

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS E PESQUISAS EM DIREITOS HUMANOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DIREITOS HUMANOS**

**ACESSO À ALIMENTAÇÃO ESPECIAL NO BRASIL: POLÍTICA PÚBLICA E DIREITOS
HUMANOS**

JULIANA CARNEIRO DE SOUZA

**Goiânia
2016**

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação


Nome completo do autor: Juliana Carneiro de Souza

Título do trabalho: ACESSO À ALIMENTAÇÃO ESPECIAL NO BRASIL: POLÍTICA PÚBLICA E DIREITOS HUMANOS

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)

Data: 01 /08 / 2016

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS E PESQUISAS EM DIREITOS HUMANOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DIREITOS HUMANOS**

**ACESSO À ALIMENTAÇÃO ESPECIAL NO BRASIL: POLÍTICA PÚBLICA E DIREITOS
HUMANOS**

JULIANA CARNEIRO DE SOUZA

Dissertação apresentada ao Programa Interdisciplinar de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Direitos Humanos da Universidade Federal de Goiás, na linha de práticas e representações sociais de promoção e Defesa dos Direitos Humanos como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestre em Direitos Humanos, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Cerise de Castro Campos

**Goiânia
2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Carneiro de Souza, Juliana

ACESSO À ALIMENTAÇÃO ESPECIAL NO BRASIL: [manuscrito] :
POLÍTICA PÚBLICA E DIREITOS HUMANOS / Juliana Carneiro de
Souza. - 2016.

CXXXII, 132 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Cerise de Castro Campos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró
reitoria de Pós-graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em
Direitos Humanos, Goiânia, 2016.

Bibliografia.

Inclui siglas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Direitos Humanos. 2. Fórmula alimentar infantil. 3. Mortalidade
infantil. I. de Castro Campos, Cerise, orient. II. Título.

JULIANA CARNEIRO DE SOUZA

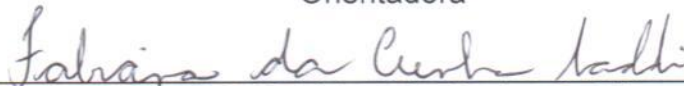
**ACESSO À ALIMENTAÇÃO ESPECIAL NO BRASIL:
POLÍTICA PÚBLICA E DIREITOS HUMANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Direitos Humanos da Universidade Federal de Goiás como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Direitos Humanos.

Aprovada em 11 de fevereiro de 2016.



Prof.^a. Dr.^a Cerise de Castro Campos
Orientadora



Prof.^a. Dr.^a Fabiana da Cunha Saddi
Membro externo



Prof. Dr Mauro Machado do Prado
Membro interno

**Goiânia
2016**

Este trabalho é dedicado ao meu querido e amado Antonio Marcos M. Medeiros e aos meus pais Maria Neide e Lázaro, pelo incentivo, e a Dra. Eloísa Maria da Costa Pereira (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, ser maravilhoso que meu deu força e fé para acreditar no que seria impossível realizar.

Aos Professores Dr^a Cerise de Castro Campos e Dr. Mauro Machado do Prado pela atenção e apoio durante o processo de definição e orientação da pesquisa.

A Professora Dra Fabiana da Cunha Saddi pelos ensinamentos e atenção.

Ao Dr. José Augusto de Figueiredo Falcão, que contribuiu para meu crescimento intelectual e pessoal.

Aos amigos pelo apoio e pela presença em cada momento da minha vida.

Aos funcionários do Núcleo Interdisciplinar de estudos e pesquisas em Direitos Humanos da Universidade Federal de Goiás pela compreensão e ajuda para a realização do Curso de Mestrado.

"As idéias e as estratégias são importantes, mas o verdadeiro desafio é a sua execução."

Percy Barnevick

"Quando falta saúde, a sabedoria não se revela, a arte não se manifesta, a força não luta, a riqueza é inútil e a inteligência é inaplicável."

Herophilus (335-280 a.C)

RESUMO

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) está consagrado no Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. No Brasil, somente em 2010, este direito foi inserido como direito social no dispositivo 6º da Constituição da República Federativa. O estudo busca debater as garantias do acesso à alimentação adequada de lactentes e crianças com necessidades alimentares especiais transitórias ou definitivas, que em função de alterações metabólicas, fisiológicas ou patologias necessitam de dieta alimentar exclusiva. Dentre as alterações, é possível citar doenças que afetam o trato gastrointestinal (vômitos, diarreias), hipersensibilidades alimentares (alergias), desnutrição e erros inatos do metabolismo. A falta ou falha no fornecimento de fórmulas dietéticas especiais pode prejudicar o crescimento e desenvolvimento humano e, até mesmo, levar o indivíduo a morte. A diarreia é uma das principais causas da mortalidade infantil, matando mais crianças do que a AIDS, a malária e o sarampo juntos¹. Considerando o impacto das mortes infantis por diarreia, em 2006, os gestores brasileiros do Sistema Único de Saúde (SUS) firmaram o Pacto pela Vida, que tinha por objetivo reduzir a mortalidade neonatal em 5% e em 50% os óbitos infantis por doença diarréica. O método qualitativo indutivo utilizado para análise dos dados coletados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - DATASUS comprovou que houve um decréscimo nas mortes de lactentes e crianças até 01 ano de idade nas regiões brasileiras no período de 2006 a 2013.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Fórmula alimentar infantil. Mortalidade infantil.

¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diarrhoea**: Why children are still dying and what can be done can be done. 2009. Disponível em: http://www.unicef.org/media/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf. Disponível em: http://www.unicef.org/media/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf. Acesso em 15 Out. 2015.

ABSTRACT

The human right to adequate food (DHAA) is enshrined in article 25 of the Universal Declaration of Human Rights, 1948. In Brazil, only in 2010, this right was inserted as a social right in the article 6 of the Constitution of the Federal Republic. The study discuss the guarantees of access to adequate food for infants and children with special dietary needs transitional or permanent, that due to metabolic changes, physiological or pathological conditions require exclusive diet. Among the changes, it is possible to cite illnesses affecting the gastrointestinal tract (vomiting, diarrhea), food hypersensitivities (allergies), malnutrition and inborn errors of metabolism. The lack or failure to provide special dietary formulas may damage the human growth and development and even consequence the death. Diarrhoea is a major cause of child mortality, killing more children than AIDS, malaria and measles combined. Considering the impact of child deaths from diarrhea in 2006, Brazilian managers of the Unified Health System (SUS) signed the Pact for Life, which aimed to reduce neonatal mortality by 5% and 50% infant deaths from diarrheal disease. The inductive qualitative method used to analyze the data collected in the Mortality Information System (SIM) - DATASUS demonstrated that there was a decrease in the deaths of infants and children up to 01 years of age in the Brazilian regions in the 2006-2013.

Key-words: Human rights. Infant formula. Child mortality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica das dimensões da alimentação adequada.....	31
Figura 2 - Condições socioeconômicas, culturais e ambientais - Determinantes Sociais da Saúde	32
Figura 3 - Roteiro prático da dieta de eliminação	69
Figura 4 - Mortalidade infantil brasileira – Período: 2006 - 2013.....	101
Figura 5 - Mortalidade infantil brasileira – Período: 2006 - 2013.....	101
Figura 6 - Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Centro-Oeste – Período: 2006 - 2013.....	103
Figura 7 - Mortalidade infantil na Região Centro-oeste – CIDs específicas - Período: 2006 -2013	104
Figura 8 - Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Nordeste – Período: 2006 - 2013.....	105
Figura 9 - Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Nordeste - Período: 2006 - 2013.....	106
Figura 10 - Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Norte – Período: 2006 - 2013.....	107
Figura 11 - Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Norte – Período: 2006 - 2013.....	108
Figura 12 – Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Sudeste – Período: 2006 - 2013.....	109
Figura 13 – Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Sudeste – Período: 2006 - 2013.....	110
Figura 14 – Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Sul – Período: 2006 - 2013	111
Figura 15 – Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Sul – Período: 2006 - 2013	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Fórmulas infantis	44
Tabela 2 - Classificação Internacional de Doenças (distúrbios alimentares frequentes que afetam a população infantil)	45
Tabela 3 - Fórmulas infantis e pediátricas e as indicações de uso	46
Tabela 4 - Ingestão dietética de referência (IDR): Ingestão Recomendada para Indivíduos, Macronutrientes (Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies)*	50
Tabela 5 - Ingestão dietética de referência (IDR): Ingestão Individual de Elementos Recomendada (Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies)*	50
Tabela 6 - Ingestão dietética de referência (IDR): Ingestão Individual de Elementos Recomendada (Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies)*	51
Tabela 7 - Ingestão dietética de referência (IDR): Ingestão Recomendada Individual de Vitaminas (Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies)*	52
Tabela 8 - Ingestão dietética de referência (IDR): Ingestão Recomendada Individual de Vitaminas (Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies)*	53
Tabela 9 - Distúrbios de malabsorção associados a defeito generalizado das mucosas	64
Tabela 10 - Reações adversas a alimentos	65
Tabela 11 - Diagnóstico Diferencial de reações adversas a alimentos	66
Tabela 12 - Manifestações clínicas digestivas e extra-digestivas prevalentes na alergia à proteína do leite de vaca	68
Tabela 13 - Comparativo na composição do leite materno com as fórmulas completas baseadas em leite de vaca	72
Tabela 14 - Classificação das fórmulas industrializadas quanto à apresentação dos nutrientes.....	75
Tabela 15 - Dietas enterais pediátricas: tipo e apresentação comercial	76
Tabela 16 - Dietas enterais pediátricas industrializadas para uso em lactentes menores de 01 (um) ano de idade	78

