

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**SOLICITANTE:** MM. Juiz de Direito Dr. Daniel Valério de Siqueira Fonseca

**PROCESSO Nº.:** 50002813320228130624

**CÂMARA/VARA:** Vara Única

**COMARCA:** São João da Ponte

### **I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:**

**REQUERENTE:** C. M. C. S.

**IDADE:** 0 anos

**PEDIDO DA AÇÃO:** Medicamento/Suplemento Fórmula Infantil para lactentes com necessidades dietoterápicas específicas, INFANTRINI 1 KCAL/ML. FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO 800 ML, CAVILON SPRAY

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10 Q39 e Z93.1

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Tratamento médicos nos termos do relatório que segue anexo.

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG 67.352

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2022.0002713

### **II – PERGUNTAS DO JUÍZO:**

Solicitar informações técnicas prévias acerca dos medicamentos/procedimentos postulados, bem como de sua pertinência à patologia apontada, tratamento prescrito e competência administrativa para sua realização, para resposta no prazo de cinco dias.

### **III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:**

Conforme relatório médico sem data, trata-se CMCS, **RN de 18 meses, pré maturo de 32 semanas, com atresia de esôfago com tentativa de tratamento cirúrgico sem sucesso, atraso do DNPM, forame oval patente e folículos ovariano em investigação.** Submetida a **gastrostomia para garantir via de alimentação**, já que pode receber alimento por via oral. **Usando fórmula infantil, não tolera aumento do volume e da frequência de dieta**, devido a **distensão abdominal, não**

**conseguindo alcançar suas necessidades nutricionais e consequente ganho ponderal insuficiente. Necessita manter alimentação láctea com 3 dietas ao dia, com fórmula infantil para lactentes com necessidades dietoterapicas específicas hipercalórica 1 cal/ml-INFANTRINI, fórmula infantil de seguimento e cavitron spray, para garantir suporte nutricional adequado e crescimento adequado.**

**A atresia do esôfago, é um defeito congênito, no qual o esôfago se estreita ou tem uma extremidade fechada, e não se conecta com o estômago, como normalmente deveria. A maioria dos recém-nascidos com atresia esofágica apresenta também uma conexão anormal entre o esôfago e a traqueia denominada fístula traqueoesofágica. É a atresia gastrintestinal mais comum. Especificamente, duas síndromes estão associadas à atresia esofágica, a VACTERM (anomalias vertebrais, atresia anal, malformações cardíacas, fístula traqueoesofágica, atresia esofágica, anomalias renais e aplasia do rádio e anomalias dos membros) e a CCAGO (coloboma, defeitos cardíacos, atresia da coana, deficiência mental e/ou de desenvolvimento físico, hipoplasia genital e anormalidades na orelha). Cerca de 19% dos recém-nascidos com atresia esofágica atendem os critérios para VACTERL. A maioria dos recém-nascidos manifesta essa doença durante o período neonatal, mas, naqueles com fístula do tipo H, ela pode se manifestar somente mais tarde na vida.**

**Os sinais característicos são secreções excessivas, tosse e cianose após tentativas alimentares e pneumonia aspirativa. A atresia de esôfago com fístula distal acarreta distensão abdominal porque, com o choro da criança, o ar proveniente da traqueia é forçado através da fístula para dentro do segmento inferior do esôfago e do estômago. O médico pode suspeitar da presença de atresia esofágica e fístula traqueoesofágica antes do nascimento com base no resultado de uma ultrassonografia pré-natal ou com base nos sintomas após o nascimento. Se o médico suspeitar da presença desses defeitos após o**

