

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**SOLICITANTE:** Exmo Desembargador Versiani Penna

**PROCESSO Nº.:** 10000230525073001

**CÂMARA/VARA:** 19 CACIVE

**COMARCA:** Belo Horizonte

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**REQUERENTE:** M. V. S.

**IDADE:** 2 anos e 5 meses

**PEDIDO DA AÇÃO:** Dieta fórmula infantil elementar 16 (oito) latas ao mês, por tempo indeterminado

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10: K50.1

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** FORNECER SUBSÍDIO Á SUA DECISÃO

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG 75.294

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2022.0003647 e 3648

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Determinação para elaborar parecer referente ao caso, mormente em relação à enfermidade da menor e a necessidade de uso do insumo. Ato seguido, determino a remessa dos autos à douta Procuradoria de Justiça.

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Dados do caso conforme relatório de especialista gastropediatra, datado de 06/08/2022, trata-se de MVS, **2 anos e 5 meses**, com **Doença de Crohn. História de hematoquezia desde 5 meses com investigação de alergia a proteína de leite de vaca, sem resposta clínica ao uso de fórmula elementar, mantendo hematoquezia com queda hemoglobina e necessidade de transfusão. Propedêutica em internação revelou: calprotectina 6.000mcg, colonoscopia fissuras anais múltiplas, processo inflamatório agudo agudo acentuado, mucosa friável e sangrante ao toque impedindo progressão do exame; anátomo patológico colite crônica leve e moderada inespecífica. Diagnosticado doença inflamatória intestinal de inicio precoce e tratamento inespecífico,**

sendo iniciado prednisona, azatioprina e infliximabe sem resposta satisfatória e mau controle da doença. Desde do inicio do quadro criança em uso de dieta formula elementar sem condições de teste de provação pelo mal controle da doença. Necessita uso contínuo de formulas infantil elementar, 16 latas/mês, devido ao alto grau de inflamação intestinal, visando o adequado aporte nutricional e manter ingesta calórica adequada, sendo considerado imprudente incluir leite de vaca na dieta da criança neste momento.

A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal imunomediada, incurável, caracterizada pelo acometimento segmentar, assimétrico e transmural de qualquer porção do tubo digestivo, que acomete da boca ao ânus. De etiologia desconhecida, é caracterizada por complexa interação entre susceptibilidade genética e flora intestinal e fatores do meio ambiente, que contribuem para determinar uma resposta imune anormal e comprometimento da função da barreira epitelial. Geralmente tem início na 2 e 3<sup>a</sup> décadas de vida, mas pode afetar indivíduos de qualquer idade. É responsável por morbidade e disabilidade significativas que aumentam com a progressão do dano intestinal. Apresenta períodos de atividade, remissão e recaída, tendo estágios descritos conforme o Índice de Harvey-Bradshaw (IHB).

Variável	Descrição	Escore
1	Bem-estar geral	0 = muito bem 1 = levemente comprometido 2 = ruim 3 = muito ruim 4 = péssimo
2	Dor abdominal	0 = nenhuma 1 = leve 2 = moderada 3 = intensa
3	Número de evacuações líquidas por dia	1 por cada evacuação
4	Massa abdominal	0 = ausente 1 = duvidosa 2 = definida 3 = definida e dolorosa

5	Complicações	1 por item: Úlceras aftosas, Nova fístula, Pioperíte gangrenoso, Fissura anal, Abscesso, Artralgia, Uveíte, Eritema nodoso
	Total	Soma dos escores das variáveis de 1 a 5