Tabela 17 - Fórmulas infantis para lactentes à base de leite de vaca.....	79
Tabela 18 - Fórmulas infantis para lactentes à base de leite de soja, sem lactose...	79
Tabela 19 - Fórmulas infantis dietoterápicas hidrolisadas e elementares	80
Tabela 20 - Fórmulas recomendadas aos pacientes pediátricos com alergia à proteína do leite de vaca	81
Tabela 21 - Fórmulas recomendadas aos pacientes pediátricos com alergia à proteína do leite de vaca	81
Tabela 22 - Componentes da Assistência Farmacêutica	89
Tabela 23 - Indicação de uso das fórmulas infantis pelo Ministério da Saúde Brasileiro para indivíduos com alergia à proteína do leite da vaca.....	95
Tabela 24 - Classificação Internacional de Doenças (distúrbios alimentares frequentes que afetam a população infantil)	100
Tabela 25 - Total geral por ano da mortalidade infantil na Região Centro-Oeste para as CIDs selecionadas.....	103
Tabela 26 - Detalhamento da mortalidade infantil na Região Centro-oeste para as CID's selecionadas – Período 2006 - 2013	104
Tabela 27 - Total geral por ano da mortalidade infantil na Região Nordeste para as CIDs selecionadas	105
Tabela 28 - Detalhamento da mortalidade infantil na Região Nordeste para as CIDs selecionadas – Período 2006 - 2013.....	106
Tabela 29 - Total geral por ano da mortalidade infantil na Região Norte para as CIDs selecionadas	107
Tabela 30 - Detalhamento da mortalidade infantil na Região Norte para as CIDs selecionadas – Período 2006 - 2013.....	108
Tabela 31 - Total geral por ano da mortalidade infantil na Região Sudeste para as CIDs selecionadas	109
Tabela 32 - Detalhamento da mortalidade infantil na Região Sudeste para as CIDs selecionadas – Período 2006 - 2013.....	110
Tabela 33 - Total geral por ano da mortalidade infantil na Região Sul para as CIDs selecionadas	111
Tabela 34 - Detalhamento da mortalidade infantil na Região Sul para as CIDs selecionadas – Período 2006 - 2013.....	112

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

- ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APLV** - Alergia a proteína do leite de vaca
- CEME** - Central de Medicamentos
- CONSEA** - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
- DHHA** - Direito humano à alimentação adequada
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDR** - Ingestão Diária Recomendada
- INAN** - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
- EIM** - Erros Inatos do Metabolismo
- EUA** - Estados Unidos da América do Norte
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- OPS** - Organização Pan Americana de Saúde
- PCDT** - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
- PIDESC** - Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
- PRONAN** - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
- QDR** - Quantidade Diária Recomendada
- RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- SIM** - Sistema de Informação sobre Mortalidade
- SISAN** - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- SPT** - Saúde para Todos
- TPO** - Teste de Provocação Oral
- UNICEF** - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	DIREITOS HUMANOS E SAÚDE: CAMPO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS	19
2.1	A interdisciplinaridade entre os campos de estudo	26
2.2	A política pública de saúde no Brasil e a alimentação	31
3	A DIETA ESPECIAL DE LACTENTES E CRIANÇAS COM DOENÇAS NO TRATO GASTROINTESTINAL OU NECESSIDADES ALIMENTARES ESPECÍFICAS	41
3.1	Os nutrientes na dieta alimentar	47
3.2	Desnutrição infantil.....	59
3.3	Fibrose cística e outras doenças pulmonares crônicas.....	60
3.4	Distúrbios gastrointestinais	60
3.4.1	Diarreias	61
3.4.2	Vômito	62
3.4.3	Síndrome de intestino curto.....	63
3.4.4	Distúrbios de malabsorção	63
3.5	Hipersensibilidade alimentar (alergia alimentar)	65
3.6	Erros inatos do metabolismo.....	71
3.7	As fórmulas alimentares disponíveis no mercado	71
4	O ESTADO E A DISTRIBUIÇÃO DAS FÓRMULAS ALIMENTARES ESPECIAIS	84
4.1	Financiamento da Saúde Pública Brasileira.....	88
4.1.1	Orçamento público.....	91
4.2	Assistência terapêutica à lactentes e crianças com necessidades alimentares específicas no Sistema Único de Saúde Brasileiro: CONITEC e os Protocolos Clínicos	93
4.3	A judicialização do acesso ao alimento especial como consequência da omissão do Estado.....	97
4.4	Sistema de Informações do Sistema Único de Saúde - DATASUS: Mortalidade infantil por doenças ou situações clínicas que acometem o trato gastrointestinal.....	99
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119

1 INTRODUÇÃO

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), em âmbito mundial, está consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, no Artigo 25². No Brasil, somente em 2010, com a publicação da Emenda Constitucional nº 64, este direito foi inserido no dispositivo 6º da Constituição da República Federativa como direito social³.

A expressão Direito Humano à Alimentação Adequada surgiu em 1966 no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) elaborado pela Assembléia Geral das Nações Unidas⁴.

Os principais conceitos adotados na definição de Direito Humano à Alimentação Adequada são a disponibilidade de alimentos, a adequação, a acessibilidade e estabilidade do fornecimento⁵.

As pessoas que estão passando fome, desnutridas, mal nutridas ou, em situação de insegurança alimentar têm os seus direitos violados. A violação pode ser caracterizada pela omissão estatal, condizente com a falta de uma política pública brasileira que efetive o direito o direito social à alimentação.

BURITY (2010) define o termo “passar fome” como a situação na qual não há alimentos em quantidade e qualidade adequada, de forma regular, que satisfaça as necessidades alimentares e nutricionais. A desnutrição é consequência da falta de alimento adequado, provocando desordens físicas, como por exemplo, a perda de peso, anemia. A má nutrição é caracterizada pela deficiência dos nutrientes, decorrentes da alimentação ou modo de vida não saudável. A situação de insegurança alimentar é a dúvida ou falta de garantia de que as pessoas terão acesso ao alimento em quantidade e qualidade adequada.

² ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948. **Declaração universal dos direitos humanos**. Artigo 25: I) Todo o homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda de meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. Disponível em: <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml#ap>. Acesso em 04 abr. 2014.

³ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Art. 6º** São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. 1988. São Paulo. Saraiva: 2014.

⁴ LEAO, Marília (Org.). O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional. Brasília: ABRANDH, 2013. 263p.

⁵ BURITY, V. *et al.* Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. Brasília: 2010. p. 59.

O objeto deste estudo é expor quais são as garantias do acesso à alimentação adequada de pessoas com necessidades alimentares especiais transitórias ou definitivas, que, em função de alterações metabólicas, fisiológicas ou patologias, devem fazer uso de dieta alimentar exclusiva.

O foco específico deste trabalho abrange lactentes e crianças até 01 ano de idade completo⁶ que desenvolvem condições clínicas que exige o uso de dieta alimentar exclusiva, como, por exemplo, doenças que afetam o trato gastrointestinal (vômitos, diarreia), hipersensibilidades alimentares (alergias), desnutrição e erros inatos do metabolismo. Ressalta-se que as hipersensibilidades alimentares podem se desenvolver em qualquer faixa etária.

Estas situações clínicas alteradas são consideradas *deficiências*⁷ à luz do Artigo 3º, inciso I, do Decreto nº 3.298, de 20 de Dezembro de 1999, merecendo proteção do Poder Público.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no intuito de alertar as pessoas sobre a importância das alergias alimentares, definiu o dia 08 de julho como dia mundial da alergia⁸.

O fornecimento de alimentos a este grupo sensível exige uma articulação entre as políticas públicas brasileiras, nos campos da saúde, nutrição, educação e assistência social, a fim de potencializar as ações e efetivar os direitos fundamentais.

A *Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948*⁹ expôs, em seu Artigo XXV, inciso I, que todo ser humano tem direito à saúde e bem-estar, inclusive alimentação. Aduz o inciso II que a infância tem direito a cuidados e assistência especiais.

⁶ Lactente são crianças de 0 a 1 ano de idade incompleto e crianças de primeira infância são aquelas de 1 a 3 anos de idade. Fonte: UNESCO. Rede IBFAN Brasil, Projeto I ENSAPI. **Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância**. Organização Mundial de Saúde: 2003.

⁷ BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. **Art. 3, inciso I:** deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: 02 nov. 2015.

⁸ WORLD ALLERGY ORGANIZATION (WAO), 2005. **World allergy organization lança, em congresso, na Alemanha, o dia 8 de julho como dia mundial da alergia**. Disponível em: <<http://www.sbai.org.br/secao.asp?s=51&id=272>>. Acesso em 02 nov. 2015.

⁹ ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração universal dos direitos humanos 1948. Disponível em: <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml#ap>. Acesso em 04 abr. 2014.

Paralelo à referida *Declaração*, surgiram, em âmbito mundial, as Cartas de Promoção da Saúde¹⁰ e, no âmbito brasileiro, o Plano Nacional para a Saúde Brasileira¹¹ e a Política Nacional de Humanização do SUS¹², que recomendam aos Estados elaboração de políticas públicas efetivas para manutenção e recuperação da saúde dos povos.

O conceito de saúde defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS/1946)¹³ é o completo bem-estar físico, social e mental e não somente a ausência de doenças.

O Plano Nacional Brasileiro para a Saúde¹⁴, que vigorou de 2012 a 2015, insere no Sistema Único de Saúde – SUS – diretrizes para a promoção da atenção integral à saúde da criança, consoante a universalidade, a integralidade e equidade do acesso ao sistema público de saúde, representados pela estratégia de alimentação complementar saudável, atendimento diferenciado e especializado para as crianças de maior risco nutricional.

A universalidade e a integralidade são conceitos definidos na Lei 8080/1990, dispendo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A universalidade¹⁵ representa a saúde como direito de todos e dever do Estado de prover serviços e ações a que garanta. A integralidade¹⁶ é a atenção à saúde, em todos os níveis de complexidade, observando as necessidades específicas das pessoas ou grupos de pessoas.

O princípio da integralidade se aproxima do princípio da equidade, que também está inserido no contexto da Lei 8080/90. A equidade é o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos diferentes para alcançar direitos iguais.

¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56p.

¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 114 p.

¹² BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p.

¹³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición. **Constitución de la organización mundial de la salud**. Octubre de 2006. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Acesso em 15 mai. 2014.

¹⁴ Brasil. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 114 p.

¹⁵ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Artigo 7º, I**: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 01 nov. 2015.

¹⁶ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Artigo 7º, II**: integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 01 nov. 2015.

Nas palavras de ASENSI (2012, p.11) o princípio da equidade exprime ideia de justiça social, pois busca a redução das desigualdades entre os sujeitos do direito à saúde.

O direito à saúde ao ser positivado no Artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988 define o acesso aos serviços e produtos como universal e igualitário, não impondo limites materiais ou formais para a sua efetivação¹⁷. O fornecimento de alimento para dieta especial faz parte do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica¹⁸.