nascimento, ele tenta passar um tubo através do esôfago do bebê. Caso a passagem do tubo esteja bloqueada, ele tira uma radiografia para confirmar o diagnóstico e para localizar o problema. **Confirmada a presença da atresia, o tratamento deve ser cirúrgico.** Porém, antes de poder fazer a cirurgia para reparar os defeitos, **são feitos preparativos para prevenir complicações, como pneumonia aspirativa.** Em primeiro lugar, é **interrompida a alimentação oral e um tubo é inserido na parte superior do esôfago para sugar continuamente a saliva** antes que ela alcance os pulmões, causando a pneumonia aspirativa. **O lactente deve adotar a posição em pronação com a cabeça elevada 30 a 40° e voltado para a direita, para facilitar o esvaziamento gástrico e minimizar os riscos de aspiração** do ácido gástrico através da fístula. **Se houver necessidade de adiar a cirurgia em decorrência de prematuridade extrema, pneumonia aspirativa, na atresia de longo gap, instabilidade clínica ou outra malformação congênita,** adiando a implementação da dieta plena por via oral, não há urgência pelo reparo cirúrgico, e sim pela garantia do suprimento alimentar do paciente, por ostomias, gastrostomias ou jejunostomia, e pela proteção contra a broncoaspiração, através da esofagostomia. A **gastrostomia apresenta a vantagem de ser mais fisiológica** que a jejunostomia e permitir a succção através de conteúdo gástrico, reduzindo o risco de refluxo do conteúdo gástrico para a árvore traqueobrônquica, através da fístula de esôfago distal. Naqueles que não necessitam da gastrostomia, o bebê é alimentado por via intravenosa. **Uma intervenção cirúrgica precisa ser realizada logo após o nascimento para estabelecer uma ligação normal entre o esôfago e o estômago e para fechar a fístula, quando as condições do lactente se estabilizarem.** Poderão ser realizados reparação cirúrgica extrapleural da atresia e fechamento da fístula traqueoesofágica. Se observar-se uma fístula, ela precisa ser ligada. Em cerca de 90% dos casos, pode-se fazer anastomose primária do esôfago. Nos demais casos, em que existe uma lacuna extremamente longa, as opções são fazer um

procedimento de transposição gástrica ou um procedimento de interposição do cólon. Algumas **complicações** podem se desenvolver **após a cirurgia**. **Fistula e fibrose no local onde o esôfago foi anastomosado** são os problemas mais comuns, além de **refluxo gastroesofágico (RGE)** em razão da deficiente motilidade do segmento esofágico distal, presente em até 85% dos casos.

**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**. Nesse contexto, atingir a alimentação ótima para a maioria das crianças pequenas deve ser um componente essencial da estratégia global para assegurar a segurança alimentar de uma população, sendo descritos **doze passos para a alimentação saudável de criança menor de 2 anos**: **amamentar até 2 anos ou mais**, com **somente o leite materno até 6 meses**; **oferecer alimentos in natura ou minimamente processados**, além do leite materno, **a partir dos 6 meses**; **oferecer água própria para o consumo** em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas; **oferecer a comida amassada** quando a criança começar a comer outros alimentos além do leite materno; **não oferecer à criança até 2 anos de idade açúcar** nem preparações ou produtos que contenham açúcar; **não oferecer à criança alimentos ultraprocessados**; **cozinhar a mesma comida para a criança e para a família**; zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências

positivas, aprendizado e afeto junto da família; **prestar atenção aos sinais de fome e saciedade da criança** e conversar com ela durante a refeição; cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família; oferecer à criança alimentação adequada e saudável também fora de casa e proteger a criança da publicidade de alimentos.

**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. 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 diarréia 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. Também é a partir dessa 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. A introdução precoce de alimentos complementares aumenta a morbimortalidade infantil como consequência de menor ingestão dos fatores de proteção existentes no leite materno, além de os alimentos complementares serem uma importante fonte de contaminação das crianças. Introduzir os alimentos complementares tardeamente também é

desfavorável, porque o crescimento da criança pára ou se lentifica, e o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes aumenta.

**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. A terapia enteral (TNE), **consiste de procedimentos que permitem a administração de nutrientes pelo trato digestivo por via oral, sondas ou estomias, visando manter e/ou recuperar o estado nutricional do paciente**. A estomia (ou ostomia) é um procedimento cirúrgico que **consiste na exteriorização de parte do sistema digestório criando uma abertura artificial entre órgãos internos e o meio externo para possibilitar a alimentação**.

**A TNE é 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). Por isto esta terapia **deve ser orientadas por nutricionista**, que determinará o tipo e volume de dieta necessário a cada caso. O SUS, não trata as dietas e insumos como medicamentos, assim não existe legislação nacional determinando o fornecimento de dieta industrializada para uso domiciliar. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) confere institucionalidade à organização e oferta dos cuidados relativos à alimentação e nutrição, bem como ressalta o papel do SUS na agenda de segurança alimentar e nutricional e na garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. Nesse contexto, destaca-se que o cuidado alimentar deverá, sempre que possível, ser realizado por meio de técnicas dietéticas específicas que utilizam os alimentos como base da dieta do indivíduo, mesmo que portadores de necessidades específicas. Excepcionalmente

em situação cientificamente justificada, **se esgotadas todas as outras alternativas, existem diretrizes regulatórias loco-regionais**, construídas para disponibilização de dieta industrializada. No Brasil, o uso de dietas artesanais e/ou semi-artesanais é incentivado para indivíduos sob cuidados no domicílio.

