

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara da Infância e Juventude de Montes Claros

COMARCA: Montes Claros

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0008372

IDADE: 04 anos

Sexo: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: Q80.8

PEDIDO DA AÇÃO: DIETA ENTERAL INDUSTRIALIZADA PADRÃO SOYA 1,5Kcal/ml com fibras ou ISOSOURCE 1,5Kcal/ml sem lactose e com fibras, na quantidade de 1 (um) litro por dia, 10 (dez) EQUIPOS por mês, 10 (dez) FRASCOS por mês e 10 (dez) SERINGAS DE 60 ml por mês, todos de uso contínuo.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Sequela de AVC.

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRN 0485 e CRMMG 26.376, 70.288, 70.514

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

a) o tratamento vindicado possui registro na ANVISA?; b) o tratamento encontra-se incluso em listas do SUS?; c) o tratamento ora vindicado, a despeito de ser registrado na Anvisa e encontrar-se incluído nas listas do SUS, encontra previsão para o quadro da parte requerente?; d) existe a possibilidade de substituição por outro tratamento para o quadro clínico que acomete a parte?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentos médicos datados de 29/01/2025, 04/02/2025, 06/02/2025, trata-se de criança de **04 anos com síndrome genética rara** de desordem do neurodesenvolvimento: com anomalia estruturais e facies dismórfica **relacionada a variante gene RAC3: NEDBAF, gastroparesia severa e muito baixo peso e estatura para idade (escoreZ<-3). Dificuldade no manejo nutricional por estase gastrica, vômitos desidratação e desnutrição, com necessidade de internações.**

Tentativas de uso de várias fórmulas enterais diferentes, porém só se adaptou com neoadvanced 1 kcal/ml - fórmula pediátrica a base de aminoácidos livres, apresentando baixa osmolalidade, alto teor de ferro, zinco, vitaminas, cálcio e isenta de lactose galactose, frutose e glúten indicada para crianças de 1 a 10 anos. Submetida a piloroplastia e gastrostomia, mas manteve intolerante a dieta pelo estômago. Última internação passado sonda de gastrostomia endoscópica para posicionamento de uma sonda em jejuno. Desde então, com melhora do quadro após dieta feita diretamente em jejuno. Necessita de dieta específica, Neoadvanced, 18 latas/mês, 30 frascos e 45 equips de dieta equips para continuidade do tratamento e evitar o risco nutricional. O fornecimento de 13 latas/mês pela Prefeitura não é suficiente para suas necessidades nutricionais. Também necessita de acompanhamento multiprofissional com nutricionista, reabilitação em clínica de neuromodulação com acesso a fisioterapia não convencional.

Trata-se de criança cujo quadro foi analisado o anteriormente em 12/07/2024 na NT 5515-5516/2024 devido a solicitação de dieta manter novamil rice, fórmula a base de arroz, 07 medidas 6vezes/dia, assim como suplementação Carbofor (Vitafor) 20 medidas de 6g dia 11 latas mês.

Transtorno do neurodesenvolvimento com anomalias cerebrais estruturais e fâcias dismórfica (NEDBAF) é **causado por mutação heterozigótica no gene RAC3 (602050) no cromossomo 17q25, que possui 26** É uma **condição rara** com poucos casos descritos, **caracterizada por atraso global no desenvolvimento, deficiência intelectual grave, linguagem deficiente, convulsões, características dismórficas e corpo caloso fino. Clinicamente pode expressar com 26 fenotipos diferentes, mas a principal série de casos descreve que os pacientes apresentam hipotonia (93,7%), convulsões (43,7%), dispraxia (40%) e espasticidade (25%), microcefalia (12,5%) e formato anormal da cabeça em 31,2%. Nos exames de imagem cerebral é comum anomalias no disgenesia cerebral do corpo caloso com polimicrogiria e heterotopia, redução global do volume**

cerebral, **malformações do desenvolvimento cortical, aumento dos ventrículos, displasia cerebelar, anomalias do tronco cerebral. Dificuldades alimentares também são descritas (62,5% dos pacientes). Outras características clínicas em um subconjunto de pacientes incluíram problemas respiratórios, frouxidão articular e nistagmo. As características dismórficas** dentre outras, incluem **hipoplasia facial média com protuberância frontal, braquicefalia com testa inclinada, glabella proeminente, micrognatia, hipertelorismo, fissuras palpebrais estreitas, sobrancelhas arqueadas altas, cílios longos, proptose, narinas antevertidas, ponte nasal larga, nariz curto, filtro longo e anomalias dentárias com palato arqueado alto, apinhamento dentário, lábios carnudos, orelhas simples, clinodactilia, almofadas dos dedos das mãos e dos pés fetais e hipoplasia genital.**

