

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 7ª Câmara Cível

COMARCA: 2ª INSTÂNCIA

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0011042

IDADE: 3 anos

Sexo: Feminina

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 F68.1, F84.0, R73.9

PEDIDO DA AÇÃO: Suplemento alimentar Aptamil Soja 3

FINALIDADE / INDICAÇÃO: APLV não IgE mediada e TEA com seletividade alimentar

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 29.492, 56.763, 108.797

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

No caso concreto, a paciente comprovou que se enquadra na excepcionalidade descrita no Tema nº 6 do STF para o fornecimento do suplemento Aptamil Soja 3 para tratamento de seu quadro de APLV não IgE mediada e TEA com seletividade alimentar?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentação médica, datada de 18/08/2023, 19/09/2023, 06/12/2023, 07/03/2024, 17/07/2024, 10/12/2024 e 13/03/2026, trata-se de **criança em acompanhamento gastropediátrico, de 3 anos com APLV não mediada IgE mediada diagnosticada antes dos 5 meses de idade, transtorno do espectro autista (TEA) e seletividade alimentar. Inicialmente fez uso de FAA, porém posteriormente tolerou bem uso de fórmula de soja, com controle dos sintomas. Necessita do uso de fórmula láctea Aptamil Soja 3 800mg, 8 latas/mês, para garantir o fornecimento de alimento adequado.**

A alimentação da criança desde o nascimento e nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. A má alimentação está no topo do ranking dos fatores de risco relacionados

à carga global de doenças, que mais contribuem para a mortalidade, ocupando a segunda posição. O aleitamento materno é um importante componente da alimentação infantil ótima, pois o leite materno, isoladamente, é capaz de nutrir adequadamente as crianças nos primeiros 6 meses de vida; porém, a partir desse período, deve ser complementado. A adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso.

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 (p. ex: toxinas bacterianas presentes em alimentos contaminados) ou das propriedades farmacológicas de determinadas substâncias presentes em alimentos (p. ex: cafeína no café, tiramina em queijos maturados). As reações adversas não imunológicas podem ser desencadeadas também pela fermentação e efeito osmótico de carboidratos ingeridos e não absorvidos. **O exemplo clássico é a intolerância por má absorção de lactose.** Mais recentemente vem sendo valorizados também outros carboidratos não completamente absorvidos conhecidos pela sigla em inglês "**FODMAPs**": F= fermentável, O=oligossacarídeos (frutanos, galactooligosacarídeos), D= dissacarídeos (lactose, sacarose), M=monossacarídeos (frutose) e P=polióis (sorbitol). As reações imunológicas dependem de susceptibilidade individual e podem ser classificadas segundo o mecanismo imunológico envolvido mediados por anticorpos IgE ou não. Os alergênicos alimentares são na sua maior parte representados por glicoproteínas hidrossolúveis com peso molecular variando de 10 e 70 kDa, termoestáveis e resistentes à ação de ácidos e proteases, **que estimulam resposta imunológica humoral (IgE) ou celular, como a alergia a proteína do leite de vaca (APLV).** 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.

A forma grave refere-se à resposta imunológica anormal a um determinado alimento em hospedeiro suscetível, faz com que apresente síndromes clínicas ameaçadoras da vida. Essas reações são reproduzíveis a cada vez que o alimento é ingerido e, na maioria das vezes, independe da dose. Embora mais de 170 alimentos tenham sido reconhecidos como potencialmente alergênicos, uma pequena parcela entre eles tem sido responsabilizada pela maioria das reações ocorridas, destacando-se que a sensibilização a esses alérgenos comuns é variável segundo a idade dos pacientes e a região geográfica que habitam. Na infância, os alimentos mais responsabilizados pelas alergias alimentares em geral transitórias, são leite de vaca, ovo, trigo e soja. Menos de 10% dos casos persistem até a vida adulta. Entre os adultos, os alimentos mais relacionados a alergia são amendoim, castanhas, peixe e frutos do mar. Compreende anafilaxia precipitada por alimentos, que é mediada pela IgE, e a forma aguda da síndrome da enterocolite induzida por proteínas alimentares (FPIES - *Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome*), que, **supõe-se, é mediada por células**. Existe forte associação de história familiar de atopia, introdução precoce de leite de vaca, infecções de trato gastrointestinal em crianças de baixa idade e fatores ambientais.

