

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** Vara Cível, da Infância e da Juventude e de Precatórias

**COMARCA:** Visconde do Rio Branco

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2024.0005011

**IDADE:** 20 anos

**Sexo:** feminino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** G40.5

**PEDIDO DA AÇÃO:** *Home Care* na modalidade de internação domiciliar por tempo indeterminado, além da disponibilização de insumos e medicamentos para uso domiciliar.

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Assistência multidisciplinar domiciliar contínua, com disponibilização de profissional de enfermagem 24 horas/dia por tempo indeterminado, para realização de cuidados à paciente com dependência total e permanente de terceiros para as atividades da vida diária.

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

1) O tratamento domiciliar pleiteado (serviço de home care) é necessário para o quadro clínico da parte autora? **R.: Não se identifica a necessidade de realização de procedimentos e/ou cuidados que exijam a execução por profissional de enfermagem.**

Considerando a Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, apesar das morbidades e fragilidade apresentada pela paciente, não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade de cuidados profissionais sob regime de internação domiciliar como foi requerido, com disponibilização de profissional de enfermagem 24 horas/dia.

2) O tratamento domiciliar está contemplado no rol da ANS? **R.: Os serviços de atenção domiciliar estão previstos pela ANS. O Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 da ANS, diz que o termo *Home Care* refere-se aos serviços de atenção domiciliar, nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar, regulamentados pela Resolução RDC nº 11, de 26**

de janeiro de 2006 da Agência de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Considerando o Parecer Técnico N° 29/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018, o Parecer Técnico N° 21/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019 e as diretrizes de utilização previstas na RN n° 465/2021 no que se refere as coberturas mínimas obrigatórias / fornecimento de medicamentos e insumos para tratamento domiciliar de doença crônica, não há previsão de obrigatoriedade de cobertura / fornecimento contínuo e por tempo indeterminado dos medicamentos requeridos para uso ambulatorial domiciliar, para as doenças apresentadas pela paciente.

A obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos registrados na ANVISA, está prevista apenas para o tratamento oncológico domiciliar, e o fornecimento de medicamentos prescritos durante o período de internação domiciliar, caso o oferecimento de internação domiciliar conste em aditivo contratual acordado ou quando, por livre iniciativa, a operadora oferecer a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar (art. 12, inciso II, alíneas “d” e “g”, da Lei n.º 9.656/1998, c/c art. 13, da RN n.º 465/2021).

3) Há tratamento alternativo previsto no rol da ANS? R.: O quadro clínico apresentado pela paciente, é compatível com a modalidade de assistência domiciliar (conjunto de atividades multidisciplinares intermitentes de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio).

Para maior conforto e comodidade, a paciente se beneficiaria do atendimento domiciliar das especialidades (fisioterapia respiratória e motora, terapia ocupacional e fonoaudiologia), porque exigem uma maior frequência de sessões. Sendo realizadas no domicílio, evitam os deslocamentos frequentes, refletindo em melhora da qualidade de vida. Não há, no entanto, indicação de internação domiciliar por tempo indeterminado, como prescrito e requerido. A prestação do serviço de *Home Care*, em qualquer uma de suas modalidades, não visa suprir carência de estrutura familiar e/ou social para os cuidados do paciente.

4) Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? **R.: Não. A paciente possui morbididades crônicas geradoras de limitações funcionais permanentes e dependência de terceiros para as atividades da vida diária. Não foram apresentados / identificados sinais e/ou sintomas que caracterizem situação de urgência / emergência médica, conforme critérios técnicos estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).**

### **III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:**

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente que apresentou desde o primeiro ano de vida encefalopatia epilética de difícil controle e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, sendo estabelecidos os diagnósticos de Síndrome de Lennox-Gastaut e Síndrome de West. Consta que a paciente possui também diagnóstico de apneia do sono, sobrepeso, cifoescoliose grave.

Consta que em 2017 foi implantado estimulador do nervo vago, o qual foi trocado em fevereiro/2023, e parece ter contribuído para discreta melhora no controle do quadro. Paciente mantém tratamento poli farmacológico e dieta cetogênica iniciada em 2019, os quais são administrados através da gastrostomia. Faz uso habitual de BIPAP no período noturno, e se necessário, no diurno.

Consta que apesar de todo o tratamento realizado, a paciente vem evoluindo com piora progressiva, com dependência total e permanente de terceiros para todas as atividades básicas e instrumentais da vida diária, sendo necessários cuidados e acompanhamento 24 horas/dia, mesmo em ambiente domiciliar.

