

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara Única

COMARCA: Taiobeiras

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0010231

IDADE: 1 ano

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 P77

PEDIDO DA AÇÃO: Fórmula infantil Aptamil Peptil

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Alergia à proteína do leite de vaca

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 99.435

II – PERGUNTAS DO JUÍZO: Oficie-se ao NATJUS, com cópia da inicial, do relatório médico, do receituário e dos documentos médicos constantes do evento 1, DOCUMENTOS2, para emissão de nota técnica, no prazo de 10 dias, acerca da indicação, adequação, existência de alternativa terapêutica disponível no SUS e quantidade mensal da fórmula nutricional prescrita, sem prejuízo do imediato cumprimento da tutela ora deferida, diante da urgência reconhecida.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documento médico, datados de 06/05/2026, trata-se de lactente, de 3 meses de idade, com história de prematuridade, necessidade de CPAP, fototerapia cursando com melhora. Aos 33 dias de vida apresentou sepse associada a enterocolite necrotizante. Submetido a ressecção intestinal e ileostomia terminal e sepultamento cólon transverso. Nesta internação quadro sugestivo de endocardite infecciosa, tratada com antibioticoterapia venosa, sem confirmação posterior. Apresenta distúrbio de absorção intestinal, sendo iniciado fórmula extensivamente hidrolisada (Pregomin Pepti), com boa aceitação clínica e nutricional. Necessita formal e imprescindível de dieta especializada com fórmula semi-elementar/extensamente hidrolisada (Pregomin Pepti) 120ml 8vezes/dia, essencial para a manutenção do

estado nutricional da criança, devido ao risco de má absorção, desnutrição e complicações clínicas fatais. A Secretaria Municipal de Saúde de Taiobeiras, em 04/05/2026, manifestou que Pregomin Pepti ou equivalente nutricional não faz parte do Componente Básico, Especializado e Estratégico da Assistência Farmacêutica e não pertence a REMUME não sendo fornecida pelo município. Tutela de urgência já definida.

A síndrome da má absorção é uma condição complexa considerada como distúrbio em que o intestino delgado não consegue absorver adequadamente os nutrientes dos alimentos. Apresenta múltiplas manifestações clínicas, caracterizada pela passagem defeituosa de um ou mais nutrientes através da mucosa intestinal para a corrente sanguínea/linfática. Vários distúrbios congênitos como defeitos de proteínas transportadoras mucosas ou adquiridos como **procedimentos cirúrgicos**, doenças ou condições originadas ou afetando o intestino delgado, o pâncreas, o fígado, o trato biliar e o estômago **podem causar má absorção seletiva ou global em crianças e adultos**. Os procedimentos cirúrgicos podem resultar em intestino curto com todas as suas repercussões, sendo muito comum em ressecares por enterocolite necrotizante.

Os sintomas da má absorção serão determinados pelo tipo e quantidade de substratos mal absorvidos, pela deficiência dos nutrientes mal absorvidos, pela doença de base e pelas consequências do acúmulo do substrato mal absorvido no lúmen do trato gastrointestinal. Os sintomas de má absorção causados pela deficiência de nutrientes **incluem: anemia, perda de peso, edema, sangramento, osteomalácia, disfunção sexual** e os os sintomas de má absorção causados pelo excesso de substrato no intestino incluem: **esteatorreia, diarreia, distensão e/ou dor abdominal, cálculos renais**. Clinicamente, diarreia e esteatorreia tem sido consideradas as manifestações fundamentais da má absorção, embora sejam apenas uma parte do

amplo espectro de apresentações clínicas, que vão desde assintomático até envolvimento sistêmico. Na criança perda ponderal, desnutrição, distúrbio hidroeletrólítico e incapacidade de crescimento, são tanto mais expressivos, quanto mais nova for a criança.