Na APLV ocorre reação do sistema imunológico às proteínas do leite, principalmente à caseína (proteína do coalho) e às proteínas do soro (alfa-lacto albumina e beta-lactoglobulina). Existe forte associação de história familiar de atopia, introdução precoce de leite de vaca, infecções de trato gastrointestinal em crianças de baixa idade e fatores ambientais com a APLV. A suspeita de APLV inicia-se com a história clínica de exposição à proteína do leite de vaca e aparecimento de sintomas de alergia. As manifestações clínicas podem ser imediatas com os sintomas, ocorrendo até 2 horas após a exposição ao alérgeno, ou tardias quando os sintomas ocorrem a partir de 2 horas até vários dias depois. A reação humoral a

alérgenos alimentares se dá com formação de anticorpos específicos da classe IgE, que se fixam a receptores de mastócitos e basófilos. Contatos subsequentes com este mesmo alimento e sua ligação a duas moléculas de IgE próximas determinam a liberação de mediadores vasoativos e citocinas Th2. As manifestações imediatas mediadas por IgE são: anafilaxia, síndrome da alergia oral, urticária, angioedema, broncoespasmo, náusea, vômito, diarreia, dor abdominal. 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 generalizadas que tendem a confluir frequentemente. Esse quadro pode ser acompanhada de angioedema de lábio, ocular ou até mesmo de língua e úvula, seguido de acometimento adicional de pelo menos um dos seguintes sistemas orgânicos: respiratório (dispneia, sibilos/broncoespasmo, estridor, hipoxemia), cardiovascular (hipotensão, hipotonia, choque), gastrintestinal (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 envolvidos, mas sem comprometimento cutâneo, o que torna o diagnóstico muito mais difícil. As alergias alimentares não IgE mediadas caracterizam-se pela hipersensibilidade mediada por células. Embora pareçam ser mediadas por linfócitos T, tanto estas como as mistas ainda não foram esclarecida, pelo fato de que endoscopias e biópsias não são rotineiramente feitas. Nestas as manifestações são tardias e ocorrem sintomas relativos ao trato digestivo, havendo eventuais associações com sintomas respiratórios como: tosse crônica, rinoconjuntivite, estridor laríngeo, asma e/ou sintomas cutâneos como urticária e dermatite atópica. Os sintomas relativos ao trato digestivo são decorrentes de doença do refluxo gastroesofágico, constipação intestinal crônica, proctocolite, enteropatia, enterocolite, e exacerbação de cólicas, distensão

abdominal e a desaceleração ponderal, que não responde às medidas de apoio ou medicamentosas.

Na FPIES tem sido sugerido um papel chave das células T, com secreção de citocinas pró-inflamatórias que podem alterar a permeabilidade intestinal. **A FPIES aguda caracteriza-se por vômitos incoercíveis, palidez e/ou letargia dentro de 1-4 horas após a ingestão do alimento. Diarreia pode ocorrer dentro de 5-10 horas após a ingestão, particularmente no lactente jovem com fenótipo mais grave (menos de 30% são crianças maiores de um ano). O evento de FPIES aguda pode ser a primeira manifestação ou pode ocorrer quando o alérgeno alimentar for introduzido após um período de exclusão em pacientes portadores da forma crônica; seria um episódio de FPIES aguda na forma crônica da doença. A FPIES crônica compartilha características clínicas com a enteropatia induzida por proteínas alimentares, como síndromes de má absorção, anemia, diarreia e vômitos em crianças menores de nove meses; entretanto, nesses pacientes, a diarreia é um sintoma mais proeminente, mas não leva a distúrbios metabólicos e desidratação grave como na FPIES aguda. A FPIES ocorre também em crianças maiores e adultos, por exposição a peixe ou camarão. Ao contrário do que ocorre na proctocolite induzida pela proteína alimentar, a FPIES é rara em crianças em aleitamento materno exclusivo. A FPIES devida a alimentos sólidos ocorre, tipicamente, mais tarde do que leite de vaca e soja, provavelmente relacionada ao tempo de introdução na dieta da criança. A maioria dos pacientes de FPIES reage a um único alimento (65-80%), geralmente LV ou soja, contudo, os pacientes com FPIES por LV/soja podem reagir aos sólidos. A maioria das crianças com FPIES a sólidos reage a vários alimentos; particularmente àqueles com FPIES ao arroz, à aveia ou cevada apresentam sintomas relacionados a outros grãos.**