**A síndrome de Lennox–Gastaut (SLG)** descrita por Lennox e Davis em 1950, e posteriormente por Henri Gastaut e outros, em 1966, é uma encefalopatia epilética severa da infância que corresponde a cerca de 4% das epilepsias infantis, com início geralmente entre 1 e 8 anos de idade.

A etiopatogenia é obscura, sugerindo reação inespecífica de lesão cerebral e tratamento, geralmente ineficaz uma vez que não existe uma

medicação ímpar para todos os casos. O prognóstico é ruim, com pequeno número de pacientes com controle das crises.

A maioria das crianças começa a se desenvolver normalmente, mas iniciam sintomas de regressão das suas habilidades, em maior ou menor velocidade, em conjunto com o início das crises convulsivas.

A SLG caracteriza-se por uma tríade de sintomas: múltiplas crises convulsivas de diversos tipos e de difícil controle; retardo mental progressivo; e eletroencefalograma mostra os achados característicos da SLG – descargas do tipo ponta-onda generalizadas.

A **Síndrome de West** descrita pelo médico W. J. West em 1841. uma encefalopatia epiléptica grave da infância. Segundo a OMS, a prevalência estimada é de um caso a cada seis mil nascimentos, A idade de início das crises em geral é entre 4 a 7 meses de idade, ocorrendo principalmente em meninos. É comum que a Síndrome de West apareça com outros problemas neurológicos e metabólicos ou junto a outras síndromes genéticas, como por exemplo a de Síndrome de Down.

Caracteriza-se por uma tríade de crises epiléticas contendo: espasmos epiléticos, antigamente denominados espasmos infantis: (movimentos repetitivos de flexão ou extensão do corpo, causados por espasmos musculares, movimentos de esticar os bracinhos, dobrar o tronco, permanecer alguns segundos nesta posição e depois retornar à posição normal, de forma repetitiva); interrupção do desenvolvimento neuropsicomotor normal; uma alteração específica no eletroencefalograma denominada hipsarritmia.

**Home Care - Atenção Domiciliar** - *“Autocuidado significa cuidar de si próprio, são as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida”*.<sup>(4)</sup>

“O cuidador, segundo a Portaria GM nº 963/2013, é a pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. Essa ocupação integra a

Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. O cuidador é reconhecido como componente da atenção domiciliar, inclusive sua participação ativa é claramente prevista, em conjunto com a equipe profissional e familiares (BRASIL, 2013)”.<sup>(15)</sup>

A figura do cuidador é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar e com o suporte de uma equipe de atenção domiciliar, conforme definido na Portaria GM nº 963/2013 do Ministério da Saúde - Brasil.

O termo *Home Care* - Atenção Domiciliar (AD), configura-se em uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, é caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde pública e/ou privada. Tem como principais usuários, pacientes com doenças crônicas e grande dependência para os cuidados da vida diária.

O Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 da ANS, diz que para fins deste Parecer, o termo *Home Care* refere-se aos Serviços de Atenção Domiciliar, nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar, regulamentados pela Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da Agência de Vigilância Sanitária ANVISA.

A Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 - ANVISA, estabelece entre outras, as seguintes definições:

- 1) **Atenção Domiciliar**: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.
- 2) **Cuidador**: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.
- 3) **Assistência domiciliar**: conjunto de atividades de caráter ambulatorial,

programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

4) **Internação Domiciliar:** conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

A Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, diz que *a equipe do serviço de atenção domiciliar (SAD) deve elaborar o plano de atenção domiciliar (PAD). Diz também que o SAD conforme definido no PAD deve prover os profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com a modalidade de atenção prestada e o perfil clínico do paciente.*

O COREN do Estado de Sergipe, a partir da Resolução do COFEN nº 186/1995 e do Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde/2008, emitiu Parecer Técnico nº 47/2015, o qual traz informações sobre as atribuições que são exclusivas da equipe de enfermagem, e quais podem ser delegadas aos cuidadores leigos, no que tange aos cuidados domiciliares do paciente acamado.

O Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde/2008, traz algumas tarefas que fazem parte da rotina do cuidador:

- Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde.
- Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada.
- Ajudar nos cuidados de higiene.
- Estimular e ajudar na alimentação.
- Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos.
- Estimular atividades de lazer e ocupacionais.
- Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto.
- Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde.
- Comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada.
- Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade

de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

Apesar das morbidades e fragilidade apresentada pela paciente, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos / cuidados exclusivos do profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem.

A modalidade de assistência domiciliar é compatível com o quadro apresentado pela paciente. Não se identifica a presença de requisitos técnicos que indiquem a necessidade de assistência contínua de profissional de enfermagem por 24 horas/dia por tempo indeterminado (situação que caracteriza internação domiciliar).