O reconhecimento precoce da má absorção é fundamental para identificar a causa e instituir o tratamento adequado adequado. Vários exames, como endoscopia com biópsias do intestino delgado, testes funcionais não invasivos e imagens radiológicas, são úteis no diagnóstico de má absorção, porém **não há teste de diagnóstico universal para má absorção.** O diagnóstico de má absorção **pode ser feito em caso de evidência clínica e laboratorial de deficiência de micro ou macronutrientes em um paciente que tenha um hábito alimentar adequado e nenhum aumento das necessidades nutricionais explicando essa condição, e em caso de evidência de uma condição médica ou cirúrgica que leve à má absorção.** Muitas vezes é uma combinação de exames e uma abordagem sistemática que ajudam a identificar as causas e as deficiências nutricionais associadas. A suspeita geralmente surge a partir do histórico clínico do paciente, exames físicos e resultados de testes laboratoriais de rotina. Além disso, a presença de doenças gastrointestinais, pancreáticas, hepáticas ou biliares deve levantar a suspeita do quadro.

Apesar da relevância da má absorção, tanto em termos de epidemiologia quanto de implicações clínicas, nenhuma diretriz formal ou consenso sobre esse tópico tenha sido publicado. O tratamento envolve aconselhamento dietético que pode incluir modificações na dieta (conteúdo de macronutrientes, distribuição de refeições, textura), suplementação nutricional e fortificação alimentar dependendo do tipo de má absorção apresentada. Geralmente, uma dieta rica em proteínas e calorias, e com teor de gordura baixo a moderado, para minimizar a esteatorreia está recomendada. **Quando a alimentação convencional não é suficiente, a terapia nutricional se torna necessária, seja por meio de suplementos nutricionais orais, nutrição enteral, ou nutrição parenteral**

para insuficiência intestinal grave. Em caso de deficiência de vitaminas ou minerais, a suplementação de micronutrientes deve ser feita por via oral ou enteral, se segura e eficaz. Caso contrário, outras vias (intramuscular, sublingual, parenteral) podem ser consideradas.

Nos casos de má absorção por ressecção intestinal a depender do segmento ressecado o tratamento pode ser específico. Ressecções ileais, como no caso em tela determinam diarreia intensa e a má absorção aparece quando > 100 cm de íleo foram ressecados, pois o íleo é o local de absorção de vitamina B12 e de ácidos biliares. Notavelmente, não há nenhuma adaptação compensatória do jejuno restante e conseqüentemente, ocorre má absorção de gorduras, de vitaminas lipossolúveis e de vitamina B12. Além disso, ácidos biliares não absorvidos no colo provocam diarreia secretora. A preservação do colo pode reduzir de modo significativo as perdas de água e eletrólitos. A ressecção do íleo terminal e da valva ileocecal pode predispor ainda pode predispor ao hipercrecimento bacteriano do intestino delgado.

Como o intestino não se regenera, mas se adapta à medida que a criança cresce, o intestino apresenta um crescimento proporcional. O trabalho de reabilitação intestinal multidisciplinar focada no suporte nutricional, adaptação do órgão e prevenção de complicações é vital nesta fase. Visa estimular a parte preservada, calculando a quantidade adequada de alimentação parenteral ou enteral que cada criança necessita, a partir do grau de adaptação intestinal que depende da anatomia residual do intestino. Pacientes com < 100 cm de jejuno remanescente necessitam de nutrição parenteral. Já os com > 100 cm de jejuno remanescente podem alcançar nutrição adequada por meio de nutrição enteral oral. A fase de adaptação da síndrome do intestino curto é um processo espontâneo pós-ressecção que dura de 1 a 2 anos e se caracteriza por mudanças adaptativas do intestino delgado remanescente com intuito de aumentar a superfície absorptiva enquanto o tempo de trânsito intestinal normalmente diminui para maximizar o tempo disponível para absorção.