**Seu diagnóstico pode ser difícil dado à heterogeneidade das manifestações e à sua sobreposição com as da retocolite ulcerativa, bem como a ausência ocasional de sintomas gastrointestinais relevantes. O sintoma mais comum na ocasião do diagnóstico é diarreia crônica, seguida por sangramento (40% - 50%), perda de peso (60%) e dor abdominal (70%) com impacto na qualidade de vida. O achado de fadiga, febre, palidez, caquexia, massas abdominais, fístulas e fissuras perianais são muito comuns. A colonoscopia com duas biópsias de cinco sítios distintos, incluindo o íleo, é o método preferencial para o diagnóstico. Tipicamente este exame revela lesões ulceradas, entremeadas de áreas com mucosa normal, acometimento focal, assimétrico e descontínuo, que a biopsia podem mostrar alteração transmural, padrão segmentar e presença de granulomas não caseosos. Radiografia de trânsito de delgado, ou tomografia computadorizada enteral (TC enteral) ou ressonância magnética enteral (RM enteral) podem ser indicadas, se disponíveis e geralmente revelam o acometimento do intestino delgado e presença de fístulas. Em casos difíceis, a endoscopia digestiva alta com biópsias gástricas pode ser útil para firmar o diagnóstico na presença de granulomas ou gastrite focal. Exames laboratoriais como elevação de proteína C-reativa e velocidade de hemossedimentação podem auxiliar no diagnóstico.**

**A avaliação da extensão da doença e comprometimento do intestino delgado proximal é importante, pois influenciará na conduta terapêutica e no seguimento do paciente. O tratamento é complexo e definido segundo a localização da doença, o grau de atividade e as**

complicações. As opções terapêuticas devem ser individualizadas de acordo com a resposta sintomática e a tolerância ao tratamento, o que exige habilidades clínicas e cirúrgicas em algumas situações. Deve objetivar a indução da remissão clínica por pelo menos 6 meses, melhoria da qualidade de vida e, após, manutenção da remissão com prevenção das recorrências. O tratamento clínico clássico é baseado aminossilicilatos (azatioprina), corticosteroides, antibióticos e imunossupressores incluindo os biológicos (infliximabe). Além dos efeitos de controlar a doença levando a sua remissão, o tratamento deve preocupar com a segurança e os custos da terapia a longo prazo capaz de prevenir as recaídas. O tratamento cirúrgico é necessário para tratar obstruções, complicações supurativas e doença refratária ao tratamento medicamentoso. As medidas não medicamentosas recomendadas inclui mudança dos hábitos de vida principalmente o abandono do tabaco. É importante notar que algumas pessoas podem relatar sucesso com essa e outras dietas em relação ao alívio dos sintomas, mas não há evidência científica que as apoie. Conforme a Associação Brasileira de Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn (ABCD) Crohn's & Colitis Foundation of America (CCFA), não há evidências que sugiram que qualquer alimento ou dieta particular cause, previna ou cure a doenças inflamatórias intestinais. Não há dieta especial nestes casos, a despeito de algumas dietas serem anunciadas especificamente para o tratamento destas doenças. Deste modo, recomendações alimentares são geralmente orientadas para aliviar os sintomas durante as crises e garantir a ingestão e a absorção adequada de nutrientes, vitaminas e minerais, sendo as principais: comer pequenas porções nas refeições; fazer refeições mais frequentes; comer em ambiente tranquilo; evitar alimentos desencadeantes; limitar alimentos com fibras insolúveis (isto é, sementes, grãos, vegetais de folhas verdes, frutas laxativas e farelo de trigo) escolhendo legumes e frutas mais fáceis de digerir, removendo sua casca, evitando as sementes, comendo legumes cozidos, em vez de

vegetais crus, durante a crise; reduzir a quantidade de alimentos gordurosos ou fritos, beber diariamente pelo menos 2 litros de água, evitar bebidas alcoólicas e com cafeína; ingerir proteínas em quantidades maiores; manter ingestão calórica adequada; ingerir 1000mg de cálcio ao dia.