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 na criança e no teste de provocação 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. No entanto, os testes de desencadeamento são necessários para determinar, na FPIES, sua resolução ou a confirmação da forma crônica. O tempo de exclusão varia de 1 a 4 semanas no máximo. **Não há 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 é indicada. Estes exames devem ser interpretados por médico alergologista ou gastroenterologista.**

A APLV está relacionada com a imaturidade fisiológica presente nos 2 primeiros anos de vida e tende a desaparecer com o crescimento. Dessa forma, a exclusão da proteína alergênica da dieta pelo tempo necessário para adquirir tolerância é a única forma de tratamento da APLV. **Cerca de 90% dos portadores APLV vão adquirir tolerância imunológica até 2 a 3 anos de idade e não mais apresentarão alergia. Na APLV não IgE mediada, propõe-se reintrodução do leite de vaca de forma gradativa.** Na maioria das situações, há aquisição de tolerância às proteínas do leite de vaca até o terceiro ano de vida. 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 em crianças até 6 meses; prescrição de alimentação complementar até 24 meses de vida. A dieta de exclusão da(s) proteína(s) dos alimentos é fundamental. Assim a exclusão das proteínas do leite de vaca devem ser total, inclusive para a mãe caso a criança esteja

amamentando. **A prescrição de fórmulas infantis de modo a suprir as necessidades nutricionais dos primeiros 24 meses de vida deve respeitar critérios. As fórmulas nutricionais recomendadas são à base de: soja, proteína extensamente hidrolisada com ou sem lactose e de aminoácidos. Fórmulas nutricionais à base de soja (FS) como Aptamil não são recomendadas para crianças menores de 6 meses devido aos riscos de efeitos adversos, sendo indicadas como primeira opção somente para crianças de 24 meses com APLV mediadas por IgE. 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/ou apresentarem com sintomas graves (desnutrição protéico-energética moderada ou grave, colite, enterocolite, esofagite sangramento intestinal intenso e anemia grave, hipoproteïnemia, dermatite atópica grave generalizada,) e comprometimento no crescimento. O acompanhamento com um especialista está indicado para os cuidados específicos, especialmente para orientação nutrológica e controle dos sintomas durante e logo após internamento. Após a recuperação do quadro e da função intestinal, poder-se-á cogitar a possibilidade de substituição pelas FEH. Caso a criança em uso da FAA persistam como os sintomas após 15 dias de tratamento, o diagnóstico de APLV deve ser desconsiderado, o tratamento suspenso e a criança encaminhada ao gastroenterologista. Ao completar 12 meses recomenda-se que a criança tenha três principais refeições (desjejum, almoço e jantar) e duas merendas (frutas ou cereais ou tubérculos) e continue sendo amamentada na chamada alimentação complementar. O leite é o alimento essencial para o lactente, até os seis meses de idade da criança. A partir dos seis meses, alimentos complementares são introduzidos, mantendo-se a amamentação até os 24 meses ou mais,**

quando não é mais essencial na alimentação da criança e adulto podendo ser substituído por outras fontes proteicas.