Esses processos são promovidos pela presença de nutrientes no intestino, secreções pancreáticas e biliares, e hormônios liberados pelo íleo e cólon. Dessa forma, fica clara a importância de uma dieta individualizada, otimizando hidratação e nutrição enteral (NE) a fim de reduzir a dependência do suporte nutricional e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. A NE oral o ideal é que 40% das calorias sejam constituídas gordura. As gorduras e proteínas da dieta são usualmente bem toleradas, diferentemente dos carboidratos, que contribuem de modo significativo para a carga osmótica. Refeições fracionadas reduzem o poder osmótico. de, sendo em geral, no lactente necessário o uso de fórmulas de forma a garantir um aporte definido e uma nutrição adequada, de modo a suprir as necessidades nutricionais dos primeiros 24 meses de vida, evitando complicações desnecessárias. A escolha das formulas infantis, irá variar caso a caso, respeitando critérios clínicos específicos. O acompanhamento multiprofissional e por especialista gastroenterologista está indicado para cuidados específicos, especialmente para orientação nutrológica e controle dos sintomas durante e logo após a internação. Após a recuperação do quadro e da função intestinal, poder-se-á cogitar a possibilidade de substituição das formulas.

As fórmulas nutricionais recomendadas são à base de: soja, proteína extensamente hidrolisada com ou sem lactose e de aminoácidos, conforme a tolerância. Normalmente as fórmulas nutricionais à base de soja (FS) não são recomendadas para crianças menores de 6 meses devido aos riscos de efeitos adversos. As fórmulas de proteína extensamente hidrolisada (FEH), como o Pregomin pepti são em geral bem toleradas em 90% dos casos, sendo a primeira opção, para todas as crianças até 24 meses, assim como o são na APLV não mediada por IgE. Estas FEH garantem que a proteína inteira do leite seja fragmentada em pedaços microscópicos facilitando sua absorção e evitando que o sistema imunológico do bebê a reconheça como agentes

alérgicos. Aquelas crianças que pacientes que não tolerarem as FEH e/ou apresentarem sintomas graves (desnutrição protéico-energética moderada ou grave, colite, enterocolite, esofagite sangramento intestinal intenso e anemia grave, hipoproteinemia e sinais de alergia como dermatite atópica grave e generalizada,) com comprometimento no crescimento. Podem necessitar de fórmulas à base de aminoácidos (FAA).

No Brasil, estas formulas são recomendadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria na APLV até a idade de 2 anos. No Sistema Único de Saúde (SUS) a CONITEC recomendou a incorporação de 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, sem especificações de marcas como a solicitada, estando disponíveis nesta situação. Importante ressaltar que as Secretarias Estaduais da Saúde são responsáveis pelo Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional. Neste bloco de financiamento baseados em PCDT, constam fórmulas hipoalergênicas, conforme é preconizado pelo protocolo de APLV e o Pacto pela Vida entre gestores do SUS, compromisso público de dar ênfase às necessidades de saúde da população e pontuando que o fornecimento de dieta alimentar especial marco do papel do Estado. Entretanto o cuidado básico a saúde se traduz no papel do município no caso do criança. Assim a responsabilidade da distribuição das fórmulas alimentares especiais às crianças é solidária dos estados, juntamente aos municípios.

Conclusão: trata-se de lactente, de 3 meses de idade, com história de prematuridade, necessidade de CPAP, fototerapia cursando com melhora. Aos 33 dias de vida apresentou sepse associada a enterocolite necrotizante. Submetido a ressecção intestinal e ileostomia terminal e sepultamento cólon transverso. Nesta internação quadro sugestivo de endocardite infecciosa, tratada com antibioticoterapia venosa, sem confirmação posterior. Apresenta distúrbio de absorção intestinal, sendo

iniciado fórmula extensivamente hidrolisada (Pregomin Pepti), com boa aceitação clínica e nutricional. Necessita, formal e imprescindível, de dieta especializada com fórmula semi-elementar/extensivamente hidrolisada (Pregomin Pepti) 120ml 8vezes/dia, essencial para a manutenção do estado nutricional da criança, devido ao risco de má absorção, desnutrição e complicações clínicas fatais. A Secretaria Municipal de Saúde de Taiobeiras, em 04/05/2026, manifestou que o Pregomin Pepti ou equivalente nutricional não faz parte do Componente Básico, Especializado e Estratégico da Assistência Farmacêutica e não pertence a REMUME não sendo fornecida pelo município. Tutela de urgência já definida.

