

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara Única

COMARCA: Alvinópolis

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:2025.0007235

IDADE: 4 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 E43, K52, P37.1 e T8

PEDIDO DA AÇÃO: Fórmula Neocate

FINALIDADE / INDICAÇÃO: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE INTOLERÂNCIA À PROTEÍNA DO LEITE SENDO NECESSÁRIO O USO DE FÓRMULA PRÓPRIA PARA ESSE FIM (NEOCATE)

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 44.930

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

para esclarecimento das seguintes questões:

- a) o quadro apresentado pela infante subsidia a indicação do insumo?
- b) houve incorporação do insumo pela Conitec, ausência de pedido de incorporação ou, ainda, mora na apreciação, tendo em vista os prazos e critérios previstos nos artigos 19-Q e 19-R da Lei nº 8.080/1990 e no Decreto nº 7.646/2011?
- c) há possibilidade de substituição do insumo pleiteado por outro constante das listas do SUS e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas?
- d) há comprovação, à luz da medicina baseada em evidências, da eficácia, acurácia, efetividade e segurança do insumo, necessariamente respaldadas por evidências científicas de alto nível, ou seja, unicamente ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática ou meta-análise?
- e) qual o ente responsável pela disponibilização do insumo prescrito?
- f) agradecemos qualquer informação complementar a critério desse nobre órgão, no intuito de subsidiar a decisão.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentação médica, datada de 12/11/2024, trata-se criança de **4 anos, com diagnóstico infecção congênita por toxoplasmose, com sequelas graves: plegia de membros inferiores, escoliose grave, displasia e luxação do quadril, bexiga neurogênica, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), desnutrição proteico-calórica e alergia grave a proteína do leite de vaca (APLV). Evoluiu com limitação da respiração espontânea devido a escoliose grave e alterações anatômicas somadas a atraso DNPM, após quadro de bronquite e pneumonia. Em uso de traqueostomia, oxigenoterapia noturna e dieta por gastrostomia. Apresenta desafio da tolerância da dieta com distensão abdominal. Falha nas tentativas de manter suporte nutricional adequado com todas as fórmulas enterais e infantis, incluindo Neocate LCP, sem tolerância com distensão abdominal, vômitos e perda ponderal, sem alcançar os objetivos nutricionais e de ganho pondero-estatura adequados para a cirurgia de correção da escoliose. Só obteve resposta em termos de volume e aporte calórico adequado com formula elementar concentrada Neoforte. Necessita de Neoforte via gastrostomia, 6 medidas em 200ml de água 3 vezes/dia, 11 latas mês, complementando dieta artesanal em almoço e jantar, de suma importância para adequação proteico-calórica em volumes compatíveis com a capacidade gastrointestinal recuperação do peso essencial a cirurgia de escoliose que trará também aumento do continente abdominal.**

A toxoplasmose congênita é uma infecção causada por um protozoário chamado *Toxoplasma Gondii*, encontrado nas fezes de gatos e outros felinos, que pode se hospedar em humanos e outros animais, transmitida pela mãe durante a gestação. É causada pela ingestão de água ou alimentos contaminados e é uma das zoonoses mais comuns em todo o mundo. Os recém-nascidos que apresentam manifestações clínicas podem ter sinais no período neonatal ou nos primeiros meses de vida. Esses casos podem ter, com maior frequência,

sequelas graves, como acometimento visual em graus variados, alterações motoras e perda auditiva, retardo mental, convulsões e problemas hepáticos. Também é comum que indivíduos com sequelas graves apresentem desenvolvimento pondero-estatura aquém daqueles observados para os padrões de sua idade, não podendo ser considerado como deficit nestas áreas.

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 da alergia alimentar 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 alergêno, 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, protocolize, enteropatia, enterocolite, e exacerbação de cólicas, distensão abdominal e a desaceleração ponderal, que não responde às medidas de apoio ou medicamentosas.

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) 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) como o Neocate LCP e Neoforte, 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, dermatite atópica grave e generalizada, hipoproteïnemia 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.

