

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara única

COMARCA: Taiobeiras

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0009353 e 10477

IDADE: 45 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: G40, G80

PEDIDO DA AÇÃO: Dieta Trophic basic sabor baunilha 28 medidas ao dia

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Paralisia cerebral e epilepsia

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CNR 9-21.952 e CRMMG 9.345

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

- a) Há evidência científica para o uso do produto no quadro de paralisia cerebral e epilepsia do autor?
- b) Existem alternativas terapêuticas ou nutricionais incorporadas ao SUS (Relação Nacional de Medicamentos - RENAME) que atendam à necessidade do paciente?
- c) O insumo pode ser substituído por dieta enteral artesanal ou módulos nutricionais já padronizados?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação medica e nutricional apresentada, data de 14 e 18/03/2024, trata-se de **paciente de 43 anos com diagnóstico poliomielite e hidrocefalia. Acamado desde a infância, alimentando-se via SNE. Em acompanhamento nutricional, fonoaudiológico, e da atenção primária, avaliação neurológica e reabilitação fisioterápica sem sucesso. Avaliação antropométrica** Peso 43,4kg altura 1,48m IMC 22,1Kg/m2, **classificação eutrófico. Uso de fenitoina, fenobarbital, carbamazepina fornecidas pelo SUS e fraldas geriátricas M. Necessita manutenção do fornecimento das drogas, de fraldas e de aporte nutricional de alta densidade (1,5kcal/ml) com suplemento enteral polimétrico hiperprotéico e hipercalórico Trophic Basic pó sabor baunilha(mais tolerável) ou Nutren 300ml, 3 vezes/dia totalizando 30**

latas/mês, para suprir a necessidade energética diária, devido as condições neurológicas do paciente. **Negativa das Secretarias Municipal de Saude de Indaiabira e Estadual de Minas Gerias sob alegação que o suplemento não está contemplado no Componentes Especializado da Assistência Farmacêutica e nos programas de medicamentos estratégicos e básicos.**

A paralisia cerebral (PC) descreve um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento, movimento e postura atribuído a distúrbio não progressivo que ocorre durante o desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil, podendo contribuir para limitações no perfil de funcionalidade da pessoa. A desordem motora na paralisia cerebral pode ser acompanhada ou não por problemas musculoesqueléticos e distúrbios sensorial, perceptivo, cognitivo, de comunicação e comportamental, que se manifestam com intensidade variável e podem ser modificados com uso de tecnologia assistiva adequada. Assim, não existe uma possibilidade de se estabelecer correlação direta entre o repertório neuromotor e o cognitivo nestes pacientes. A PC não tem cura, e seu tratamento deve envolver equipe multidisciplinar, com profissionais de diversas áreas. Mesmo não havendo tratamento para PC, é possível, com uso de tecnologia assistiva, controlar sintomas e melhorar a qualidade de vida. Nos casos graves resulta em restrição do paciente ao leito e dependência total para as atividades da vida diária. A ausência de condições pessoais para o autocuidado, implica na necessidade de dependência de terceiro determinando, muitas vezes o uso de fraldas e dietas enterais.

Mesmo quando adequadamente nutridas, pessoas com PC são menores que as que não tem deficiência, possivelmente, pela inatividade física, forças mecânicas sobre ossos, articulações e musculatura, fatores endócrinos, altas prevalências de prematuridade e baixo peso ao nascer. Os fatores que conferem menor crescimento linear e da massa corpórea às pessoas com PC parecem atuar de maneira sinérgica afetando o

crescimento em cada uma de suas dimensões, incluindo diminuição do crescimento linear, do ganho de peso e alterações na composição corporal como o decréscimo na massa muscular, massa gordurosa e densidade óssea. Atingir índices antropométricos de peso e altura da população geral não deve constituir metas ideais quando tratamos de saúde de pessoas com PC.

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).

Desde de 2011 o Ministério da Saúde instituiu no Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Melhor em Casa, representando pelo NASF-AB e AC, 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 apresentam em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. O usuário deve procurar a unidade de saúde candidatar-se ao Programa, que dará os encaminhamentos pertinentes de modo a melhor atender as demandas apresentadas. A dispensação de fraldas está prevista no SUS por meio do Programa Farmácia Popular aos pacientes geriátricos ou com incontinência, desde que o paciente seja deficiente ou tenha idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Para a obtenção deste benefício o paciente deverá apresentar prescrição, laudo ou atestado médico que indique a necessidade do uso de fralda, no qual também conste, a hipótese de paciente com deficiência, e sua respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID). É importante destacar que em

nenhum programa está prevista definição de marca, já que não existe embasamento técnico para tal.

Não há normativas técnicas específicas determinando a necessidade diária de fraldas/dia, existindo descritos da necessidade de um número médio de 4 unidades/dia, ou seja 120unidades/mês.