Em 2006, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) assumiram o compromisso público de enfatizar as necessidades de saúde da população, definindo prioridades a ser articuladas e integradas, descritas na Portaria nº 399 de 22 de Fevereiro de 2006.

A Portaria nº 399/2006 aprovou as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS em três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Destacamos as prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida, cujos objetivos, em 2006, era a redução da mortalidade neonatal em 5% e, a redução em 50% os óbitos por doença diarreica, estipulando como estratégia de saúde da família, o fortalecimento da atenção básica.

A assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde foram definidas na Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. A normativa também criou o CONITEC, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, que tem por finalidade assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, exclusão ou alteração das tecnologias em saúde pelo SUS. Além disso, a Comissão atua na elaboração ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT.

O CONITEC preconizou o uso de fórmulas infantis, à base de soja, à base de proteína extensamente hidrolisada com ou sem lactose e à base de aminoácidos, para crianças de até vinte e quatro meses de idade que demonstram quadro clínico sugestivo e resultados positivos para o teste de provocação oral (TPO) compatíveis à proteína do leite de vaca ou, que apresentem reação alérgica de forma

¹⁷ Sobre o assunto, Gilmar Ferreira Mendes (2015, p. 197), “outras vezes, o próprio texto constitucional impõe diretamente, na definição da garantia, ou em disposição autônoma, um limite expresso ao exercício do direito individual assegurado.”

¹⁸ BRASIL. Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009 - **Art.1º (...)** § 2º Os medicamentos e insumos para o Combate ao Tabagismo e para a Alimentação e Nutrição integram o Componente Estratégico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica.

generalizada importante em um ou mais órgão, desencadeada imediatamente ou em até duas horas após a ingestão de alimentos contendo proteína do leite de vaca (CONITEC, 2014, p.5).

O Ministério da Saúde, até o ano de 2015, não conseguiu padronizar Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para as doenças mais frequentes no Brasil. Mas, em janeiro de 2014, foi publicada a Portaria nº 199, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras, a qual inclui os erros inatos do metabolismo.

Embora o Estado brasileiro disponibilize, por meio de listas padronizadas, somente alguns tipos de fórmulas dietéticas. Os familiares das crianças que necessitam de dietas, que não estão disponíveis gratuitamente, promovem a judicialização da saúde, ou seja, exigem o cumprimento deste direito perante um Tribunal de Justiça.

É possível citar como justificativa do fenômeno da judicialização, a ineficácia das ações legislativas e executivas, insuficientes no provimento de um sistema de saúde eficiente capaz de atender as demandas sociais ou os casos de fornecimento de uma dieta alimentar alheia ao que o Estado fornece a título gratuito.

A falta ou falha no fornecimento da fórmula alimentar definida pelo profissional nutricionista, que acompanha o paciente, pode levá-lo à morte.

O quantitativo das mortes infantis pela falta de fornecimento de alimentação adequada, aos indivíduos que demandam necessidades especiais de nutrientes, foram coletados no Sistema de Informação sobre Mortalidade do DATASUS¹⁹.

O capítulo 2 demonstrará a influência da alimentação na saúde infantil, bem como a definição deste direito como fundamental na Constituição de um Estado ou como Direito Humano ao referenciá-lo em norma internacional. O direito fundamental é descrito como uma carência do indivíduo, que deve ser protegido por meio de políticas públicas.

¹⁹ DATASUS: compromisso assumido pelo Governo Brasileiro, para a organização dos arquivos em meio magnético e implementação para disseminação eletrônica. O DATASUS (Departamento de Informática do SUS) possibilita a implantação em todo o território nacional, dos registros de Morbidade Hospitalar e Ambulatorial, compatibilizando estes registros entre todos os sistemas que lidam com morbidade. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cid-10>. Acesso em 06 Dez. 2015.

2 DIREITOS HUMANOS E SAÚDE: CAMPO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS

O capítulo abordará o conceito, a origem dos direitos humanos e a sua relação com os campos da ciência. Embora o marco mais significativo seja a Declaração dos Direitos Humanos do ano de 1948, a pesquisa histórica revela que a concepção destes direitos já era discutida no mundo antigo.

A promoção dos direitos fundamentais, caracterizados como aqueles descritos formalmente na Constituição de um Estado, requer um esforço conjunto da sociedade que deve exigir a elaboração de políticas públicas sociais e os Governantes que devem ter sensibilidade de alocar verbas, recursos humanos e materiais para a sua efetivação.

Os direitos fundamentais estão relacionados a interesses e carências que podem e devem ser protegidos. A necessidade do respeito, proteção e promoção está fundamentada no próprio direito. Portanto, uma carência ou interesse é considerada fundamental quando a violação ou não satisfação não garantir o mínimo existencial a ser constituído pelo direito (ALEXY, 2011, p. 48).

Durante o século XIX, havia um consenso de que os direitos humanos deveriam ser invocados sempre que algum indivíduo necessitasse de proteção em face da soberania do Estado e contra a arbitrariedade da sociedade:

[...] Os Direitos do Homem, solenemente proclamados pelas revoluções francesa e americana como novo fundamento para as sociedades civilizadas, jamais haviam constituído questão prática em política. Durante o século XIX esses direitos haviam sido invocados de modo bastante negligente, para defender certos indivíduos contra o poder crescente do Estado e para atenuar a insegurança social causada pela Revolução Industrial. Nessa época, o significado dos direitos humanos adquiriu a conotação de slogans usados pelos protetores dos subprivilegiados, um direito de exceção para quem não dispunha de direitos usuais (ARENDR, 1998, p. 326).

