

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara da Infância e Juventude de Divinópolis

COMARCA: Divinópolis

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005784

IDADE: 8 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 E44, F71.1, F84, G40, R62

PEDIDO DA AÇÃO: fórmula "leite"

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Suplemento alimentar na quantidade necessária para consumo mensal da marca NUTREN JUNIOR na quantidade de 06 latas de 400 gramas por mês.

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRN9-1100, 9-8948, CRMMG 8.333, 39.405, 71.497

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Considerando quadro de desnutrição da criança D. L. D. M, solicito que informe sobre a necessidade do uso de suplemento alimentar em quantidade a ser fornecida mensalmente, NUTREN JUNIOR, 06 latas de 400 gramas por mês.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação médica, nutricional e de enfermagem datada de 03/02/2016, 20/07/2023, 24/07/2023, 28/08/2023 e 31/08/2023, trata-se de paciente DLDM, **com 8 anos, com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, baixo peso para idade (abaixo do P3) desnutrição, autismo moderado, seletividade alimentar. Em acompanhamento multidisciplinar. Solicitado suplemento 1 a 10 anos normocalórico 1 kcal/ml (Nutren Junior) 6 latas/mês, uso contínuo, para garantir o mínimo de qualidade de vida seu desenvolvimento neuropsicomotor.** Conforme resposta da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, datada de **02/08/2023** a solicitação foi indeferida pois a prescrição de dieta não faz parte da da RENAME e não configura como medicamento.

A diversidade alimentar é uma das principais fontes de saúde, já que é o ponto inicial para que, em conjunto com o exercício físico, o sono de qualidade e a gestão do estresse, consigamos nos desenvolver e nos manter saudáveis. Os transtornos alimentares seletivos podem afetar adultos e crianças que apresentam sintomas psicológicos como ansiedade e depressão, bem como convívio social prejudicado. **A seletividade alimentar (SA) ou Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE) é caracterizada por recusa alimentar, pouco apetite e desinteresse pelo alimento.** De acordo com os sistemas de classificação DSM-IV e CID10, **o TARE não está descrito como um diagnóstico específico de transtorno alimentar na infância, mas ambos associam-na a uma dificuldade persistente em comer de forma adequada, com falha no ganho de peso ou importante perda ponderal durante o último mês. É um comportamento típico da fase pré-escolar, que inicia-se antes dos 6 anos, mas, se presente em ambientes familiares desfavoráveis, pode acentuar-se e permanecer até a adolescência. Caracteriza-se por:**

- **ausência de condições fisiopatológicas ou desordens mentais associadas**, e nem falta de acesso aos alimentos
- **comer apenas alimentos que são vistos como seguros ou aceitáveis, ou seja, não há rotatividade alimentar.** Há o hábito de **comer sempre o mesmo alimento, marcas, textura, tempero e temperatura**, levando a monotonia alimentar, com a alegação que não gostam de determinados alimentos, sem mesmo experimentá-los;
- sentir **aversão a grupos alimentares inteiros**, como frutas, vegetais ou leguminosas;
- **angustia quando é encorajado a experimentar alimentos diferentes**, seja por causa de uma fobia ou medo de engasgar ou vomitar;
- **náusea e vômito ao se deparar com a necessidade de comer novos alimentos;**
- as crianças **fecham a boca para evitar de qualquer maneira a ingestão de um alimento diferente.**

É importante destacar que a maioria das pessoas com TARE não tem problemas de peso e geralmente está dentro da faixa normal de índice de massa corporal (IMC). Também é comum que não apresentem carência de macronutrientes, sofrendo, no entanto, falta de micronutrientes. Uma alimentação muito restrita dificulta a ingestão de micronutrientes. Isso porque as vitaminas e minerais são encontrados em grupos alimentares diferentes. A vitamina C, é encontrada em frutas cítricas. Já a B, encontra-se em vegetais de folhas verdes, que também possuem outras vitaminas, como a A, D, E e K. Estas, também podem ser encontradas em outros alimentos, como produtos lácteos, oleaginosas e peixes. Os minerais e oligoelementos, como o ferro, zinco, cobre, iodo, flúor, entre outros. É fundamental uma alimentação diversificada e que inclua todos os grupos alimentares, para que o organismo tenha acesso a estes e outros elementos. Embora seja necessário em menor quantidade do que os macronutrientes (carboidratos, gorduras e proteínas), os micronutrientes são essenciais para facilitar diversas reações químicas que ocorrem no nosso organismo. Entre elas estão o funcionamento adequado ou equilibrado do metabolismo e a regulação da função celular.