A gastroparesia é uma condição que afeta os músculos do estômago e impede o esvaziamento adequado desse órgão, pode não afetar a digestão. Sua fisiopatologia é complexa e apenas parcialmente conhecida, mas o principal problema parece ser a perda de síntese neuronal de óxido nítrico local que promove a peristalse e o relaxamento muscular. As células de Cajal (que tem papel de marca-passo da peristalse) e/ou o sistema nervoso autonômico são os principais determinantes nisso e, por uma variedade de etiologias e mecanismos, acabam sendo alterados e comprometem o esvaziamento gástrico. **A principal etiologia para a gastroparesia é idiopática (40-50%), seguida por gastroparesia por diabetes (30%) e pós-cirúrgica (10%). As demais causas são bastante variadas, mas se destaca a etiologia viral. Os principais vírus implicados são os norwalk e rotavírus, além de CMV, EBV e herpes zoster. Os sintomas incluem náuseas e uma sensação de distensão/saciedade precoce após ingerir poucos alimentos, na presença de redução objetiva do esvaziamento gástrico de alimentos sólidos e sem obstrução mecânica. A desnutrição pode estar associada.**

Uma forma de diferenciar a gravidade dos quadros é avaliar a

resposta ao tratamento e os efeitos nutricionais:

- leve o paciente consegue manter o peso e a dieta com mínimas alterações e os sintomas são facilmente controlados com o tratamento
- moderado consegue manter o peso e a nutrição com modificações alimentares e de hábitos de vida e tem sintomas frequentes (mas não diários) que são controlados apenas parcialmente com o tratamento;
- graves são aqueles em que não é possível manter o estado nutricional com alimentação por via oral, o paciente tem sintomas diários e refratários ao tratamento conservador e necessita de internações frequentes.

Para o diagnóstico é necessário que a redução do esvaziamento precisa seja objetivamente demonstrada na ausência de obstrução mecânica. Os dois principais recursos de investigação complementar são a estudo do esvaziamento gástrico, com contraste, radiológico ou por cintilografia com alimentação padrão sólida e a endoscopia digestiva alta (EDA).

O tratamento de gastroparesia pode ser extremamente desafiante. O primeiro passo deve ser sempre avaliar a estabilidade do paciente, corrigir desidratação, déficits nutricionais (macro e micronutrientes) e, se identificada, tratar a doença de base. Ajustes na alimentação são o primeiro passo. Deve-se minimizar consumo de gordura e fibras alimentares insolúveis (alimentos integrais, feijão e outros vegetais fibrosos como ervilha, brócolis). Líquidos gasosos, álcool e tabaco também pioram o esvaziamento gástrico. Reduzir o volume e aumentar a frequência e associar o consumo de líquidos nas refeições também é útil. Uma dica adicional para manter o estado nutricional é ofertar líquidos com conteúdo calórico. Suplementos alimentares podem ser necessários. Por fim, em casos de desnutrição grave, dieta enteral pode ser necessária (de forma transitória ou definitiva) - como regra geral, pessoas que perderam mais que 10% do peso corporal em 3-6 meses são candidatas a esse tipo de intervenção. Quanto ao tratamento

farmacológico, pró-cinéticos são o principal recurso, sendo recomendados para aqueles pacientes sem resposta satisfatória ao tratamento dietético. Assim uso de, metoclopramida (até 40 mg ao dia) costuma ser a primeira opção pela disponibilidade, mas seus efeitos no sistema nervoso central (SNC) como acatisia, discinesia tardia, costumam limitar seu uso. Assim, a domperidona (5-10 mg 3x ao dia) costuma ser preferido por ter menos efeitos no SNC. Para ambos, deve-se dar preferência para uso antes das refeições e, sempre que possível reduzir doses ou mesmo suspender se os sintomas permitirem.