A respeito dessa necessidade de proteção, Hannah Arendt *apud* Lafer (2006, p.22-3), comenta sobre os *displaced people* - refugiados e apátridas. Com a Primeira Guerra Mundial, os Estados foram desagregados e, em 1929, devido à crise econômica, houve restrição à livre circulação de pessoas. Este quadro é completado pela Alemanha nazista e União Soviética que cancelaram a nacionalidade de forma arbitrária por motivos político-ideológicos:

Foi isto que levou Hannah Arendt, ao discutir a experiência histórica dos *displaced people*, a concluir que não basta declarar e proclamar os direitos humanos, como algo inerente à natureza humana. Eles não são um dado, mas um construído da convivência coletiva. Requerem acesso a um espaço público comum para ensejar a igualdade em dignidade e direito dos seres humanos. É neste sentido que ela conclui que a cidadania é a condição da possibilidade do direito a ter direitos. E nesta linha postula que o direito do ser humano à cidadania requer uma tutela internacional (LAFER, 2006, p. 23-4).

A fim de conceituar os termos *direitos humanos*, *direitos do homem* e *direitos fundamentais*, Gilmar Mendes (2015, p.147) afirma:

A **expressão direitos humanos, ou direitos do homem**, é reservada para aquelas reivindicações de perene respeito a certas posições essenciais ao homem. São direitos postulados em bases jusnaturalistas, contam índole filosófica e não possuem como característica básica a positivação numa ordem jurídica particular.

A **expressão direitos humanos**, ainda, e até por conta da sua vocação universalista, supranacional, é empregada para designar pretensões de respeito à pessoa humana, inseridas em documentos de direito internacional.

Já a locução **direitos fundamentais** é reservada aos direitos relacionados com posições básicas das pessoas, inscritos em diplomas normativos de cada Estado. São direitos que vigem numa ordem jurídica concreta, sendo, por isso, garantidos e limitados no espaço e no tempo, pois são assegurados na medida em que cada Estado os consagra (MENDES, 2015, p.147). (nn)

É imprecisa a data do surgimento dos Direitos Humanos. Segundo Ingo Sarlet, os direitos fundamentais não surgiram no mundo antigo, mas a concepção das ideias para o reconhecimento dos Direitos Humanos (entendidos como direitos inerentes à condição humana) surgiu naquele período: "De modo especial, os valores da dignidade da pessoa humana, da liberdade e da igualdade dos homens encontram suas raízes na filosofia clássica, especialmente no pensamento greco-romano e na tradição judaico-cristã" (SARLET, 2012, p. 252).

Os estudiosos da evolução dos Direitos Humanos e Direitos Fundamentais comentam que foi na Inglaterra da Idade Média, no século XIII, que surgiu o documento mais significante que aborda estes direitos, denominado *Magna Charta Libertatum*, um pacto firmado em 1215, pelo Rei João Sem-Terra, bispos e barões ingleses. Embora o documento tenha sido elaborado para garantir aos nobres ingleses alguns privilégios feudais, serviu como referência para alguns direitos e

liberdades civis clássicos, como o *habeas corpus*, o devido processo legal e a garantia da propriedade:

Todavia em que pese possa ser considerado o mais importante documento da época, a *Magna Charta* não foi o único, nem o primeiro, destacando-se, já nos séculos XII e XIII, as assim chamadas cartas de franquia e os forais outorgados pelos reis portugueses e espanhóis (SARLET, 2012, p. 255).

Por outro lado, Luhmann²⁰ (1995) afirma que “o problema da fundamentação dos direitos humanos é uma herança que a decadência do antigo Direito Natural europeu nos deixou”:

É somente com a chegada da modernidade que o indivíduo como tal se tornou um possuidor de direitos: a partir da Idade Média em diante, uma concepção subjectiva dos direitos foi introduzida. De acordo com Luhmann direitos subjetivos são os direitos dos que têm qualidade legal, porque eles são devido a um sujeito e, portanto, não precisa de mais base. A base legal, portanto, não mais a ordem social, mas o próprio indivíduo, aqui concebido como um sujeito jurídico. E os direitos não são mais vistos como uma coisa objetiva (*res iusta*), mas como um atributo próprio: a força de vontade (*potestas*) ou à capacidade (*facultas*) de agir livremente ou dispor sobre algo. [...] Todos os indivíduos são, então, titulares de direitos subjetivos, simplesmente porque eles são um "sujeito", ou seja, um indivíduo que não é mais definido por seu seu status social, mas quem tem a capacidade de definir-se a si mesmo (VERSCHRAEGEN, 2002, p.265).

A inauguração simbólica e o marco inicial da modernidade podem ser identificados cronologicamente com a aprovação dos documentos revolucionários do século XVIII: para os norte-americanos - *Declaration of Independence* (1776) e Bill of Rights (1791); para os franceses *Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen* (1789). O encerramento simbólico da modernidade ocorreu com a queda do muro de Berlim, em 1989 (DOUZINAS, 2009, p.99).