Nos casos de má absorção por ressecção intestinal a depender do segmento ressecado o tratamento pode ser específico. Ressecções ileais, como no caso em tela determinam diarreia intensa e a má absorção aparecem quando > 100 cm de íleo foram ressecados, pois o íleo é o local de absorção de vitamina B12 e de ácidos biliares. Notavelmente, não há nenhuma adaptação compensatória do jejuno restante e conseqüentemente, ocorre má absorção de gorduras, de vitaminas lipossolúveis e de vitamina B12. Além disso, ácidos biliares não absorvidos no colo provocam diarreia secretora. A preservação do colo pode reduzir de modo significativo as perdas de água e eletrólitos. A ressecção do íleo terminal e da valva ileocecal pode predispor ainda pode predispor ao hipercrecimento bacteriano do intestino delgado.

Como o intestino não se regenera, mas se adapta à medida que a criança cresce, o intestino apresenta um crescimento proporcional. O trabalho de reabilitação intestinal multidisciplinar focada no suporte nutricional, adaptação do órgão e prevenção de complicações é vital nesta fase. Visa estimular a parte preservada, calculando a quantidade adequada de alimentação parenteral ou enteral que cada criança necessita, a partir do grau de adaptação intestinal que depende da anatomia residual do intestino. Pacientes com < 100 cm de jejuno remanescente necessitam de

nutrição parenteral. Já os com > 100 cm de jejuno remanescente podem alcançar nutrição adequada por meio de nutrição enteral oral. A fase de adaptação da síndrome do intestino curto é um processo espontâneo pós-resssecção que dura de 1 a 2 anos e se caracteriza por mudanças adaptativas do intestino delgado remanescente com intuito de aumentar a superfície absorptiva enquanto o tempo de trânsito intestinal normalmente diminui para maximizar o tempo disponível para absorção. Esses processos são promovidos pela presença de nutrientes no intestino, secreções pancreáticas e biliares, e hormônios liberados pelo íleo e cólon. Dessa forma, fica clara a importância de uma dieta individualizada, otimizando hidratação e NE a fim de reduzir a dependência do suporte nutricional e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. A NE oral o ideal é que 40% das calorias sejam constituídas gordura. As gorduras e proteínas da dieta são usualmente bem toleradas, diferentemente dos carboidratos, que contribuem de modo significativo para a carga osmótica. Refeições fracionadas reduzem o poder osmótico. de, sendo em geral, no lactente necessário o uso de fórmulas de forma a garantir um aporte definido e uma nutrição adequada, de modo a suprir as necessidades nutricionais dos primeiros 24 meses de vida, evitando complicações desnecessárias. A escolha das formulas infantis, irá variar caso a caso, respeitando critérios clínicos específicos. O acompanhamento multiprofissional e por especialista gastroenterologista está indicado para cuidados específicos, especialmente para orientação nutrológica e controle dos sintomas durante e logo após a internação. Após a recuperação do quadro e da função intestinal, poder-se-á cogitar a possibilidade de substituição das formulas.

As fórmulas nutricionais recomendadas são à base de: soja, proteína extensamente hidrolisada com ou sem lactose e de aminoácidos, conforme a tolerância. Normalmente as FS não são recomendadas para crianças menores de 6 meses devido aos riscos de

efeitos adversos. As FEH, como o Pregomin pepti são em geral bem toleradas em 90% dos casos, sendo a primeira opção, para todas as crianças até 24 meses, assim como o são na APLV não mediada por IgE. Estas FEH garantem que a proteína inteira do leite seja fragmentada em pedaços microscópicos facilitando sua absorção e evitando que o sistema imunológico do bebê a reconheça como agentes alérgicos. Aquelas crianças que pacientes que não tolerarem as FEH e/ou apresentarem sintomas graves (desnutrição protéico-energética moderada ou grave, colite, enterocolite, esofagite sangramento intestinal intenso e anemia grave, hipoproteinemia e sinais de alergia como dermatite atópica grave e generalizada,) com comprometimento no crescimento. Podem necessitar de FAA.