A alergia alimentar é o termo utilizado para descrever as reações adversas secundárias à ingestão de proteínas de alimentos ou aditivos alimentares. Podem ser classificadas em reações não-imunológicas que dependem principalmente da substância ingerida como toxinas bacterianas presentes em alimentos contaminados ou das propriedades farmacológicas de determinadas substâncias presentes em alimentos. As reações adversas não imunológicas podem ser desencadeadas também pela fermentação e efeito osmótico de carboidratos ingeridos e não absorvidos. **Essas reações são reproduzíveis a cada vez que o alimento é ingerido** e independe da dose. As reações imunológicas dependem de susceptibilidade individual e são classificadas segundo o mecanismo imunológico envolvido mediados por anticorpos IgE ou não. Os alergênicos alimentares são geralmente glicoproteínas hidrossolúveis com peso molecular entre 10 e 70 kDa, termoestáveis e resistentes à ação de ácidos e proteases, que estimulam resposta imunológica humoral (IgE) ou celular. Na forma grave a resposta imunológica anormal a um determinado alimento, determina síndromes clínicas ameaçadoras da vida. Predisposição genética, associada a fatores de risco ambientais, culturais e comportamentais, formam a base para o desencadeamento das alergias alimentares em termos de frequência, gravidade e expressão clínica. Na infância, os alimentos mais responsabilizados pelas alergias alimentares são leite de vaca, ovo, trigo e soja, que em geral são transitórias. Menos de 10% dos casos persistem até a vida adulta. Existe forte associação de história familiar de atopia, introdução precoce de leite de vaca, infecções de trato gastrintestinal em crianças de baixa idade e fatores ambientais. As manifestações clínicas podem ser

**immediatas** com sintomas, ocorrendo **até 2 horas após a exposição ao alergêno, ou tardias** quando os sintomas **ocorrem a partir de 2 horas até vários dias depois**. As manifestações imediatas mediadas por IgE são: **anafilaxia, síndrome da alergia oral, urticária, broncoespasmo, náusea, vômito, diarreia, dor abdominal, angioedema**. A **anafilaxia alimentar** ocorre de forma súbita geralmente em minutos ou poucas horas após a **ingestão de alimento** com a presença de **prurido intenso com placas eritematosas** acompanhada ou não de **angioedema de lábio, ocular, de língua e úvula, seguido de acometimento adicional de pelo menos um dos seguintes sistemas: respiratório** (dispneia, sibilos/broncoespasmo, estridor, hipoxemia), **cardiovascular** (hipotensão, hipotonia, choque), **gastrointestinal** (náuseas, vômitos, dor abdominal) e **neurológico** (confusão mental, lipotimia, perda de consciência). Em até 20% dos casos a anafilaxia pode ocorrer com dois ou mais desses sistemas orgânicos, mas sem comprometimento cutâneo. As alergias alimentares não IgE mediadas **caracterizam-se pela hipersensibilidade mediada por células**. Nestas as manifestações são **tardias** e ocorrem **sintomas relativos ao trato digestivo**, podendo **associar com sintomas respiratórios** como: tosse crônica, rinoconjuntivite, estridor laríngeo, asma **e/ou sintomas cutâneos** de urticária e dermatite atópica. Os sintomas relativos ao trato digestivo são decorrentes de doença do refluxo gastroesofágico, constipação intestinal crônica, proctocolite, enteropatia, enterocolite, cólicas, distensão abdominal e a desaceleração ponderal, que não responde às medidas de apoio ou medicamentosas.

O primeiro passo para a confirmação do diagnóstico é o reconhecimento de sintomas clínicos, na exclusão de outras etiologias e a exclusão dos alimentos desencadeantes, como proteínas, com destaque para o leite de vaca (APLV) na criança e no teste de provação oral (TPO) sob supervisão médica. Embora TPO seja o padrão-ouro, a maioria dos pacientes não precisa ser submetida à confirmação, especialmente se têm uma história de reações graves e se tornarem

**assintomáticos após a eliminação da proteína suspeita.** Não existe exames complementares definitivos para o diagnóstico de alergia alimentar. **A realização de exames complementares** (Dosagem de Ig E e Teste Cutâneo de Leitura Imediata - TC) é necessária apenas **como apoio na avaliação de gravidade ou no diagnóstico diferencial no caso de APLV não mediada por IgE**, sendo raramente indicada.