Os direitos humanos são uma conquista da sociedade moderna, também caracterizados como uma construção ou invenção da modernidade. Segundo NEVES (2005, p.6), não se deve concluir que os direitos humanos sejam inventados, correspondendo a radicais transformações da estrutura societária, implicando na Revolução dos Direitos Humanos, que surgem como exigência funcional,

²⁰ LUHMANN, Niklas. O paradoxo dos direitos humanos e três formas de seu desdobramento. Tradução, prefácio e notas: Ricardo Henrique Arruda de Paula e Paulo Antônio de Menezes Albuquerque. **Themis**, Fortaleza, v. 3, n 1, p 153-161, 2000.

pretendendo tornar possível, os diferentes entendimentos dos grupos e pessoas em relação a valores, expectativas normativas e interesses.

Em contraste, surge a época da pós-modernidade, caracterizada pela reorganização proviente do capitalismo multinacional e a globalização econômica, cujas pessoas creem menos na política e nas ideias revolucionárias, buscando os seus referenciais de identificação em si mesmas e não mais nos grandes coletivos, “uma das principais características do que eles chamam de época hipermoderna ou supermoderna: a figura do excesso e da deformação notadamente no que se refere ao *eu*” (RIOS, 2009, p.8).

A humanização surgiu neste contexto histórico, do meio do século XX, paralelo aos conceitos de Direitos Humanos, cidadania, bioética, para balizar o individualismo e a perda de apoio social e ético, que cria as condições para a intolerância e à diferença, sendo o outro indivíduo visto como ameaça e não como aliado ou parceiro (RIOS, 2009, p.8).

Independentemente da precisão histórica do surgimento dos direitos humanos, Celso Lafer afirma:

[...] os direitos humanos inauguram a plenitude da perspectiva *ex parte populi*, delimitando a perspectiva *ex parte principis* e impondo restrições à discricionariedade da "razão de estado" dos governantes. Daí a conexão e o inter-relacionamento entre direitos humanos e democracia e entre direitos humanos e o estado de direito, que enseja a garantia da sua tutela (LAFER, 2006, p. 13).

A proteção de um direito fundamental engloba ideias fáticas e jurídicas que devem estar incorporadas na norma jurídica, descrevendo os bens ou objetos que devem ser protegidos ou garantidos. De forma semelhante, na proteção de um direito individual, além de identificar o objeto a ser protegido, é necessário identificar contra qual o tipo de agressão ou restrição se deseja a tutela (MENDES, 2015, p.192-3).

Não há uma definição para direitos do homem, segundo Bobbio. Para o autor, as definições são tautológicas, ou seja, expressão das mesmas ideias de forma diferente; são manifestações da vontade dos ideais de direito sem definição de conteúdo ou, apresentam alguma definição de conteúdo de que são esses direitos, acompanhados por *termos avaliativos*. Esses termos assumem variações de acordo com a ideologia do intérprete (BOBBIO, 1909/2004, p.17).

A lista representativa dos direitos do homem sofre variações ao longo da história. Como exemplo, cita-se a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão do século XVIII na França, que não mencionava os direitos sociais, mas, a partir do século XIX, estão presentes em diversas Declarações que tratam dos direitos do homem.

Entretanto, segundo ALEXY (2011, p.42-3) existem problemas relacionados ao reconhecimento dos direitos do homem: a) *Problemas epistêmicos* que abordam se e como os direitos do homem podem ser fundamentados ou reconhecidos; b) *Problemas substanciais* surgiram do questionamento de quais direitos do homem deveriam ser reconhecidos; c) *Problemas institucionais*: todo homem tem uma pretensão "de uma ordem social e internacional, na qual os direitos e liberdades, citados na presente declaração, podem ser realizados plenamente" ²¹.

Embora exista a problemática para o reconhecimento dos direitos do homem, estes direitos são caracterizados como universais, morais, fundamentais, preferenciais e abstratos, o que os distingue dos demais direitos (ALEXY, 2011, p.45).

A universalidade dos direitos refere-se à totalidade dos seus titulares e destinatários, ou seja, compete a todos os homens. Contudo, o conceito da palavra homem não está bem delimitado, visto que se empregar o conceito biológico subentende-se que somente os *homens* enquanto indivíduos seriam titulares de direitos do homem. Deste feito, grupos, comunidades e estados determinados seriam prejudicados em seus direitos à existência, identidade ou desenvolvimento, que apesar da composição, não seria considerados como titulares de direitos: "Podem existir bons fundamentos para tais direitos, mas se deveria, porém, designar eles como aquilo que eles são, ou seja, como "direitos grupais", "comunitários" ou "estatais" (ALEXY, 2011, p. 45-6).

Em 1993, a Declaração de Viena²², Conferência Mundial sobre Direitos do Homem, legitimou, no item 5, a universalidade dos direitos humanos aliados à indivisibilidade, interrelação e interdependência:

²¹ ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948. Declaração universal dos direitos humanos. **Artigo 28:** Toda a pessoa tem direito a que reine, no plano social e no plano internacional, uma ordem capaz de tornar plenamente efectivos os direitos e as liberdades enunciadas na presente Declaração Disponível em: <<http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml#ap>>. Acesso em 07 abr. 2015.