Vale ressaltar que o caso em tela trata de solicitação de procedimento diverso, não contemplado pelo SUS, mas que a indicação não está prevista, porém apresenta imprescindibilidade para o tratamento da criança. Assim há necessidade de melhor compreensão do gestor de saúde local/estadual de modo a viabilizar a liberação da fórmula requerida.

Importante salientar que Secretarias Municipais e Estaduais da Saúde são responsáveis pela aquisição de fórmulas hipoalergênicas, conforme preconizado pelo protocolo de APLV e o Pacto pela Vida entre gestores do SUS, compromisso público de dar ênfase às necessidades de saúde da população. É pontuado que o fornecimento de dieta alimentar especial se insere no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, marco do papel do Estado mas que também faz parte da atenção primária, marco do papel do município. Assim esta responsabilidade é solidária entre Estado e Município.

IV – REFERÊNCIAS:

1) Lenti MV, Hammer, HF Tacheci, I Burgos, R Schneider, S Foteini, A Derovs, A Keller, J Broekaert, I Arvanitakis, M Dumitrascu, DL Segarra-Cantón, O Krznarić, Ž Pokrotnieks, J Nunes, G Hammer, J Pironi, L

Sonyi, M Sabo, CM Mendive, J Nicolau, A Dolinsek, J Kyselova, D Laterza, L Gasbarrini, A Surdea-Blaga, T Fonseca, J Lionis, C Corazza, GR, Di Sabatino A. European Consensus on Malabsorption - UEG & SIGE, LGA, SPG, SRGH, CGS, ESPCG, EAGEN, ESPEN, and ESPGHAN. Part 1: Definitions, Clinical Phenotypes, and Diagnostic Testing for Malabsorption. **United European Gastroenterol J.** 2025;13: 599-613. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ueg2.70012>.

2) 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.

3) Adami FS, Conde SR. **Alimentação e nutrição nos ciclos da vida**. Lajeado: Ed. da Univates, 2016. 97 p. Disponível em: https://www.univates.br/editora-univates/media/publicacoes/194/pdf_194.pdf.

4) 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

5) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília, 2019. 265p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portal>

dab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf.

6) Danone Nutricia. Fórmula infantil Aptamil pepti 800g. Disponível em: [https://www.danonenutricia.com.br/produtos/infantil/formulas-](https://www.danonenutricia.com.br/produtos/infantil/formulas-infantis/aptamil-pepti-800g7)

[infantis/aptamil-pepti-800g7\)](https://www.danonenutricia.com.br/produtos/infantil/formulas-infantis/aptamil-pepti-800g7)

7) Monte CMC, Giugliani ERJ Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **J. Pediatr.** 2004;80(5 suppl): Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/yQR8jg4Y6x9VcWtBq6nBT4Q/?lang=pt&format=html>

8) Fernandes BS, Carvalho EAA, Andrade RG, Simão MTJ, Fonseca MC, Silva AF. Cartilha de Orientação Nutricional Infantil. Belo Horizonte, 32p. Disponível em: https://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/cartilhas/Cartilha_Orientacao_Nutricional_12_03_13.pdf.

9) Machado HJMSA, machado AMA, Silva ADCF da, Porto CC de P, Cassarà LS, Oliveira LMP de, Barbosa MEFC. Manejo da Síndrome do Intestino Curto: uma revisão literária. BJHR. 2024;7(4):1-34. Disponível em [Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/72374](https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/72374)

V – DATA:

29/09/2026

NATJUS – TJMG