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, quem determinará o tipo e volume de dieta necessário a cada caso. Os pacientes que mais demandam a TNE são, além dos desnutridos, os em risco nutricional e os com doenças que resultam na impossibilidade de mastigação e deglutição, como no AVE, câncer de cabeça, pescoço ou esôfago, doenças neurológicas em estágios avançados (Parkinson e Alzheimer). Frequentemente, nestas situações, há indicação de TNE prolongada, sem necessidade de manutenção da internação hospitalar, por estabilização clínica do paciente, sendo a terapia nutricional enteral domiciliar mais indicada. Neste caso a TNE domiciliar é a mais indicada e no Brasil, o uso de dietas artesanais e/ou semi-artesanais incentivado nestes pacientes.

O Sistema Único de Saúde (SUS), não trata as dietas e insumos como medicamentos, assim não existe no SUS legislação nacional determinando 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, quando esgotadas todas as outras alternativas terapêuticas, existem diretrizes regulatórias loco-regionais, como em Belo Horizonte, Ipatinga, Betim para regulamentar a disponibilização de dieta industrializada.

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 nestes pacientes com doenças crônicas nos quais o uso prolongado dessas fórmulas pode ser necessário. Além disto beneficiam a flora intestinal favorecendo pacientes e excluindo a necessidade de fibras artificiais. Podem ser indicadas para pacientes estáveis clinicamente, com doenças crônicas ou em tratamento paliativo. 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, usado por um tempo definido.**

As dietas industrializadas são regulamentadas pela ANVISA e contêm macro e micronutrientes em proporções padronizadas. dieta padrão contém proteínas, lipídios, carboidratos, vitaminas e minerais, necessários à nutrição de indivíduos normais. **Apresentam custo mais elevado, maior controle de qualidade sanitária, maior comodidade de preparação e composição química definida.** A fórmula nutricional **hiperproteica e hipercalórico é um suplemento para nutrição enteral e oral, isenta lactose**, destinada para nutrição de pessoas com necessidades especiais, **proporcionando a manutenção ou recuperação de seu estado nutricional indicado para idosos, adultos e crianças a partir dos 10 anos de idade.** Entretanto do ponto de vista de **efeito nutricional se comparadas, a dieta industrializadas e artesanais têm o mesmo efeito, tal que podem ser usadas indistintamente.**

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.** Mesmo em dietas especiais, a dieta artesanal pode ser modificada e adequada às necessidades especiais com o uso de soja como proposto no caso. Do ponto de vista de efeito nutricional se comparadas a dieta artesanal e industrializada tem o mesmo efeito, de modo que podem ser usadas indistintamente, devendo, a artesanal, ser a primeira opção para o uso domiciliar em quantidade adequada para cada caso.

A epilepsia é uma desordem caracterizada por predisposição

permanente do cérebro em originar crises epiléticas. A crise epilética é um distúrbio transitório da função cerebral, secundário a atividade neuronal anormal, paroxística resultando em sinais ou sintomas clínicos secundários transitórios. As crises **causam consequências cognitivas, psicológicas, neurobiológicas e sociais**, e nos casos graves, lesão permanente do sistema nervoso central, sequelas e dependência para as atividades diárias da vida. Seu tratamento visa propiciar uma melhor qualidade de vida, maior possibilidade de reduzir o prejuízo e comprometimento do desenvolvimento do paciente, pelo alcance de adequado controle de crises, com mínimo de efeitos adversos, buscando, idealmente, a remissão total das crises. A seleção do fármaco deve levar em **consideração a eficácia clínica na prevenção de crises, os efeitos adversos, a tolerabilidade individual das crianças e a facilidade de administração**. A base do tratamento da epilepsia é o uso de fármacos anti epiléticos (FAE), com drogas bloqueadoras dos canais de sódio ou canais de cálcio, drogas que se ligam à proteína SV2A da vesícula sináptica, ou que aumentam a inibição GABAérgica. Cerca de **20%- 30% dos pacientes apresentam epilepsia refratária a medicamentos**, neste grupo a **terapia não medicamentosa**: cirurgia, estimulação do nervo vago e uso de dietas cetogênicas **podem ser usadas**.

No SUS as alternativas de terapêutica farmacológica para o tratamento da **epilepsia estão previstas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica da Epilepsia (PCDT) e disponibilizadas por meio dos Componentes Básico (CBAF) e Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**. O PCDT recomenda **monoterapia com drogas clássicas do CBAF como fenobarbital, fenitoína, primidona, topiramato, lamotrigina, carbamazepina e valproato de sódio**. Se ocorrer falha do tratamento com o primeiro fármaco, este deve ser substituído gradualmente por outra droga de primeira escolha, mantendo-se monoterapia. Na falha da segunda tentativa de monoterapia, a combinação de dois FAE deve ser tentada. As drogas descritas no PCDT, disponíveis no CEAF para terapia adjuvante são:

topiramato, clobazam, vigabatrina, lamotrigina, ácido valpróico, gabapentina, carbamazepina, levetiracetam.