Os benefícios esperados com o uso das fórmulas nas crianças com alergia alimentar são: melhoria e remissão dos sintomas; adequado desenvolvimento e crescimento da criança; melhoria da qualidade de vida da criança e da família. A suspensão/alta do tratamento ocorrerá quando

ocorrer melhora completa dos sinais e sintomas e negatificação de marcadores ou quando a criança completar 2 anos de idade. Entretanto o guia alimentar das carnaças do próprio Ministério da Saúde demonstra que a partir de após 12 meses de vida o uso destas fórmulas é opcional já que não constitui condição essencial para o manejo da alimentação dessas crianças.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) recebeu da CONITEC a recomendação da incorporação das 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. Importante ressaltar que as Secretarias Estaduais da Saúde são responsáveis pelo Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional. Neste bloco de financiamento baseados em PCDT, constam fórmulas hipoalergênicas, conforme é preconizado pelo protocolo de APLV e o Pacto pela Vida entre gestores do SUS, Trata-se de compromisso público de dar ênfase às necessidades de saúde da população e pontuando que o fornecimento de dieta alimentar especial se insere no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, marco do papel do Estado em assumir a responsabilidade do financiamento das fórmulas. Após a implementação do PAD, fica a cargo do município, a organização de protocolos específicos para a dispensação, distribuição e liberação das fórmulas alimentares especiais. Entretanto não vincula as fórmulas comerciais específicas.

A terapia enteral (TNE) por sondas ou ostomias, consiste de procedimentos que permitem a administração de nutrientes, na forma líquida, pelo trato digestivo por via oral, sondas ou ostomias, visando manter e/ou recuperar o estado nutricional do paciente. Indicada para indivíduos com alteração metabólica 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). 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 TNE domiciliar mais indicada. No Brasil, o uso de dietas artesanais e/ou semiartesanais é incentivado para indivíduos sob cuidados no domicílio.

O 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 como o diabético. Excepcionalmente em situação cientificamente justificada, quando esgotadas todas as outras alternativas terapêuticas, existem diretrizes regulatórias loco-regionais, como a de Belo Horizonte, 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 indivíduos 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 e sais minerais em proporção adequada as necessidades estabelecidas. Apresentam como vantagem seu baixo custo em relação as industrializadas, maior concentração de probióticos antioxidantes e polifenóis, diminuição da monotonia alimentar e maior vinculação a família e sensação de estar alimentado. Devem ser a primeira opção para o uso domiciliar. Tem o inconveniente de necessitar de manipulação em condições sanitárias adequadas para evitar sua contaminação. As fórmulas para hiperglicemias apresentam ausência de sacarose, contribuindo para o controle glicêmico de sujeitos diabéticos e daqueles com intolerância à glicose.

As dietas industrializadas são regulamentadas pela ANVISA e contêm macro e micronutrientes em proporções padronizadas. Apresentam custo mais elevado; maior controle de qualidade sanitária; composição química definida e maior comodidade de preparação, se comparadas a artesanal. 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. O Neoforte é um suplemento infantil a base de aminoácidos livres para crianças de 3 a 10 anos. Tem alto teor de ferro, cálcio e vitamina D, essenciais para o crescimento. O Neocate LCP é uma fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada

a necessidades dietoterápicas específicas com restrição de lactose, à base de aminoácidos livres.

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, como no diabético ou desnutrido, a dieta artesanal pode ser modificada e adequada às necessidades especiais. 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 como já em uso desta criança.

Conclusão: trata-se de criança de 4 anos, com infecção congênita por toxoplasmose, com sequelas graves: plegia de membros inferiores, escoliose grave, displasia e luxação do quadril, bexiga neurogênica, atraso DNPM, desnutrição proteico-calórica e APLV. Evoluiu com limitação da respiração espontânea devido a escoliose grave e alterações anatômicas somadas a atraso DNPM, após quadro de bronquite e pneumonia. Em uso de traqueostomia, oxigenoterapia noturna e dieta por gastrostomia. Apresenta desafio da tolerância da dieta com distensão abdominal. Falha nas tentativas de manter suporte nutricional adequado com todas as fórmulas enterais e infantis, incluindo Neocate LCP, sem tolerância com distensão abdominal, vômitos e perda ponderal, sem alcançar os objetivos nutricionais e de ganho pondero-estatura adequados para a cirurgia de correção da escoliose. Só obteve resposta em termos de volume e aporte calórico adequado com formula elementar concentrada Neoforte. Necessita de Neoforte via gastrostomia, 6 medidas em 200ml de água 3 vezes/dia, 11 latas mês, complementando dieta artesanal em almoço e jantar, de suma importância para adequação proteico-calórica em volumes compatíveis

com a capacidade gastrointestinal recuperação do peso essencial a cirurgia de escoliose que trará também aumento do continente abdominal.