A alimentação complementar é definida como a alimentação no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao leite materno ou em casos especiais a outros leites. Alimento complementar é qualquer alimento dado durante o período de alimentação complementar e que não seja leite materno. Os alimentos complementares podem ser preparados especialmente para a criança ou podem ser os alimentos consumidos pelos demais membros da família, modificados para atender às habilidades e necessidades da criança. No primeiro caso, são chamados alimentos transicionais, e no segundo, não há uma denominação específica. É consenso mundial de que não há nenhum benefício que possa ultrapassar os riscos e as desvantagens da introdução precoce de alimentos complementares, antes dos 180 dias de vida. Crianças amamentadas exclusivamente até os 6 meses adoecem menos de diarreia e não apresentam déficits de crescimento, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. É apenas a partir dos 6 meses de idade que as necessidades nutricionais do lactente não podem ser supridas apenas pelo leite humano e é nesta idade que a maioria das crianças atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção) que a habilita a receber outros alimentos que não o leite materno. Introduzir os alimentos complementares tardiamente também é desfavorável, porque o crescimento da criança pára ou se lentifica, e o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes aumenta. Os alimentos in natura ou minimamente processados devem ser a base da alimentação da criança e de toda família, ou seja, a maior parte dos alimentos consumidos devem ser desse grupo. Os alimentos minimamente processados passam por alguma modificação, como limpeza, remoção de partes indesejáveis, divisão, moagem, secagem, fermentação, pasteurização, refrigeração, congelamento ou processos semelhantes que

não envolvam a adição de sal, açúcar, óleos, gorduras ou qualquer outra substância ao alimento original. São eles feijões (leguminosas) – feijões de todas as cores, ervilha, lentilhas, grão-de-bico e outras leguminosas; **cereais** – arroz branco, integral ou parboilizado; milho em grão ou na espiga; grãos de trigo, farinhas de mandioca, de milho, de trigo ou de centeio; farinha, farelo ou flocos de aveia; macarrão ou massas frescas ou secas feitas com essas farinhas e água; **raízes e tubérculos** – batata, mandioca e outras raízes e tubérculos in natura ou embalados, fracionados, refrigerados ou congelados; **legumes e verduras** – legumes e verduras frescos; **frutas** – frutas frescas e secas, sucos naturais de frutas sucos de frutas pasteurizados (sem adição de açúcar ou outras substâncias ou aditivos); **carnes e ovos** (carnes, vísceras e outras partes internas de gado, porco, aves, pescados, frutos do mar e demais animais, bem como ovos); **leites** (leite humano, **leite de outros animais** (líquido ou em pó), **iogurte e coalhada**) sem adição de açúcar ou outra substância; **amendoim, castanhas e nozes** (castanhas, amêndoa, amendoim, avelã, nozes e outras oleaginosas sem sal/açúcar); **água própria para consumo; outros** (cogumelos frescos ou secos; especiarias e ervas frescas ou secas; sementes como linhaça, gergelim e chia; chás de camomila, erva cidreira, capim-limão, hortelã sem de açúcar). **Criança entre 6 meses e 2 anos, somente alguns alimentos processados podem fazer parte da alimentação. A alimentação deve ser equilibrada composta de proteínas, carboidratos e gorduras. Pode-se manter a amamentação por dois anos ou mais, aliado a alimentos de elevado valor nutricional.** Os hábitos alimentares da família são um fator de influência para que a criança se alimente de forma saudável. **A Pirâmide Alimentar e o Prato Saudável são ferramentas que podem apoiar as famílias em escolhas alimentares inteligentes.** Também é importante evitar o consumo de alimentos com excesso de sódio, açúcar e gordura saturada. Como fontes de proteínas são usadas habitualmente carnes e vísceras de boi, galinha e porco, além de ovos de galinha, leite e derivados. Os vegetais vegetais tubérculos, legumes, grãos, hortaliças

e frutas) e a gordura equilibrada nas proteínas e preparo dos alimentos.

A diversidade alimentar é uma das principais fontes de saúde, pois é o ponto inicial para que, em conjunto com o exercício físico, o sono de qualidade e a gestão do estresse, possamos 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. 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 do 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 mandioca, 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**.

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 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.

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda o uso de fórmulas na APLV até a idade de 2 anos. No 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. De tal feita, as fórmulas são indicadas neste protocolo e demais diretrizes existentes, inclusive da OMS para crianças de 0 a 24 meses com APLV, não existindo indicação para idades maiores. É importante salientar que, a responsabilidade da distribuição das fórmulas alimentares especiais às crianças é solidária dos estados e municípios.