Conclusão: no caso em tela, trata-se de **paciente de 43 anos com diagnóstico poliomielite e hidrocefalia, paralisia cerebral e epilepsia. Acamado desde a infância, alimentando-se via SNE. Acompanhamento nutricional, fonoaudiológico, e da atenção primária, avaliação neurológica e reabilitação fisioterápica sem sucesso. Avaliação antropométrica IMC 22,1Kg/m2, classificação eutrófico. Uso de fenitoina, fenobarbital, carbamazepina fornecidas pelo SUS e fraldas geriátricas M. Necessita manutenção do fornecimento das drogas, de fraldas e de aporte nutricional de alta densidade (1,5kcal/ml) com suplemento enteral polimérico hiperprotéico e hipercalórico Trophic Basic pó sabor baunilha(mais tolerável) ou Nutren 300ml, 3 vezes/dia totalizando 30 latas/mês, para suprir a necessidade energética diária, devido as condições neurológicas. Negativa das Secretarias de Saude de Indaiabira e Estadual sob alegação que o suplemento não está contemplado nos programas de medicamentos estratégicos e básicos e no Componentes Especializado da Assistência Farmacêutica**

A epilepsia é uma desordem caracterizada por predisposição permanente do cérebro em originar crises epiléticas. A crise epilética é um distúrbio transitório da função cerebral, secundário a atividade neuronal anormal, paroxística resultando em sinais ou sintomas clínicos secundários transitórios. As crises **causam consequências cognitivas, psicológicas, neurobiológicas e sociais inclusive com sequelas nos casos graves. Seu tratamento visa propiciar uma melhor qualidade de vida, maior possibilidade de reduzir o prejuízo e comprometimento do desenvolvimento do paciente, pelo alcance de adequado controle de crises, com mínimo de efeitos adversos, buscando, idealmente, a remissão total das crises. A seleção do fármaco deve levar em consideração a eficácia clínica na prevenção de crises, os efeitos adversos, a tolerabilidade individual das crianças e a facilidade de**

administração. A base do tratamento da epilepsia é o uso de FAE.

No SUS as alternativas de terapêutica farmacológica para o tratamento da epilepsia estão previstas PCDT e disponibilizadas por meio dos CBAF e CEAF. O PCDT recomenda monoterapia com drogas clássicas do CBAF como fenobarbital, fenitoína, primidona, topiramato, lamotrigina, carbamazepina, valproato de sódio e para terapia adjuvante: topiramato, clobazam, vigabatrina, lamotrigina, ácido valpróico, gabapentina, carbamazepina, levetiracetam. Assim as drogas solicitadas pelo paciente são disponíveis no SUS e já disponibilizadas ao mesmo.

A PC não tem cura, e seu tratamento deve envolver equipe multidisciplinar, com profissionais de diversas áreas. Mesmo não havendo tratamento para PC, é possível, com uso de tecnologia assistiva, controlar sintomas e melhorar a qualidade de vida. Nos casos graves resulta em restrição do paciente ao leito e dependência total para as atividades da vida diária. A ausência de condições pessoais para o autocuidado, implica na necessidade de dependência de terceiro determinando, muitas vezes o uso de fraldas e dietas enterais. Mesmo quando adequadamente nutridas, pessoas com PC são menores que as que não tem deficiência, possivelmente, pela inatividade física, forças mecânicas sobre ossos, articulações e musculatura, fatores endócrinos, altas prevalências de prematuridade e baixo peso ao nascer. **Os fatores que conferem menor crescimento linear e da massa corpórea às pessoas com PC parecem atuar de maneira sinérgica afetando o crescimento em cada uma de suas dimensões, incluindo diminuição do crescimento linear, do ganho de peso e alterações na composição corporal como o decréscimo na massa muscular, massa gordurosa e densidade óssea. Atingir índices antropométricos de peso e altura da população geral não deve constituir metas ideais quando tratamos de saúde de pessoas com PC.**

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. Este suporte pode ser realizado por meio do Programa Melhor em Casa no SUS, indicado para pessoas clinicamente estáveis que necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito definitiva, na qual a atenção domiciliar, considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos. Visa a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador, fornecimento de insumos.

