sentido no respectivo instrumento contratual.

Conclusão: trata-se de paciente **3** **Conclusão:** trata-se de **50** anos, beneficiária da Saúde Suplementar plano Unimax Regional da Unimed. Histórico de **obesidade há 17 anos, com piora nos últimos 5 anos, cursando com obesidade grau II (IMC variável de 35,8 à 37,3), hipertensão arterial sistêmica, esteatose hepática, esofagite, pangastrite, lombalgia, colelitíase, artralgia de joelhos em uso de**

atenolol, captopril e glifage. Passado de vários tratamentos clínicos, sem sucesso. Solicitado gastroplastia redutora videlolaparoscópica. Negativa do plano, já que paciente não apresenta comprovação de acompanhamento/tratamento clínico ao longo de 2 anos, e conforme perícia médica realizada em 27/05/2022 seu IMC < 35.

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;
- **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**
≥ 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, 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.**

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.**

A ANS recomenda a DUT, que indicam as características e as condições de saúde nas quais os ganhos e os resultados clínicos são mais relevantes para os pacientes, segundo a melhor literatura científica e os conceitos de ATS. No caso da obesidade a DUT considera as indicações listadas acima. Adicionalmente, a ANS considera suficiente a declaração do médico assistente para fins de comprovação do enquadramento do beneficiário nas condições estipuladas pela DUT, sendo a cobertura da cirurgia pelos planos de saúde considerada obrigatória nestas situações. Por fim, é relevante salientar que, no caso de planos antigos não adaptados (planos contratados até 01/01/1999 e não ajustados à Lei n.º 9.656/1998, nos termos de seu art. 35), a cobertura ao procedimento em análise somente será devida caso haja previsão nesse sentido no respectivo instrumento contratual.

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, 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. Apesar da indicação da cirurgia de obesidade no caso em tela e da ANS considerar suficiente a declaração do médico assistente para fins de comprovação do enquadramento do beneficiário nas condições estipuladas pela DUT, a perícia realizada pela operadora, conforme relato da negativa, não comprovou a veracidade dos fatos. Assim, é importante salientar que, no caso a paciente parece cumprir parcialmente as exigências necessárias a realização desta cirurgia, sendo necessária perícia técnica para melhor esclarecer a real indicação da gastroplastia no caso.

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. Parecer técnico nº12/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021. Cobertura: Gastroplastia (Cirurgia bariátrica) por videolaparoscopia ou via laparoscópica. Rio de Janeiro, 01/04/2021. 188p. 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.
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_cosaude/Ata_4a_Reuniao_VF.pdf.

3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 424, de 19 de Março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **DOU**. 15.04.2013. Seção1, página 59. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html.
4. DUT No 27 que estabelece os critérios técnicos seguros para realização de cirurgia bariátrica (gastroplastia). Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp59/dut/cp_59_27.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-a-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2020/parecer_tecnico_no_12_2021_gastroplastia__cirurgia_bariatrica_.pdf.
7. 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>.
8. 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](https://www.gov.br/images/Relatorios/2017/Recomendacao/RELATORIO_Cirurgia_bariatrica_laparoscopia_FINAL_249_2016.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-e-1613.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/39/6/643/5289235redirect-From=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/>.

V - DATA:

18/02/2022 NATJUS - TJMG