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**. 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. Podem ser **indicadas** para pacientes estáveis clinicamente, **com doenças crônicas** ou em tratamento paliativo. Apresentam como **vantagem em relação as industrializadas, seu menor custo, maior concentração de probióticos, manutenção do vínculo com a família, e maior sensação de estar alimentado**. Tem o inconveniente de necessitar de **manipulação em condições sanitárias adequadas para evitar sua contaminação**, pois são sujeitas a maior risco de contaminação microbiológica e podem apresentar deficiências de micro e macronutrientes em sua composição se não forem adequadamente preparadas. **Devem ser a primeira opção para o uso domiciliar. Podem ter sua composição modificada de modo a suplementar as necessidades do paciente, inclusive com componente industrializado.**

As dietas industrializadas são regulamentadas pela ANVISA e **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. **Estas dietas apresentam custo mais elevado, maior controle de qualidade**

**sanitária, maior comodidade de preparação e composição química definida. A Infantrini é uma fórmula infantil para lactentes e crianças de primeira infância, nutricionalmente completa, com composição formulada para necessidades dietoterápicas específicas. A formulação contribui para a recuperação e manutenção do peso já que é hipercalórica.** Sua composição leva o DHA (ômega 3) e o ARA (ômega 6), ácidos graxos essenciais para o bom funcionamento do organismo e predominantes no sistema nervoso central. Contém ainda beta-caroteno, carotenoide com maior atividade vitamínica A, auxiliando o processo de crescimento e desenvolvimento, contribuindo para a visão e proteção da pele, e ainda ajudando no bom funcionamento do sistema imune. É adicionado de prebióticos (GOS/FOS), nutriente com efeitos benéficos no trato gastrointestinal, que inibe agentes patogênicos e estimula o sistema imune, e ainda na saúde mental, influenciando na cognição, na energia e na função cerebral. Por isso, sua incorporação é crítica principalmente nos primeiros meses de vida, durante a fase pós-natal.

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 dieta artesanal pode ser modificada e adequada às necessidades especiais, incluindo o uso de suplementos industriais. Também estudos demonstram não haver evidências científicas que mostrem prejuízo na absorção de nutrientes provenientes de fórmula nutricional com alimentos na inexistência de disfunções absorтивas 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.

Conclusão: o caso em tela, refere a **RN de 18 meses, pré maturo de 32 semanas, com atresia de esôfago e tentativa de tratamento cirúrgico sem sucesso, atraso do DNPM, forame oval patente e folículos ovariano em investigação**. Submetida a **gastrostomia para garantir via de alimentação**. Usando **fórmula infantil**, não tolera aumento do volume e da frequência de dieta, devido a **distensão abdominal**, não conseguindo alcançar suas necessidades nutricionais e consequente ganho ponderal insuficiente. **Necessita** manter alimentação láctea com **3 dietas ao dia, com fórmula infantil para lactentes** com necessidades dietoterapicas específicas **hipercalórica 1 cal/ml-INFANTRINI**, **fórmula infantil de seguimento e cavitron spray, para garantir suporte nutricional adequado e crescimento adequado**.

**A atresia do esôfago, é um defeito congênito**, no qual o esôfago se estreita ou tem uma extremidade fechada, e não se conecta com o estômago, como normalmente deveria. **A maioria dos RN com atresia esofágica apresenta fístula traqueoesofágica**. Os sinais característicos são **secreções excessivas, tosse e cianose após tentativas alimentares e pneumonia aspirativa**. Na presença de fístula distal traqueoesofágica há **distensão abdominal** pois, com o choro da criança, o ar da traqueia é forçado através da fístula para dentro do segmento inferior do esôfago e do estômago. **Confirmada a presença da atresia, o tratamento deve ser cirúrgico**. Porém, **antes da cirurgia** para reparar os defeitos, **são feitos preparativos para prevenir complicações, como pneumonia aspirativa**. Em primeiro lugar, é **interrompida a alimentação oral** e um tubo é **inserido na parte superior do esôfago para sugar continuamente a saliva** antes que ela consiga alcançar os pulmões, evitando a pneumonia aspirativa. **O lactente deve adotar a posição em pronação com a cabeça elevada 30 a 40° e voltado para a direita, para facilitar o esvaziamento gástrico e minimizar os riscos de aspiração**. Se houver necessidade de