A elegibilidade para a internação domiciliar depende do preenchimento de critérios técnicos de necessidade de execução de cuidados / procedimentos exclusivos de profissionais habilitados, e também depende que a condição clínica do paciente permita, isto é, seja compatível com a execução dos cuidados profissionais no domicílio. Os critérios da ABEMID (Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar) e da NEAD são os mais utilizados.

Considerando a Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, a condição clínica descrita para a paciente é compatível com a prestação de serviço de atenção domiciliar ambulatorial na modalidade de assistência domiciliar. Não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade de cuidados profissionais com disponibilização de profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem por período integral (24 horas) por tempo indeterminado.

A prestação do serviço de assistência multiprofissional domiciliar intermitente, tem por finalidade suprir a necessidade de atendimento especializado para paciente frágil e de baixa mobilidade, no domicílio a longo prazo. A internação domiciliar, assim como a internação hospitalar, não são modalidades de assistência / cuidado contínuo, prescritos por tempo indeterminado, e não visam suprir carência de estrutura familiar e/ou social para o cuidado do paciente.

Com a evolução / progressão do quadro, e ocorrendo períodos de

agudização com alteração / flutuações da condição clínica da paciente, o plano de atenção domiciliar (PAD) deverá ser revisto e ajustado.

Havendo alteração da situação clínica descrita nos relatórios, com instalação de necessidade de internação, e sendo possível a instituição de internação domiciliar, essa modalidade assistencial por si só, prevê a realização de cuidados especializados que são exclusivos de profissionais de saúde habilitados, os quais não podem ser assumidos pelos familiares e/ou cuidador leigo, durante o período de indicação da internação domiciliar, mas que podem ser executados pelos profissionais fora do ambiente hospitalar.

No **SUS**, a *Atenção Domiciliar (AD)* é modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. A atenção domiciliar pode ser direcionada a tratamentos de curto prazo para intercorrências agudas, de médio e longo prazo para situações crônicas e sequelares. A EMAD é a principal responsável pelo cuidado do paciente domiciliado.

A atenção domiciliar requer a participação ativa da família e dos profissionais envolvidos, constitui uma atividade principal a ser realizada na atenção básica, para atender às pessoas que estão incapacitadas de se locomoverem aos serviços de saúde, temporária ou permanentemente. O processo de AD é complexo, não é específico de patologia e ou grupo etário, um fator determinante é o grau de incapacidade; requer articulações entre paciente, família e serviços de saúde.

A equipe do serviço de atenção domiciliar (SAD) avalia o quadro do paciente, e elabora o plano de atenção domiciliar (PAD) em conformidade com as necessidades identificadas. O SAD, conforme definido no PAD provê os profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com a modalidade/nível de atenção necessária (AD1, AD2 e AD3) e o perfil clínico do paciente.

Desde de 2011 o Ministério da Saúde instituiu no SUS, o Programa

*Melhor em Casa*, indicado para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, temporária ou definitiva, ainda que se apresentem com algum grau de vulnerabilidade, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para o tratamento, a palição, a reabilitação e a prevenção de agravos, visando a ampliação de autonomia do usuário (paciente), família e cuidador. *A inclusão no Programa, se faz pela procura do usuário/cuidador à unidade de saúde*, que dará os encaminhamentos pertinentes, de modo a melhor atender as necessidades apresentadas, incluindo os cuidados e o fornecimento dos insumos.

Em algumas doenças / quadros clínicos é preciso que se faça a suplementação de oxigênio por cateter nasal ou máscara, em pacientes que preencham critérios específicos. As indicações clássicas de oxigenoterapia domiciliar prolongada (oxigenoterapia de forma contínua por no mínimo 15h/dia) seguem o Consenso Brasileiro de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT, 2022). Não foram apresentados elementos técnicos que permitam afirmar a necessidade de de oxigenoterapia domiciliar prolongada para a paciente.

Não foi identificado nenhum cuidado / procedimento nas prescrições médicas apresentadas, que exijam a disponibilização de profissional de enfermagem para a sua realização. Todos os cuidados prescritos para a paciente, que subsidiaram às solicitações, são atribuições previstas para o cuidador (com ou sem vínculo familiar).

A modalidade de assistência nos moldes em que foi requerida, configura solicitação / situação de internação domiciliar por tempo indeterminado, para substituir a necessidade da presença de um cuidador por tempo integral. Internação domiciliar ou hospitalar, não são modalidades assistenciais / cuidado especializado prescritos por tempo indeterminado.

Os cuidados e o acompanhamento 24 horas/dia indicados para a paciente, não demandam / exigem a presença e execução por profissionais da saúde, mais especificamente profissional da enfermagem. Todos os

cuidados e o acompanhamento diário prescritos, são atribuições compatíveis com a figura do cuidador, que é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar e com o suporte de uma equipe de atenção domiciliar.