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

avanzados. Conforme a **OMS e 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.**

Conforme especificação do fabricante a fórmula Aptamil Soja 3, hoje Aptanutri Soja 3 da Danone, é uma opção para famílias que buscam alternativas alimentares adequadas para crianças com alguma necessidade específica, como a APLV IgE mediadas, intolerância à lactose ou uma preferência por nutrição plant-based. É a primeira e única FS da categoria, que não contém fontes de proteína animal, possuindo vitaminas e minerais ajustados para a faixa etária, apoiando as crianças nesta fase crucial da vida, onde uma nutrição balanceada é essencial para apoiar seu rápido crescimento e desenvolvimento.

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 criança em acompanhamento gastropediátrico, de 3 anos com APLV não mediada IgE mediada diagnosticada antes dos 5 meses de idade, transtorno do espectro autista (TEA) e seletividade alimentar. Inicialmente fez uso de FAA, porém posteriormente tolerou bem uso de fórmula de soja, com controle dos sintomas. Necessita do uso de fórmula láctea Aptamil Soja 800mg, 8 latas/mês, para garantir o fornecimento de alimento adequado.

Alergia alimentar é o termo utilizado para descrever as reações adversas secundárias à ingestão de proteínas de alimentos ou aditivos alimentares, sendo APLV o termo utilizado para descrever as reações adversas secundárias à ingestão de proteínas do leite de vaca. Os alergênos alimentares são na sua maior parte representados por glicoproteínas hidrossolúveis com peso molecular variando de 10 e 70 kDa, termoestáveis e resistentes à ação de ácidos e proteases, 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.

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. O leite é o alimento essencial para o lactente,

até os seis meses de idade da criança. A partir dos seis meses, alimentos complementares são introduzidos. Ao completar 12 meses recomenda-se que a criança tenha três principais refeições (desjejum, almoço e jantar) e duas merendas (frutas ou cereais ou tubérculos) e continue sendo amamentada. A alimentação deve ser equilibrada composta de proteínas, carboidratos e gorduras. Pode-se manter a amamentação por dois anos ou mais, aliado a alimentos de elevado valor nutricional, quando o leite não é mais essencial na alimentação da criança e adulto podendo ser substituto por outras fontes proteicas. Os hábitos alimentares da família são um fator de influência para que a criança se alimente de forma saudável. A Pirâmide Alimentar e o Prato Saudável são ferramentas que podem apoiar as famílias em escolhas alimentares inteligentes. Também é importante evitar o consumo de alimentos com excesso de sódio, açúcar e gordura saturada. Como fontes de proteínas são usadas habitualmente carnes e vísceras de boi, galinha e porco, além de ovos de galinha, leite e derivados. Os vegetais vegetais tubérculos, legumes, grãos, hortaliças e frutas) e a gordura equilibrada nas proteínas e preparo dos alimentos.

A conduta na alergia alimentar e APLV 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 em crianças até 6 meses; prescrição de alimentação complementar até 24 meses de vida. A dieta de exclusão da(s) proteína(s) dos alimentos é fundamental. As fórmulas nutricionais recomendadas são à base de: FS, FHE com ou sem lactose e FAA. Fórmulas nutricionais à FS não são recomendadas para crianças menores de 6 meses devido aos riscos de efeitos adversos, sendo indicadas como primeira opção somente para crianças até 24 meses com APLV mediadas por IgE.

O SUS incorporou em 2018 as fórmulas nutricionais à FS, FEH com ou sem lactose e FAA para crianças de 0 a 24 meses com APLV, sem entretanto vincular uma marca. No SUS a FS está indicada até ocorrer

melhora completa dos sinais e sintomas e negatificação de marcadores ou quando a criança completar 2 anos de idade, obedecendo os critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Pediatria e não como requerido, aos 4 anos.