Cientistas apontam que há componentes biológicos e psicológicos na etiologia desse transtorno. Alguns estudos levantam que essas pessoas poderiam ter um paladar muito aguçado, o que provoca a rejeição a sabores mais fortes. Por outro lado, outros estudos mostram que a rejeição a determinados alimentos se dá muito mais por outras vias sensoriais e não pelo gosto, por exemplo, não gostar do cheiro ou da aparência de um alimento. Em relação ao aspecto psicológico, alguns indivíduos podem associar emoções negativas a determinados alimentos, por exemplo, um mal estar físico causado pela comida, como engasgos ou problemas gastrointestinais. **As razões desse comportamento, no entanto, são complexas e podem estar relacionadas a questões familiares e contextos sociais.**

A literatura sugere que apresentações do tipo **TARE são comuns em**

crianças e jovens com autismo, com graves consequências para a saúde física e mental. Como tais pacientes apresentam comportamentos restritivos, seletivos e ritualísticos, essas variações tendem a resultar em desinteresse e recusa para determinados alimentos. Isso **porque as diferentes cores, cheiros, sabores e texturas dos alimentos podem tirá-las de suas zonas de conforto.** Os três motivadores mencionados nos critérios do DSM, ou seja, **evitação sensorial, restrição baseada em medo ou fobia e falta de interesse em comer, estão presentes nessa população,** embora as sensibilidades sensoriais sejam atualmente as mais comumente descritas. **A pesquisa sugere que os sintomas de TARE em crianças e jovens com autismo podem ser passíveis de tratamento, com evidências de que as intervenções comportamentais são viáveis e potencialmente eficazes nessa população.**

A confirmação do diagnóstico de transtorno alimentar deve ser feita por um nutricionista ou médico, com base em exames laboratoriais, sinais e história clínica dos sintomas. Esse profissional poderá verificar a presença de outros problemas que possam levar à rejeição da alimentação, como alergia, dificuldades para mastigar e deglutir ou problemas gastrointestinais.

Por ser um distúrbio de classificação relativamente recente ainda não existe um protocolo estabelecido para seu tratamento. O que vem sendo praticado é uma abordagem multidisciplinar, com participação de **nutricionista, psiquiatra ou psicólogo e clínico geral ou pediatra.** Neste contexto, algumas práticas vêm demonstrando bons resultados. **O ponto de partida do tratamento do TARE está na aceitação do diagnóstico pelo paciente, que toma consciência dos efeitos da seletividade alimentar para a saúde do seu organismo e para suas relações sociais.** Neste momento também é importante que **os pais ou companheiros do paciente tomem consciência e se engajem ativamente no tratamento,** sempre respeitando o processo do paciente. Assim:

- prezar por um bom ambiente de refeições, seguindo conceitos como o

mindful eating, que descarta o uso de eletrônicos à mesa e defende uma ligação maior com a comida. Devem ser evitadas discussões ou cobranças no momento da alimentação, deixando o paciente livre para escolher e quantificar o que vai comer;

- combinar com o paciente a introdução pontual de cada novo alimento ou forma de preparo, ressaltando as semelhanças com alimentos aceitos e sua importância para a saúde. A dieta do paciente deve ser a mesma dos outros moradores da casa;

- propor estratégias para, aos poucos, introduzir uma alimentação mais saudável. Por exemplo: crianças que só aceitam um determinado alimento. Oferecer outros tipos de batatas ou alimentos semelhantes. Da mesma forma, no caso de texturas. Crianças que só comem purê de mandioquinha, podem considerar comer outros tipos de purê, como batata doce e moranga. As chances de aceitação, nesse sentido, são muito maiores.

- administrar a ansiedade por resultados por parte do paciente e de seus pais ou companheiros, evitando que a cobrança por avanços venha a prejudicar o engajamento e a própria continuidade do tratamento.

- monitorar a carência de micronutrientes e, quando houver necessidade, receitar um suplemento alimentar infantil que supra essas necessidades.

Segundo a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, a classificação nutricional de crianças e adolescentes seguem os seguintes parâmetros e índices antropométricos de 5 à 10 anos incompletos: peso para idade; IMC para idade; estatura para idade. A tabela de classificação para determinar o estado nutricional de crianças utiliza tabelas diferentes para crianças conforme seu grupo etário. Assim a fórmula que a calculadora utiliza para avaliar o peso é:

- Até aos 2 anos: são utilizadas as curvas de percentil da evolução do peso para cada mês de vida;

- **Dos 2 aos 5 anos: o peso é avaliado de acordo com a altura do menino;**

- Dos 5 aos 18 anos: o peso é verificado através do IMC infantil.