Nos pacientes que falharam a todas outras intervenções, pode-se considerar procedimentos cirúrgicos de desobstrução pilórica. Tanto abordagens cirúrgicas pilorotomia aberta ou por videolaparoscópica, quanto endoscópicas miotomia gástrica endoscópica (G-POEM) são possíveis. Onde há disponibilidade, a abordagem de GPOEM tem sido mais utilizada. Apesar disso, faltam estudos definitivos para avaliar a eficácia dessas medidas para controle de sintomas.

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

O Sistema Único de Saúde (SUS), não trata dietas e insumos como medicamentos, assim não existe legislação nacional que determine o fornecimento de dieta industrializada para uso domiciliar. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) confere institucionalidade à organização e oferta dos cuidados relativos à alimentação e nutrição, bem como ressalta o papel do SUS na agenda de segurança alimentar e nutricional e na garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. Nesse contexto, destaca-se que o cuidado alimentar deverá,

sempre que possível, ser realizado por meio de técnicas dietéticas específicas que utilizam os alimentos como base da dieta do indivíduo, mesmo que portadores de necessidades específicas. Excepcionalmente em situação cientificamente justificada, se esgotadas todas as outras alternativas, existem diretrizes regulatórias loco-regionais, construídas para disponibilização de dieta industrializada.

A terapia alimentar, nos casos de necessidades alimentares especiais, difere muito conforme o tipo de alteração fisiológica e metabólica de cada indivíduo. Nesse sentido, uma atenção nutricional bem planejada pode suprir as necessidades nutricionais do indivíduo, sob os aspectos qualitativo e quantitativo, bem como sob a forma de administração dos alimentos. Por isto esta terapia deve ser orientadas por nutricionista, que determinará o tipo e volume de dieta necessário a cada caso. Os sujeitos que mais demandam a TNE são, além dos desnutridos, os em risco nutricional e os portadores de patologias que resultam na impossibilidade de mastigação e deglutição, como no AVE, câncer de cabeça, pescoço ou esôfago, doenças neurológicas em estágios avançados. 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.** As propriedades antioxidantes dos compostos bioativos, são **moduladoras da resposta imunológica** que diminuem o risco de mortalidade de doenças crônicas não transmissíveis. Este fato é relevante, considerando em **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. Assim **as dietas artesanais devem ser a primeira opção para o uso domiciliar.** Podem ter sua composição modificada para **suplementar as necessidades do paciente, inclusive com componente industrializado, por tempo definido.**

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.**

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.**

Em 2011 o Ministério da Saúde instituiu no SUS, o **Programa Melhor em Casa, representando pelo NASF-AB e AC, indicado para pessoas com estabilidade clínica, que necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, temporária ou definitiva, ainda que se apresentem em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos,** com a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. É necessário na sua unidade de saúde o paciente candidatar-se ao Programa que dará os **encaminhamentos pertinentes de modo a melhor atender as demandas apresentadas, como equipes e frascos.**

Conclusão: no caso em tela, **trata-se de criança cujo quadro foi analisado o anteriormente em 12/07/2024 na NT 5515-5516/2024 devido a solicitação de dieta novamil rice, e suplementação Carbofor (Vitafor).** Na demanda atual a paciente encontra-se com **04 anos apresentando a síndrome genética rara variante gene RAC3: NEDBAF, gastroparesia severa e muito baixo peso e estatura para idade (escoreZ<-3).** Dificuldade no manejo nutricional por estase gástrica, vômitos desidratação e desnutrição, com necessidade de internações. Tentativas de uso de várias fórmulas enterais diferentes, porém só se adaptou com neadvanced 1 kcal/ml - fórmula pediátrica a base de aminoácidos livres, apresentando **baixa osmolalidade, alto teor de ferro,**

zinco, vitaminas, cálcio e isenta de lactose galactose, frutose e glúten indicada para crianças de 1 a 10 anos. Submetida a piloroplastia e gastrostomia, mas manteve intolerante a dieta pelo estômago. Última internação passado sonda de gastrostomia endoscópica para posicionamento de uma sonda em jejuno. Desde então, com melhora do quadro após dieta feita diretamente em jejuno. Necessita de dieta específica, Neoadvanced, 18 latas/mês, 30 frascos e 45 equips de dieta equipes para continuidade do tratamento e evitar o risco nutricional. O fornecimento de 13 latas/mês pela Prefeitura não é suficiente para suas necessidades nutricionais. Também necessita de acompanhamento multiprofissional com nutricionista, reabilitação em clínica de neuromodulação com acesso a fisioterapia não convencional.