O manejo da alergia alimentar é empírico pelas evidências limitadas e controvérsias em muitas áreas de sua fisiopatologia. A conduta baseia-se em três pontos fundamentais: exclusão de proteína(s) alergênica(s) da dieta; prescrição de dieta substitutiva que proporcione todos os nutrientes necessários; dessensibilização e reintrodução da dieta. A dieta de exclusão de proteína(s) dos alimentos é fundamental. As fórmulas de proteína extensamente hidrolisada (FEH) são em geral bem toleradas em 90% dos casos, sendo a primeira opção para todas as crianças até 24 meses com APLV não mediada por IgE. Em torno de 20% dos pacientes possam necessitar de fórmulas à base de aminoácidos (FAA) por não tolerarem as FEH e apresentarem com sintomas graves (desnutrição protéico-energética moderada ou grave, colite, enterocolite, esofagite, sangramento intestinal intenso com anemia grave, hipoproteinemia, dermatite atópica grave e generalizada) e déficit de crescimento. Neste contexto acompanhamento com especialista para cuidados específicos, especialmente orientação nutricional e controle dos sintomas durante e após internação é indicado. Os benefícios esperados com o uso das fórmulas nas crianças com alergia alimentar são: melhoria e remissão dos sintomas; adequado desenvolvimento e crescimento da criança; melhoria da qualidade de vida da criança e da família. A suspensão/alta do tratamento ocorrerá quando ocorrer melhora completa dos sinais e sintomas e negativação de marcadores ou quando a criança completar 2 anos de idade.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (**SUS**) recebeu da CONITEC a

**recomendação da incorporação das fórmulas nutricionais à FS, FEH , com ou sem lactose e FAA para crianças de 0 a 24 meses com APLV, conforme as indicações descritas acima desde 2018.**

**Conclusão:** trata-se de 2 anos e 5 meses, com **Doença de Crohn**. **História de hematoquezia desde 5 meses.** Investigação de alergia a proteína de leite de vaca, **sem resposta clínica ao uso de de fórmula elementar**, mantendo hematoquezia com queda hemoglobina e necessidade de transfusão. Propedêutica em internação revelou: calprotectina 6.000mcg, colonoscopia fissuras anais múltiplas, processo inflamatório agudo agudo acentuado, mucosa friável e sangrante ao toque impedindo progressão do exame; **anátomo patológico colite crônica leve e moderada inespecífica**. Diagnosticado **doença inflamatória intestinal de inicio precoce e tratamento inespecífico**, sendo iniciado prednisona, azatioprina e infliximabe **sem resposta satisfatória e mau controle da doença**. Desde do inicio do quadro criança em uso de dieta formula elementar **sem condições de teste de provação pelo mal controle da doença**. Necessita uso contínuo de formulas infantil elementar, 16 latas/mês, devido ao alto grau de inflamação intestinal, visando o adequado aporte nutricional e manter ingesta calórica adequada, sendo considerado imprudente incluir leite de vaca na dieta da criança neste momento.

A DC é uma doença imunomedida, incurável, caracterizada pelo acometimento segmentar, assimétrico e transmural de qualquer porção do tubo digestivo, que acomete da boca ao ânus. De etiologia desconhecida, é caracterizada por complexa interação entre susceptibilidade genética e flora intestinal e fatores do meio ambiente, que contribuem para determinar uma resposta imune anormal e comprometimento da função da barreira epitelial. Apresenta períodos de atividade, remissão e recaída. Seu diagnóstico pode ser difícil dado à heterogeneidade das manifestações e à sua sobreposição com as da retocolite ulcerativa, bem como a ausência ocasional de sintomas