A terapia enteral (TNE), consiste de procedimentos que permitem a

administração de nutrientes pelo trato digestivo por via oral, sondas ou ostomias, visando manter e/ou recuperar o estado nutricional do paciente. Indicada a indivíduos com alteração metabólica e/ou fisiológica que cause mudanças restritivas ou suplementares em sua alimentação relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou à via de consumo alimentar (enteral ou parenteral).

O Sistema Único de Saúde (SUS), **não trata dietas e insumos como medicamentos, assim não existe legislação nacional que determine o fornecimento de dieta industrializada para uso domiciliar.** A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) **confere institucionalidade à organização e oferta dos cuidados relativos à alimentação e nutrição, bem como ressalta o papel do SUS na agenda de segurança alimentar e nutricional e na garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável.** Nesse contexto, destaca-se que o **cuidado alimentar deverá, sempre que possível, ser realizado por meio de técnicas dietéticas específicas que utilizam os alimentos como base da dieta do indivíduo, mesmo que portadores de necessidades específicas.** Excepcionalmente em situação cientificamente justificada, **se esgotadas todas as outras alternativas, existem diretrizes regulatórias loco-regionais, construídas para disponibilização de dieta industrializada.**

A terapia alimentar, nos casos de necessidades alimentares especiais, difere muito conforme o tipo de alteração fisiológica e metabólica de cada indivíduo. Nesse sentido, uma atenção nutricional bem planejada pode suprir as necessidades nutricionais do indivíduo, sob os aspectos qualitativo e quantitativo, bem como sob a forma de administração dos alimentos. Por isto esta terapia deve ser orientadas por nutricionista, que determinará o tipo e volume de dieta necessário a cada caso. Os sujeitos que mais demandam a TNE são, além dos desnutridos, os em risco nutricional e os portadores de patologias que resultam na impossibilidade de mastigação e deglutição, como no AVE, câncer de cabeça, pescoço ou esôfago, doenças neurológicas em estágios avançados.

Conforme a **Organização Mundial de Saúde** a **Sociedade de Nefrologia** considera os seguintes critérios de desnutrição/magreza aqueles com **IMC abaixo de 18,5**. Frequentemente, na situação de desnutrição (magreza) e risco nutricional, há indicação de **TNE prolongada**, sem necessidade de manutenção da internação hospitalar no paciente com estabilidade clínica. Neste caso a **TNE domiciliar é a mais indicada e no Brasil, o uso de dietas artesanais e/ou semi-artesanais incentivado nestes pacientes**.

As dietas enterais variam quanto a seu tipo em artesanal ou industrial. As dietas artesanais são produzidas diariamente em condições rigorosas de higiene, sob orientação de nutricionista, a partir de produtos in natura, cozidos, ou não, triturados e peneirados. Podem ser indicadas para pacientes estáveis clinicamente, com doenças crônicas ou em tratamento paliativo. Não há evidências científicas que mostrem prejuízo na absorção de nutrientes provenientes de fórmula nutricional com alimentos na inexistência de disfunções absorptivas no sistema digestório e de doenças que demandam necessidades especiais de nutrientes que não possam ser suprimidos nesta dieta. Contêm proteínas, vitaminas, carboidratos, sais minerais e compostos bioativos, flavonóides e outros fenólicos em proporção adequada as necessidades estabelecidas. Os compostos bioativos possuem propriedades antioxidantes, moduladoras da resposta imunológica que diminuem o risco de mortalidade de doenças crônicas não transmissíveis. Este fato é relevante, considerando idosos nos quais o uso crônico dessas fórmulas pode ser necessário. Além disto, beneficiam a flora intestinal favorecendo pacientes com constipação intestinal. Apresentam como vantagem em relação as industrializadas, seu menor custo, maior concentração de probióticos, manutenção do vínculo com a família, e maior sensação de estar alimentado. Tem o inconveniente de necessitar de manipulação em condições sanitárias adequadas para evitar sua contaminação, pois são sujeitas a maior risco de contaminação

microbiológica e podem apresentar deficiências de micro e macronutrientes em sua composição se não forem adequadamente preparadas. **Devem ser a primeira opção para o uso domiciliar. Podem ter sua composição modificada para suplementar as necessidades do paciente, inclusive com componente industrializado.**

As dietas/suplementos industrializadas são regulamentadas pela ANVISA, contêm macro e micronutrientes em proporções padronizadas conforme seu tipo. A dieta padrão contém proteínas, lipídios, carboidratos, vitaminas e minerais, necessários à nutrição de indivíduos normais. Apresentam custo mais elevado, maior controle de qualidade sanitária, comodidade de preparação e composição química definida.