adiar a cirurgia em decorrência de prematuridade extrema, pneumonia aspirativa, na atresia de longo gap, instabilidade clínica ou outra malformação congênita, adiando a implementação da dieta plena por via oral, não há urgência pelo reparo cirúrgico, e sim pela garantia do suprimento alimentar do paciente, por ostomias, gastrostomias ou jejunostomia, e pela proteção contra a broncoaspiração, através da esofagostomia. A gastrostomia apresenta a vantagem de ser mais fisiológica que a jejunostomia e permitir a sucção através de conteúdo gástrico, reduzindo o risco de refluxo do conteúdo gástrico para a árvore traqueobrônquica, através da fístula de esôfago distal. Naqueles que não necessitam da gastrostomia, o bebê é alimentado por via intravenosa. Uma intervenção cirúrgica, quando as condições do lactente se estabilizam, precisa ser realizada logo após o nascimento para estabelecer uma ligação normal entre o esôfago e o estômago e para fechar a fístula e restabelecer a via oral. Poderão ser realizados reparação cirúrgica extrapleural da atresia e fechamento da fístula traqueoesofágica. Em cerca de 90% dos casos, pode-se fazer anastomose primária do esôfago.

A alimentação da criança desde o nascimento e nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo, sendo a má alimentação fator de risco relacionado 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. 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. A criança pequena possui um mecanismo de auto-regulação de ingestão diária de energia muito eficiente.** Assim, tende a comer quantidades menores de alimentos mais energéticos, embora crianças com dietas com alta densidade energética (número de calorias por unidade de volume ou peso do alimento) tendam a ter uma ingestão diária de energia maior. **O pequeno volume do estômago da criança pequena (30-40 ml/kg de peso) pode impedi-la de alcançar suas necessidades energéticas se a dieta for de baixa densidade energética.** Por outro lado, se a criança recebe grande quantidade de energia dos alimentos complementares, ela poderá reduzir a ingestão de leite materno, o que não é aconselhável, principalmente nas crianças menores. **Portanto, a densidade energética dos alimentos complementares recomendada varia de acordo com a idade da criança, com o quanto ela ingere de leite materno, com a concentração de gordura no leite materno e com a freqüência com que a criança recebe os alimentos complementares.** Para uma criança com ingestão média de leite materno e que consome pelo menos três refeições diárias com alimentos complementares, **a densidade energética recomendada da dieta varia de 0,6 kcal/g aos 6-8 meses de idade a 1 kcal/g aos 12-23 meses. Quando a ingestão de leite materno é menor ou a criança apresenta retardo no crescimento, a densidade energética deve ser maior, variando de 0,8 a 1,2 kcal/g.**

**A TNE, consiste de procedimentos que permitem a administração de nutrientes pelo trato digestivo por via oral, sondas ou estomias, visando manter e/ou recuperar o estado nutricional do paciente. A estomia é um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização de parte do sistema digestório criando uma abertura artificial entre órgãos internos e o meio externo para possibilitar a alimentação.**

**O SUS, não trata as dietas como medicamentos, assim não existe legislação nacional determinando o fornecimento de dieta industrializada para 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 há evidências na literatura que se 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, o que beneficia paciente constipados e idosos, é mais barata. Podem ter sua composição modificada, de modo a suplementar as necessidades dos pacientes, inclusive com componente industrializado, se necessário.

No caso em tela, dada a necessidade nutricionais da criança, que mesmo usando fórmula infantil, não tolera aumento do volume e da frequência de dieta, devido a distensão abdominal, e consequentemente não atinge suas necessidades nutricionais, resultando em ganho ponderal insuficiente e retardado no crescimento, a suplementação da dieta se faz necessária, com dieta a densidade energética maior, variando de 0,8 a 1,2 kcal/g, nos primeiros 2 anos de vida, por tempo definido, até a resolução do quadro.

#### IV – REFERÊNCIAS:

1. Barros LSB, Pereira FC, Lima BAA, Valadão LF, Loiola MVB, Lima ELA, Souza ACB, Silva GV, Dantas GCM, Zoobi JLAP, Freitas VLS, Lopes NCV, Moreira GB. Correção cirúrgica da atresia de esôfago: resultados e implicações. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.** 2021;6(7):150-70. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/resultados-e-implicacoes>
2. 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](https://www.univates.br/editora-univates/media/publicacoes/194/pdf_194.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\\_criancas\\_2019.pdf](dab/publicacoes/guia_da_criancas_2019.pdf).

4. 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>
5. 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](https://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/cartilhas/Cartilha_Orientacao_Nutricional_12_03_13.pdf).
6. 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](http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/11/12_Desenvolvimento-de-dieta-enteral.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. 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](http://www.ccates.org.br/content/_pdf/PUB_1429797866.pdf).
9. Danone S A. Infantrini. Disponível em: <https://www.mundodanone.com.br/infantrini-po-400g.html?page=1>.

#### **V – DATA:**

16/03/2022

NATJUS – TJMG