A toxoplasmose congênita é uma infecção causada por um protozoário chamado *Toxoplasma Gondii*, encontrado nas fezes de gatos e outros felinos, que pode se hospedar em humanos e outros animais, transmitida pela mãe durante a gestação. Os recém-nascidos que apresentam manifestações clínicas com sequelas graves, como acometimento visual em graus variados, alterações motoras e perda auditiva, retardo mental, convulsões e problemas hepáticos.

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 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. 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 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: soja, proteína extensamente hidrolisada com ou sem lactose e de aminoácidos. Fórmulas

nutricionais à base de soja (FS) 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. O SUS incorporou em 2018 as fórmulas nutricionais à FS, FEH com ou sem lactose e FAA (Neocate) para crianças de 0 a 24 meses com APLV, sem entretanto vincular uma marca. No SUS está fórmula FS está indicada até ocorrer melhora completa dos sinais e sintomas e negatização de marcadores ou quando a criança completar 2 anos de idade. Entretanto o guia alimentar das crianças do próprio Ministério da Saúde demonstra que a partir de 12 meses de vida, o uso destas fórmulas é opcional, não constituindo condição essencial para o manejo da alimentação dessas crianças.

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.

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.

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.

Importante ressaltar que as Secretarias Estaduais da Saúde são responsáveis pelo Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional, bloco de financiamento baseados em PCDT, constam fórmulas hipoalergênicas, conforme é preconizado pelo protocolo de APLV e o Pacto pela Vida entre gestores do SUS. Trata-se de compromisso público de dar ênfase às necessidades de saúde da população e pontuando que o fornecimento de dieta alimentar especial se insere no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, marco do papel do Estado em assumir a responsabilidade do financiamento das fórmulas. Após a implementação do PAD, fica a cargo do município, a organização de protocolos específicos para a dispensação, distribuição e liberação das fórmulas alimentares especiais às crianças até os 2 anos de idade, sem vínculo a marcas específicas. Após esta idade o SUS, não trata as dietas e insumos como medicamentos, e não existe legislação nacional determinando o fornecimento de dieta industrializada para uso domiciliar.

O caso em tela dada a condição excepcionalidade do paciente a dieta artesanal já é usada e há uma necessidade de suplementação temporal da mesma, visando a cirurgia de escoliose. Entretanto, vale lembrar, que não se pode atribuir seu estado nutricional a dieta, pois é comum que indivíduos sequelados apresentem um atraso do desenvolvimento pondero-estatura e nunca atinjam as dimensões padrão em relação a população normal. Também, não se pode basear nesta idade ao uso de formulas para lactantes, já que esta não é mais indicada aos 4 anos. Assim deve se considerar que sua dieta possa ser

temporariamente suplementada para permitir a cirurgia, devendo ser adaptada na dieta artesanal, que segundo a literatura é ideal para pacientes em condições crônicas em cuidados domiciliares

IV – REFERÊNCIAS:

1) 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%202-08%20-%20Consenso%20Brasileiro%20sobre%20Alergia%20Alimentar%20-%202007.pdf>.

2) Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS Relatório de Recomendação nº 345, Novembro/2018. Fórmulas nutricionais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca. Brasília, 2018. 30p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Recomendacao/Relatorio_Formulasnutricionais_APLV.pdf.

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

4. Sarino E, MGM Lins Severe forms of food allergy. **J Pediatr.** 2017; 93:53-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/cNRNwpYDXdXsxMdGJCPJGrC/?lang=pt>

5. Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni RO, Oliveira LC, Pastorino AC, Weffort V, Moraes MB, Barreto BP, Oliveira JC, Castro APM, Franco JM, Neto HJC, Rosário NA, Alonso MLO, Sarinho EC, Yang A, Maranhao H, Toporovski MS, Epifanio M, Wandalsen NF, Rubini NM. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1 - Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. **Arq Asma Alerg Imunol.**

2018;2(1):7-38. Disponível em: http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=851

6. 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.

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

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

9. 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>

10. Mundo Danone. Formulas infantis. Disponível em: <https://www.mundo-danone.com.br/neocate-lcp-400/p?srsId=AfmBOop9n9KBYr8MsehJAiVF3HsnwMPHdIG3BiX9ZA6I0yT2Entc1IrM>

11. Ministério da Saúde. Toxoplasmose. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/toxoplasmose>

V – DATA:

27/02/2025

NATJUS – TJMG