**Considerando** o caráter progressivo da condição de adoecimento da paciente, a dificuldade de mobilidade / deslocamentos frequentes, a fragilidade e a dependência integral e permanente instaladas, a assistência domiciliar intermitente é modalidade assistencial preferível, principalmente para as especialidades com frequência assistencial semanal, por evitar deslocamentos frequentes, refletindo em melhora da qualidade de vida para a paciente e família.

As especialidades com frequência mensal ou maior, conforme requeridas (nutricionista trimestral, neuropediatra trimestral, pediatria e pneumologia mensal), não impõem a necessidade de atendimento domiciliar.

#### **IV – REFERÊNCIAS:**

- 1) Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. *Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.*
- 2) Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 da ANS. Cobertura: Atenção domiciliar (home care, assistência domiciliar, internação domiciliar, assistência farmacêutica domiciliar). Resolução Normativa n.º 465/2021 ANS.
- 3) Nota Técnica nº 22/2019, Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Serviço de Atenção Domiciliar.
- 4) Guia Prático do Cuidador de Idoso. Ministério da Saúde. 2008.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf)
- 5) Resolução COFEN nº 186/1995.  
[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1861995\\_4248.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1861995_4248.html)
- 6) Resolução COFEN nº 358/2009.  
[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o)

[%20da.Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%20C3%A1ncias.](#)

7) Parecer COREN-SP 01/2019 – CT.

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/01-19.pdf>

8) Parecer Técnico COREN-PE nº 041/2016.

[http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0412016\\_8124.html](http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0412016_8124.html)

9) Parecer Técnico nº 47/2015. COREN-SE.

[http://se.corens.portalcofen.gov.br/parecer-tecnico-no-472015\\_8196.html](http://se.corens.portalcofen.gov.br/parecer-tecnico-no-472015_8196.html)

10) Parecer Técnico COREN-DF 24/2011.

<https://www.coren-df.gov.br/site/parecer-tecnico-coren-df-242011/>

11) Aferição de Sinais Vitais. Um indicador do Cuidado Seguro em Idoso. Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, et al. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2015 Out-Dez; 24(4): 1071-8. <https://www.scielo.br/j/tce/a/c7Z8Jf3MMJxRcVd9xchrMNP/?format=pdf&lang=pt>

12) Resolução CFM nº 1.668 de 07/05/2003. “*Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência*”.

13) Caderno de Atenção Domiciliar, volume 2. Melhor em Casa, A segurança do hospital no conforto do seu lar. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2013

14) Parecer COREN/GO nº 044/CTAP/2020. Assunto: Procedimento de aspiração de traqueostomia por cuidador em ambiente domiciliar.

15) Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

16) ABMID - Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar. <https://conexaohomecare.com/wpcontent/uploads/2016/11/ScoreAbemid.pdf>

17) Luiza Watanabe Dal Bem, Raquel Rapone Gaidiznski. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária - Artigos de Revisão. Acta paul. Enferm. 19 (1). Março 2006.

<https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000100016>

18) Aptidão Física e Doença de Parkinson nos Estágios Avançados: Revisão Sistemática. Dornelas L. de F., Borges KVC, Dantas DC. Aptidão física e Doença de Parkinson nos estágios avançados: revisão sistemática. Rev. Contexto & Saúde, 2023;23(47):e13424.

<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2023.47.13424>

19) Escala de HOEHN E YAHR modificada.

<https://www2.fct.unesp.br/docentes/fisio/augustocesarinando/AVALIACAO%20FISIOTERAPEUTICA%20NEUROLOGICA/Escala%20de%20Hoehn%20e%20Yahr%20Modificada.pdf>

20) Recomendações para a ventilação mecânica domiciliar / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 42 p.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes\\_ventilacao\\_mecanica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_ventilacao_mecanica.pdf)

21) Guia Diretrizes da Atenção Domiciliar. Prefeitura de Belo Horizonte. 2022.

<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/GuiaDiretrizesAtencaoDomiciliarSAD-22-09-2022.pdf>

22) Tratamentos Medicamentosos para Síndrome de Lennox-Gastaut: Uma Revisão de Literatura. Frederyco Miguel Sarafim dos Reis, Fernando Djanikian Marcos, Vitor Ramos Morelato - Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – Unilago. Soraia El Hassan - Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – Unilago.

<https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/399>

23) Síndrome de Lennox Gastaut. Relato de caso. Arch Health Invest (2017) 6(2): 95-101. <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i2.1805>

<https://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/1805/pdf>

24) Síndrome de West.

<https://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/sindrome-west.htm>

**V – DATA:** 01/02/2024

NATJUS – TJMG