A gastroparesia é uma condição que afeta os músculos do estômago e impede o esvaziamento adequado desse órgão, pode não afetar a digestão. Sua fisiopatologia é complexa e apenas parcialmente conhecida, mas o principal problema parece ser a perda de síntese neuronal de óxido nítrico local que promove a peristalse e o relaxamento muscular. A principal etiologia para a gastroparesia é idiopática (40-50%), seguida por gastroparesia por diabetes (30%) e pós-cirúrgica (10%). As demais causas são bastante variadas, mas se destaca a etiologia viral. Os sintomas incluem náuseas e sensação de distensão/saciedade precoce após ingerir poucos alimentos, na presença de redução objetiva do esvaziamento gástrico de alimentos sólidos e sem obstrução mecânica. A desnutrição pode estar associada.

Uma forma de diferenciar a gravidade dos quadros é avaliar a resposta ao tratamento e os efeitos nutricionais:

- leve o paciente consegue manter o peso e a dieta com mínimas alterações e os sintomas são facilmente controlados com o tratamento
- moderado consegue manter o peso e a nutrição com modificações alimentares e de hábitos de vida e tem sintomas frequentes (mas não diários) que são controlados apenas parcialmente com o tratamento;

- graves são aqueles em que não é possível manter o estado nutricional com alimentação por via oral, o paciente tem sintomas diários e refratários ao tratamento conservador e necessita de internações frequentes.

Para o diagnóstico é necessário que a redução do esvaziamento precisa seja objetivamente demonstrada na ausência de obstrução mecânica. Os dois principais recursos de investigação complementar são a estudo do esvaziamento gástrico, com contraste, radiológico ou por cintilografia com alimentação padrão sólida e a EDA.

O tratamento de gastroparesia pode ser extremamente desafiante. O primeiro passo deve ser sempre avaliar a estabilidade do paciente, corrigir desidratação, déficits nutricionais (macro e micronutrientes) e, se identificada, tratar a doença de base. Ajustes na alimentação são o primeiro passo. Deve-se minimizar consumo de gordura e fibras alimentares insolúveis (alimentos integrais, feijão e outros vegetais fibrosos como ervilha, brócolis). Líquidos gasosos, álcool e tabaco também pioram o esvaziamento gástrico. Reduzir o volume e aumentar a frequência e associar o consumo de líquidos nas refeições também é útil. Uma dica adicional para manter o estado nutricional é ofertar líquidos com conteúdo calórico. Suplementos alimentares podem ser necessários. Por fim, em casos de desnutrição grave, dieta enteral pode ser necessária (de forma transitória ou definitiva) - como regra geral, pessoas que perderam mais que 10% do peso corporal em 3-6 meses são candidatas a esse tipo de intervenção. Quanto ao tratamento farmacológico, pró-cinéticos são o principal recurso, sendo recomendados para aqueles pacientes sem resposta satisfatória ao tratamento dietético. Assim uso de, metoclopramida costuma ser a primeira opção pela disponibilidade, mas seus efeitos no SNC como acatisia, discinesia tardia, costumam limitar seu uso. Assim, a domperidona) costuma ser preferido por ter menos efeitos no SNC. Para ambos, deve-se dar preferência para uso antes das refeições.

Nos **pacientes que falharam a todas outras intervenções, pode-se considerar procedimentos cirúrgicos de desobstrução pilórica**. Tanto abordagens cirúrgicas **pilorotomia aberta ou por videolaparoscópica, quanto endoscópicas miotomia gástrica endoscópica (G-POEM) são possíveis**. Onde há disponibilidade, a abordagem de **GPOEM tem sido mais utilizada**. Apesar disso, faltam estudos definitivos para avaliar a eficácia dessas medidas para controle de sintomas.

No **SUS, não os suplementos alimentares, dietas e insumos não são tratados 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.