Segundo a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, a classificação nutricional de crianças e adolescentes seguem os seguintes parâmetros e índices antropométricos de 5 à 10 anos incompletos: peso para idade; IMC para idade; estatura para idade. A tabela de classificação para determinar o estado nutricional de crianças utiliza tabelas diferentes para crianças conforme seu grupo etário. Assim a fórmula que a calculadora utiliza para avaliar o peso dos 2 aos 5 anos: o peso é avaliado de acordo com a altura do menino.

Em maio de 2012, o Conselho Regional de Nutrição do Paraná divulgou parecer comparando as dietas artesanais e industrializadas para pacientes com necessidade de nutrição enteral. Os autores concluíram que **não existem evidências de superioridade de uma fórmula em relação à outra, já que a artesanal pode ser modificada e adequada às necessidades especiais, incluindo o uso de suplementos industriais. Estudos demonstram não haver evidências científicas que mostrem prejuízo na absorção de nutrientes provenientes de fórmula nutricional com alimentos na inexistência de disfunções absorptivas no sistema digestivo e de doenças que demandam necessidades especiais de nutrientes. Mesmo em situações especiais, a dieta artesanal pode ser modificada e adequada às necessidades especiais dos pacientes.** Assim

do ponto de vista de efeito nutricional se comparadas a dieta artesanal e industrializada tem o mesmo efeito e podem ser usadas indistintamente, devendo, a artesanal, ser a primeira opção para o uso domiciliar. Não há indicação de uso de fórmulas no SUS ou na literatura para pacientes com TARE ou TEA.

Conclusão: trata-se de **com 8 anos, com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, baixo peso para idade (abaixo do P3) desnutrição, autismo moderado, seletividade alimentar. Em acompanhamento multidisciplinar. Solicitado suplemento 1 a 10 anos normocalórico 1 kcal/ml (Nutren Junior) 6 latas/mês, uso contínuo, para garantir o mínimo de qualidade de vida seu desenvolvimento neuropsicomotor.** Conforme resposta da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, datada de **02/08/2023** a solicitação foi indeferida pois a prescrição de dieta não faz parte da da RENAME e não configura como medicamento.

A SA ou TARE é caracterizada por recusa alimentar, pouco apetite e desinteresse pelo alimento. De acordo com os sistemas de classificação DSM-IV e CID10, o TARE não está descrito como um diagnóstico específico de transtorno alimentar na infância, mas ambos associam-na a dificuldade persistente em comer de forma adequada, com falha no ganho de peso ou importante perda ponderal durante o último mês. É um comportamento típico da fase pré-escolar, que inicia-se antes dos 6 anos, mas, se presente em ambientes familiares desfavoráveis, pode acentuar-se e permanecer até a adolescência.

A literatura sugere que apresentações do tipo TARE são comuns em crianças e jovens com autismo, com graves consequências para a saúde física e mental. Como tais pacientes apresentam comportamentos restritivos, seletivos e ritualísticos, essas variações tendem a resultar em desinteresse e recusa para determinados alimentos. Isso porque as diferentes cores, cheiros, sabores e texturas dos alimentos podem tirá-las de suas zonas de conforto. Os três motivadores mencionados nos critérios do DSM, evitação sensorial, restrição baseada em medo ou fobia

e falta de interesse em comer, estão presentes nessa população, embora as sensibilidades sensoriais sejam atualmente as mais descritas.

Por ser um distúrbio de classificação relativamente recente ainda não existe um protocolo estabelecido para seu tratamento. O que vem sendo praticado é uma abordagem multidisciplinar, com participação de nutricionista, psiquiatra ou psicólogo e clínico geral ou pediatra. Neste contexto, algumas práticas vêm demonstrando bons resultados. O ponto de partida do tratamento do TARE está na aceitação do diagnóstico pelo paciente, que toma consciência dos efeitos da seletividade alimentar para a saúde do seu organismo e para suas relações sociais. Neste momento também é importante que os pais ou companheiros do paciente tomem consciência e se engajem ativamente no tratamento, sempre respeitando o processo do paciente.

O caso em tela trata-se de uma situação de criança com autismo, desnutrida, com TARE. Conforme relatório médico, há necessidade de complementação alimentar com uso de fórmulas, entretanto, não existe indicação científica para uso de suplementação de dieta com formulas industrializadas como a dieta Nutren.