Alimento complementar é qualquer alimento dado durante o período de alimentação complementar e que não seja leite materno. Posteriormente a esta fase de transição da dieta onde os alimentos complementares podem ser preparados especialmente para a criança ou podem ser os alimentos consumidos pelos demais membros da família, modificados para atender às habilidades e necessidades da criança, teremos a alimentação usual da criança. Nesta fase os alimentos in natura ou minimamente processados (incluindo o grupo de leite) devem ser a base da alimentação da criança e de toda família, ou seja, a maior parte dos alimentos consumidos devem ser desse grupo. A adequação nutricional dos alimentos é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso. Os alimentos minimamente processados passam por alguma modificação, que não envolvam a adição de sal, açúcar, óleos, gorduras ou qualquer outra substância ao alimento original. São feijões; cereais; raízes e tubérculos; legumes e verduras; frutas; carnes e ovos; leites, leite de outros animais (líquido ou em pó), iogurte e coalhada (sem açúcar ou outra substância); amendoim, castanhas e nozes; água; outros.

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 têm demonstrado 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. Também é importante que os pais ou companheiros do paciente tomem consciência e se engajem ativamente no tratamento, sempre respeitando o processo do paciente. 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. 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, além de evitar discussões ou cobrança;
- **combinar com o paciente a introdução pontual de cada novo alimento ou forma de preparo;**
- **propor estratégias para, aos poucos, introduzir alimentação mais saudável** com introdução gradual de alimentos semelhantes ao aceito;

- **administrar a ansiedade por resultados** por parte do paciente e demais;
- **monitorar a carência de micronutrientes** e, quando houver necessidade, **receitar um suplemento alimentar infantil** que supra essas necessidades.

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.

A fórmula Aptanutri Soja 3 da Danone, é uma opção para famílias que buscam alternativas alimentares adequadas para crianças com alguma necessidade específica, como a APLV IgE mediadas, intolerância à lactose ou preferência por nutrição plant-based. É a primeira e única FS, que não contem fontes de proteína animal, possuindo vitaminas e minerais ajustados para a faixa etária, apoiando as crianças nesta fase crucial da vida, onde uma nutrição balanceada é essencial para apoiar seu rápido crescimento e desenvolvimento.

Vale ressaltar em que pese a prescrição médica, ainda que a FS esteja disponível no SUS, mas não o são especificamente para esta indicação e nem há nenhuma menção, no caso em tela, de situação complexa e/ou excepcional, na qual não exista outra fonte de energia tolerável na dieta da criança, que demonstre a necessidade de manter suplementação de dieta com FS já que nesta idade o uso de leite pode ser suprimido/substituído por outras fontes energéticas. Também não há evidências na literatura indicação de uso de fórmulas para pacientes com TARE ou TEA com anorexia, mas sim no tratamento do TARE em pacientes autistas, de intervenções comportamentais que são viáveis e potencialmente eficazes com participação de equipe multiprofissional. Assim o o caso em tela não se enquadra na necessidade de uso de proteína de leite de vaca e sim de uma alimentação adequada familiar que possa atender as necessidade nutricionais da criança.

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.
- 3) 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. 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) 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_Formulas_nutricionais_APLV.pdf. 6) 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%20-08%20-%20Consenso%20Brasileiro%20sobre%20Alergia%20Alimentar%20-%202007.pdf>.

8) Guia Prático de alimentação da criança de 0-5 anos Sociedade Brasileira de Pediatria. 2022. 18p. Departamento de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Guia_de_alimentacao_e_nutricao_-_versao_familias_compressed.pdf.

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, Maranhão 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

10) 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>

11) 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.

12) Viegas AAC. **Análise dos protocolos de alergia à proteína do leite de vaca em crianças de até 2 anos no Brasil.** Dissertação (mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Brasília 141p. 2021. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/54822/000250958.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

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/>

13) 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/>.

14) 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>.

15) 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.goog/35112345/>.

16) 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/>.

17) 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>.

18) 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>.

19) 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_1429797866.pdf.

20) 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.

21) Mundo Danone. Fórmula Infantil Aptanutri Soja 3 800g. Disponível em: <https://www.mundodanone.com.br/aptanutri-soja/p?srsId=AU7gw4XsBQo6Rk78WFL1auX7qhAZywlCL7zYJGuURwpdfmLebubp1Spk>

V – DATA:

29/09/2026

NATJUS – TJMG