A dispensação de fraldas está prevista no SUS por meio do Programa Farmácia Popular aos pacientes geriátricos ou com incontinência, desde que o paciente seja deficiente ou tenha idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Para a obtenção deste benefício o paciente deverá apresentar prescrição, laudo ou atestado médico que indique a necessidade do uso de fralda, no qual também conste, a hipótese de paciente com deficiência, e sua respectiva CID. É importante destacar que em nenhum programa está prevista definição de marca, já que não existe embasamento técnico para tal. Também, não há normativas técnicas específicas determinando a necessidade diária de fraldas/dia, existindo descritos da necessidade de um número médio de 4 unidades/dia, (menor do que o requisitado), totalizando a necessidade mensal de 120unidades/mês.

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 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 à alimentação adequada e saudável.

No Brasil, o uso de dietas artesanais e/ou semi-artesanais é incentivado para indivíduos sob cuidados no domicílio, como primeira escolha, já que preparada de forma adequada, pode vir a suprir as

necessidades do paciente. Além disto, apresenta o mesmo efeito nutricional da dieta industrializada, tem maior concentração de probióticos, polifenóis e antioxidante é mais barata e se necessário pode, ser suplementada com insumos industrializados.

É importante destacar que:

- o tratamento suportivo, paliativo, reabilitador nesta condição de necessidade de terapia enteral, deve incluir não só o paciente, mas a família/cuidador com o apoio necessário para habilitá-los a tornarem cada vez mais autônomos para os cuidados adequados ao paciente, com supervisão de apoio multidisciplinar,
- Programa Melhor em Casa, representando pelo NASF-AB e AC, atende pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, está apto a dar este suporte e assim como o acompanhamento nutricional,
- a dispensação de fraldas está prevista no SUS no Programa Farmácia Popular aos pacientes geriátricos ou com incontinência urinária,
- os medicamentos prescritos fenitoina, fenobarbital e carbamazepina para epilepsia estão disponíveis nos SUS e conforme relato já dispensados ao paciente,
- mesmo quando adequadamente nutridas, pessoas com PC são menores que as que não tem deficiência,
- não há evidências no caso em tela que o paciente apresente comprometimento nutricional, avaliação antropométrica eutrófico,
- em que pese a prescrição médica e nutricional de dieta industrializada não há evidências de contra-indicações ao uso de dieta artesanal,
- a dieta artesanal deve-se primeira escolha, já que pode vir a suprir as necessidades do paciente.
- a dieta artesanal, apresenta o mesmo efeito nutricional da dieta industrializada, tem maior concentração de probióticos, polifenóis e antioxidante é mais barata e se necessário pode, ser suplementada com insumos industrializados,

- conforme a literatura não há benefícios nutricionais do uso exclusivo de dieta industrializada em adultos,
- não existe legislação nacional determinando o fornecimento de dieta industrializada para uso domiciliar.

V – REFERÊNCIAS:

- 1) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_2504_2016.html.
- 2) Parecer-técnico do Conselho Federal de Nutricionistas 2012. Disponível em: <http://www.crn8.org.br/noticias/2012/parecertecnico.pdf>.
- 3) 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%B3rmulas+para+nutri%C3%A7%C3%A3o+enteral/a26b2476-189a-4e65-b2b1-4b94a94a248c>.
- 4) Regulamento Técnico sobre Fórmulas Para Nutrição Enteral, seção I do capítulo III da RDC21/2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2015/rdc0021_13_05_2015.pdf.
- 5) Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para dispensação fórmulas alimentares para adulto e idoso. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=protocolo_dispensacao_formulas_alimentares_adultoseidosos.pdf.
- 6) Parecer-técnico do Conselho Federal de Nutricionistas 2012. Disponível em: <http://www.crn8.org.br/noticias/2012/parecertecnico.pdf>.
- 7) 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%20>

[Claudia%20da%20Rocha%20Klarmann.pdf](#).

8) 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-ental.pdf>.

9) Jansen AK, Henriques GS, Miranda LA, Guedes EG, Rodrigues AMS, Generoso SV. Terapia nutricional enteral domiciliar: promoção do direito humano à alimentação adequada. Anais do 7º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária da UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais, (UFMG). 2016. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/66003/2/Terapia_nutricional_enteral_domiciliar_promoção_do_direito_humano_à_alimentação_adequada.pdf

10) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral. Brasília, 2014. 1ª ed. 73p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_paralisia_cerebral.pdf.

11) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta no 17 21 de Junho de 2018. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Epilepsia. Brasília, Junho de 2018. 84p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_Epilepsia.pdf. Disponível em: <https://defensoria.mg.def.br/atuacao-extrajudicial-da-dpmg-facilita-fornecimento-gratuito-de-fraldas-geriatricas-pelo-municipio-de-belo-horizonte/#:~:text=O fornecimento do insumo pela,dos gastos com o produto.>

VI – DATA:

18/07/2026

NATJUS – TJMG