**gastrointestinais relevantes.** O sintoma mais comum na ocasião do diagnóstico é diarreia crônica, seguida por sangramento (40% - 50%), perda de peso (60%) e dor abdominal (70%) com impacto na qualidade de vida. O achado de fadiga, febre, palidez, caquexia, massas abdominais, fístulas e fissuras perianais são muito comuns. A colonoscopia com biópsias é o método preferencial para o diagnóstico e revela lesões ulceradas, entremeadas de áreas com mucosa normal, acometimento focal, assimétrico e descontínuo. A avaliação da extensão da doença e comprometimento do intestino delgado proximal é importante, pois influenciará na conduta terapêutica e no seguimento do paciente. O tratamento é complexo e definido segundo a localização da doença, o grau de atividade e as complicações. As opções terapêuticas devem ser individualizadas de acordo com a resposta sintomática e a tolerância ao tratamento, o que exige habilidades clínicas e cirúrgicas em algumas situações. Deve objetivar a indução da remissão clínica por pelo menos 6 meses, melhoria da qualidade de vida e, após, manutenção da remissão com prevenção das recorrências. O tratamento clínico clássico é baseado aminossilicilatos (azatioprina), corticosteroides, antibióticos e imunossupressores incluindo os biológicos (infliximabe). Além dos efeitos de controlar a doença levando a sua remissão, o tratamento deve preocupar com a segurança e os custos da terapia a longo prazo capaz de prevenir as recaídas. As medidas não medicamentosas recomendadas inclui mudança dos hábitos de vida principalmente o abandono do tabaco. É importante notar que algumas pessoas podem relatar sucesso com essa e outras dietas em relação ao alívio dos sintomas, mas não há evidência científica que as apoie. Conforme a ABCD e CCFA, não há evidências que sugiram que qualquer alimento ou dieta particular cause, previna ou cure a doenças inflamatórias intestinais. Não há dieta especial nestes casos, a despeito de algumas dietas serem especificamente anunciadas especificamente para o tratamento destas doenças. Deste

modo, recomendações alimentares são orientadas para aliviar os sintomas durante as crises e garantir a ingestão e a absorção adequada de nutrientes, vitaminas e minerais, sendo as principais: comer pequenas porções nas refeições; fazer refeições com maior frequência e em ambiente tranquilo; evitar alimentos desencadeantes; limitar alimentos com fibras insolúveis (isto é, sementes, grãos, vegetais de folhas verdes, frutas laxativas e farelo de trigo) escolhendo legumes e frutas mais fáceis de digerir, removendo sua casca, evitando as sementes, comendo legumes cozidos, em vez de vegetais crus, durante a crise; reduzir a quantidade de alimentos gordurosos ou fritos, beber diariamente pelo menos 2 litros de água, evitar bebidas alcoólicas e com cafeína; ingerir proteínas em quantidades maiores; manter ingesta calórica adequada; ingerir 1000mg de cálcio ao dia.

Alergia alimentar é o termo utilizado para descrever as reações adversas secundárias à ingestão de proteínas de alimentos ou aditivos alimentares. Os alergênicos alimentares são na sua maior parte representados por glicoproteínas hidrossolúveis, que estimulam resposta imunológica humoral (IgE) ou celular, como a alergia a proteína. A predisposição genética, associada a fatores de risco ambientais, culturais e comportamentais, formam a base para o desencadeamento das alergias alimentares em termos de frequência, gravidade e expressão clínica. Não há correlação com a DC

O manejo da alergia alimentar é empírico pelas evidências limitadas e controvérsias em muitas áreas de sua fisiopatologia. A conduta baseia-se em três pontos fundamentais: exclusão da(s) proteína(s) alergênica(s) da dieta; prescrição de dieta substitutiva que proporcione todos os nutrientes necessários; dessensibilização e reintrodução da dieta. A dieta de exclusão da(s) proteína(s) dos alimentos é fundamental. As fórmulas FEH são em geral bem toleradas em 90% dos casos, sendo a primeira opção para todas as crianças até 24 meses com APLV não mediada por IgE. Em torno de 20% dos