O SUS, não trata as dietas e insumos como medicamentos, e não existe legislação nacional determinando o fornecimento de dieta industrializada para uso domiciliar. A terapia alimentar, nos casos de necessidades alimentares especiais, difere muito conforme o tipo de alteração fisiológica e metabólica de cada indivíduo, devendo ser orientada por nutricionista. Os sujeitos que mais demandam a TNE são, os desnutridos, os em risco nutricional. Neste caso a TNE domiciliar é a mais indicada e no Brasil, sendo uso de dietas/suplementos artesanais e/ou semi-artesanais incentivado nestes pacientes como primeira escolha. Não há evidências científicas que mostrem prejuízo na absorção de nutrientes provenientes de fórmula nutricional com alimentos na inexistência de disfunções absorptivas no sistema digestório e de doenças que demandam necessidades especiais de

nutrientes que não possam ser suprimidos com a dieta artesanal. Mesmo em situações especiais, a dieta artesanal pode ser modificada e adequada às necessidades especiais dos pacientes. Assim do ponto de vista de efeito nutricional se comparadas a dieta artesanal e industrializada tem o mesmo efeito e podem ser indistintamente usadas, sendo a artesanal, ser a primeira opção para o uso domiciliar. Não há indicação de uso de fórmulas no SUS ou na literatura para pacientes com TARE ou TEA. Vale ressaltar que há evidências na literatura que no tratamento do TARE em pacientes autistas, as intervenções comportamentais são viáveis e potencialmente eficazes nessa população com participação de equipe multiprofissional.

IV - REFERÊNCIAS:

- 1) Perguntas & respostas. Fórmulas para nutrição enteral. Anvisa GERÊNCIA-GERAL DE ALIMENTOS Gerência de Registro de Alimentos, 1ª edição Brasília, 1 de julho de 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/2810640/F%C3%B3rmula+para+nutri%C3%A7%C3%A3o+enteral/a26b2476-189a-4e65-b2b1-4b94a94a248c>.
- 2) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cuidados em terapia nutricional 1ª ed. Brasília: 2015. 3v. (Caderno de Atenção Domiciliar; v.3). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_vol3.pdf.
- 4) Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Protocolo para dispensação de fórmulas industrializadas. Belo Horizonte. 2019. 19p. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2022/protocolo_dispensacao_formulas_alimentares_industrializadas-atualizacao-jun-2019.pdf.
- 5) Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. **Child Adolesc Psychiatric Clin N Am.** 2008;18:17-30. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19014855/>

- 6) Hambleton A, Pepin G, Le A, Maloney D; National Eating Disorder Research Consortium; Touyz S, Maguire S. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. **J Eat Disord.** 2022;10(1):132. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9442924/>.
- 7) Sampaio ABM, Nogueira TL, Grigolon RB, Roma AN, Pereira LE, Dunker KLL. Seletividade alimentar: uma abordagem nutricional. **J. Bras. Psiquiatr.** 2013;62(2): Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/XMDX3Wc8Xn7XbcYvRfjdSpd/?format=pdf&lang=pt>.
- 8) Bourne L, Mandy W, Bryant-Waugh R. Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: A scoping review. **Dev Med Child Neurol.** 2022;64(6):691-700. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/35112345/>.
- 9) Dovey TM, Kumari V, Blissett J. Mealtime Hostage Parent Science Gang. Eating behaviour, behavioural problems and sensory profiles of children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), autistic spectrum disorders or picky eating: Same or different? **Eur Psychiatry.** 2019;61:56-62. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31310945/>.
- 10) Maniglia FP, Pagnani ACC, Nascimento GG. Desenvolvimento de dieta enteral artesanal com propriedades funcionais. **Rev Bras Nutr Clin** 2015; 30(1): 66-70. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/11/12 -Desenvolvimento-de-dieta-enteral.pdf>.
- 11) Bogoni A CRK. **Atenção domiciliar a saúde: proposta de dieta enteral artesanal com alimentos de propriedades funcionais.** 2012.133f Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, PR. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2013/mestrado/Anna%20Claudia%20da%20Rocha%20Klarmann.pdf>.
- 12) Centro Colaborador do SUS: Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde CCATES Faculdade de Farmácia UFMG. Parecer Técnico Científico PTC02/15. Avaliação comparativa de dietas e suplementos para terapia

nutricional. Belo Horizonte. 2015. 69p. Disponível em: http://www.ccates.org.br/content/_pdf/PUB_1429797_866.pdf.

13) 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.

V – DATA:

12/06/2024

NATJUS – TJMG