Conforme parecer do **Conselho Regional de Nutrição do Paraná que comparou as dietas artesanais e industrializadas para pacientes com necessidade de nutrição enteral, não existem evidências de superioridade de uma fórmula em relação à outra**. Do ponto de vista de efeito nutricional se comparadas, a dieta artesanal e industrializada, tem o mesmo efeito **podendo serem usadas indistintamente, devendo, a artesanal, ser a primeira opção para o uso domiciliar**. 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, em sua fórmula, ser suplementada com insumos industrializados.

Vale ressaltar que:

- em que pese a prescrição de **dieta industrializada** e não há **contra-indicação** ao uso de **dieta enteral artesanal** em paciente com **gastroparesia** em uso de **jejunostomia**,
- conforme a literatura, não há benefícios nutricionais do uso exclusivo de **dieta industrializada** em substituição a artesanal, pois se comparadas ambas têm o mesmo efeito para fins de nutrição e a artesanal é mais rica em compostos bioativos antioxidantes, mais barata, devendo ser a **primeira escolha** na **atenção domiciliar**,
- o **suplemento industrializado** pode ser usado para complementar a **dieta artesanal e/ou** como **suporte temporário**, se necessário,
- o **Programa Melhor em Casa**, indicado em situação de **restrição ao leite** ou **ao lar**, **temporária** ou **definitiva**, na qual a **atenção domiciliar** é considerada a oferta mais oportuna para **tratamento**, **paliação**, **reabilitação** e **prevenção** de agravos e **dispensação** dos **insumos solicitados** como neste caso,
- **município de Montes Claros** disponibilizou a fornecer a quantidade de **13 latas/mês** da dieta.

A despeito do caso não se enquadrar nos protocolos disponíveis para uso de fórmulas em crianças diante da desnutrição, ainda que temporariamente podem ser usadas para suplementar a dieta em questão, até a recuperação nutricional do paciente, mas não como única fonte de dieta. Vale ressaltar que este não é o tratamento destinado a gastroparesia, mas apenas uma forma de recuperar o estado

nutricional, pois uma vez superado o problema da gastroparesia, com dieta infundida no jejuno, já é possível oferecer outras dietas sem especificidade do uso da dieta industrializada.

-

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) 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.

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-b2b1-4b94_a94a248c.

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%20Claudia%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-enteral.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](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/66003/2/Terapia%20nutricional%20enteral%20domiciliar_%20promo%C3%A7%C3%A3o%20do%20direito%20humano%20%C3%A0%20alimenta%C3%A7%C3%A3o%20adequada.pdf)

10) Troncon LEA. Gastroparesias: revisão de aspectos relacionados ao conceito, à etiopatogenia e ao manejo clínico. **Rev Ass Med Brasil** 1997; 43(3):228-36. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/43pNVq9wn4S74Rr4qM8jR7H/?format=pdf>

11) Meunier C, Cassart M, Kostyla K, Simonis N, Monestier O, Tessier A. An unusual presentation of de novo RAC3 variation in prenatal diagnosis. *Childs Nerv Syst.* 2024;40(5):1597-1602 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38214746/>

12) Scala M, Nishikawa M, Ito H, Tabata H, Khan T, Accogli A, Davids L, Ruiz A, Chiurazzi P, Cericola G, Schulte B, Monaghan KG, Begtrup A, Torella A, Pinelli M, Denommé-Pichon AS, Vitobello A, Racine C, Mancardi MM, Kiss C, Guerin A, Wu W, Gabau Vila E, Mak BC, Martinez-Agosto JA, Gorin MB, Duz B, Bayram Y, Carvalho CMB, Vengoechea JE, Chitayat D, Tan TY, Callewaert B, Kruse B, Bird LM, Faivre L, Zollino M, Biskup S; Undiagnosed Diseases Network; Telethon Undiagnosed Diseases Program; Striano P, Nigro V, Severino M, Capra V, Costain G, Nagata KI. Variants-specific

changes in RAC3 function disrupt corticogenesis in neurodevelopment phenotypes. **Brain.** 2022;145(9):3308-276. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9473360/pdf/awac106.pdf>

VI – DATA:

06/10/2025

NATJUS – TJMG