**pacientes possam necessitar de FAA por não tolerarem as FEH e apresentarem com sintomas graves** (desnutrição protéico-energética moderada ou grave, colite, enterocolite, esofagite, sangramento intestinal intenso com anemia grave, hipoproteinemia, dermatite atópica grave e generalizada) e déficit de crescimento. **Estas formulas, estão incorporadas ao desde 2018 para crianças de 0 a 24 meses com APLV.**

**Na literatura não há descrições de correlações diretas de APLV com a DC, e tão pouco indicações do uso de fórmulas nutricionais na DC que possam subsidiar seu uso no tratamento da doença. Vale ressaltar que no caso em tela, conforme descrito em relatório médico, não foi confirmado o diagnóstico de APLV, a despeito da investigação e tão pouco ocorreu resposta clínica ao uso de de fórmula elementar.**

#### **IV – REFERÊNCIAS:**

1. Ministério da Saúde Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Portaria Conjunta nº 10 de 02 de abril de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Crohn. Brasília, 2017. 27p. Disponível em:  
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/08/420112-17-61-MINUTA-de-Portaria-Conjunta-PCDT-Doenca-de-Crohn-27-11-2017-COMPLETA.pdf>.
2. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde Coordenação de Avaliação e Monitoramento de Tecnologias. CONITEC Relatório de recomendação Relatório nº450 Maio/2019 Vedolizumabe (Entyvio®) para Doença de Crohn. Brasília, Maio de 2019. 61p. Disponível em:  
[http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatorio\\_Vedolizumabe\\_Crohn.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatorio_Vedolizumabe_Crohn.pdf).
3. Associação Brasileira De Colite Ulcerativa e Doença de Crohn. Manual de nutrição, dieta e doença inflamatória intestinal. <https://abcd.org.br/wp-content/uploads/2019/04/Manual-de-Nutrição-Dieta-e-DII.pdf>.

4. Santos LAA, Dorna MS, Vulcano DSB, Augusti L, Franzoni LC, Gondo FF, Romeiro FG, Sasaki LY. Terapia nutricional nas doenças inflamatórias intestinais: artigo de revisão. **Nutrire**. 2015;40(3):383-96. Disponível em: [http://sban.cloudpainel.com.br/files/revistas\\_publicacoes/486.pdf](http://sban.cloudpainel.com.br/files/revistas_publicacoes/486.pdf).
5. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2007, Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. **Rev. Bras. Alerg. Imunopatol.** 2008; 2(31): 64-89. Acesso em: 08/01/17. Disponível em: <http://www.asbai.org.br/revista/vol312/ART%202-08%20-%20Consenso%20Brasileiro%20sobre%20Alergia%20Alimentar%20-%202007.pdf>.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS Relatório de Recomendação nº 345, Novembro/2018. Fórmulas nutricionais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca. Brasília, 2018. 30p. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Recomendacao/Relatorio\\_Formulasnutricionais\\_APLV.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Recomendacao/Relatorio_Formulasnutricionais_APLV.pdf).
7. Adami FS, Conde SR. **Alimentação e nutrição nos ciclos da vida.** Lajeado: Ed. da Univates, 2016. 97p. Disponível em: [https://www.univates.br/editora-univates/media/publicacoes/194/pdf\\_194.pdf](https://www.univates.br/editora-univates/media/publicacoes/194/pdf_194.pdf).
8. Sarino E, MGM Lins Severe forms of food allergy. **J Pediatr.** 2017; 93:53-
9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/cNRNwpYDXdXsxMdGJCPJGrC/?lang=pt>
9. Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni RO, Oliveira LC, Pastorino AC, Weffort V, Moraes MB, Barreto BP, Oliveira JC, Castro APM, Franco JM, Neto HJC, Rosário NA, Alonso MLO, Sarinho EC, Yang A, Maranhao H, Toporovski MS, Epifanio M, Wandalsen NF, Rubini NM. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1 - Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. **Arq Asma Alerg Imunol.** 2018;2(1):7-38. Disponível em: [http://aaai-asbai.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=851](http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=851)

**V – DATA:**

12/05/2023

NATJUS – TJMG