²² DECLARAÇÃO DE VIENA. Conferência mundial sobre os direitos do homem, 1993. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/viena/viena.html>. Acesso em 13 Dez. 2015.

5. Todos os Direitos do homem são universais, indivisíveis, interdependentes e interrelacionados. A comunidade internacional tem de considerar globalmente os Direitos do homem, de forma justa e equitativa e com igual ênfase. Embora se devam ter sempre presente o significado das especificidades nacionais e regionais e os antecedentes históricos, culturais e religiosos, compete aos Estados, independentemente dos seus sistemas político, económico e cultural, promover e proteger todos os Direitos do homem e liberdades fundamentais (Conferência Mundial sobre os Direitos do Homem, 1993).

A interrelação, nas palavras de ROTHENBURG (1999, p.58), indica a interação e influência recíproca de certos direitos fundamentais, cujos conteúdos podem ser vinculados a outros, se complementado de forma recíproca.

Assim sendo, é possível relacionarmos o direito à alimentação intimamente ligado ao direito à vida, a interdependência de um em relação ao outro para a sua concretização no plano fático.

Os direitos morais citados por ALEXY (2011, p.46-7) apresentam conceito ambíguo e, para que sejam válidos ou existentes é suficiente que a norma de sua base valha moralmente, ou seja, quando detém uma fundamentação racional passível de ser justificada:

Direitos jurídicos-positivos nascem - como todas as normas do direito positivo - por atos de fixação, por exemplo, por contrato, dação de constituição, decisão de lei ou uma prática judicial ou social e dependem em sua existência - outra vez, como todas as normas do direito positivo - disto, se eles obtêm e conservam um mínimo de eficácia ou oportunidade de eficácia social. Direitos morais podem, simultaneamente, ser direitos jurídico-positivos, sua validade, porém, não pressupõe uma positivização (ALEXY, 2011, p. 46-7).

Por sua vez, os direitos preferenciais referem-se à positividade na norma jurídica do Estado:

O direito do homem ao direito positivo não é um direito do homem ao direito positivo de qualquer conteúdo, mas a um direito positivo que respeita, protege e fomenta os direitos do homem, porque é justamente o asseguramento dos direitos do homem que fundamenta o direito do homem ao direito positivo. A observância dos direitos do homem é uma condição necessária para a legitimidade do direito positivo. A observância dos direitos do homem é uma condição necessária para a legitimidade do direito positivo. Nisto, que o direito positivo deve respeitar, proteger e fomentar os direitos do homem para ser legítimo, portanto, para satisfazer sua pretensão de correção, expressa-se a prioridade dos direitos do homem. Direitos do homem estão, com isso, em uma relação necessária para com o direito positivo, que está caracterizada pela prioridade dos direitos do homem (ALEXY, 2011, p. 47).

Os direitos abstratos, última característica dos direitos do homem, demonstram a necessidade de restrição e delimitação dos direitos de outros e preservação de bens coletivos. O limite aceitável é determinado por ponderação (ALEXY, 2011, p.47).

Adota-se, neste caso, o sentido da palavra ponderação, como a relação racional entre meios e fins que impõe restrições ao administrador. No meio jurídico, esta situação está representada pelo princípio da proporcionalidade, subdividido em três subprincípios: adequação, necessidade e proporcionalidade em sentido estrito (BARROSO, 2015, p. 291):

Além da *adequação* entre o meio empregado e o fim perseguido - isto é, a idoneidade da medida para produzir o resultado visado -, a ideia de razoabilidade compõe-se ainda de mais dois elementos. De um lado, a *necessidade* ou *exigibilidade* da medida, que impõe verificar a inexistência de meio menos gravoso para a consecução dos fins visados. (...) Por fim, a razoabilidade deve embutir, ainda, a ideia de proporcionalidade em sentido estrito, consistente na ponderação entre o ônus imposto e o benefício trazido, para constatar se a medida é legítima. (BARROSO, 2015, p. 294)

Os direitos fundamentais podem ser limitados ou restritos. Entretanto, “*em nenhum caso poderá ser um direito fundamental violado em sua essência*”, nos termos do Artigo 19, inciso II da Lei Fundamental alemã de 1949 ²³. O núcleo essencial, nas palavras de Theodor Maunz *apud* MENDES (2015, p. 213), é verificado frente ao processo de ponderação entre meios e fins, com referência no princípio da proporcionalidade, “seria aquele mínimo insuscetível de restrição ou redução com base nesse processo de ponderação. Segundo essa concepção, a proteção do núcleo essencial teria significado marcadamente declaratório.”

A ideia de núcleo essencial dos direitos fundamentais não está expressa no direito constitucional brasileiro, mas, advém do próprio modelo garantístico adotado, que veda qualquer proposta de emenda constitucional tendente a abolir os direitos e garantias individuais²⁴ (MENDES, 2015, p.215).

A realização dos direitos do homem exige uma organização, sendo o Estado necessário na imposição e decisão na execução destes direitos:

²³ MENDES, Gilmar Ferreira. **Curso de direito constitucional**. 10ª ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 212

²⁴ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Artigo 60**, §4º, IV: § 4º Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir: IV - os direitos e garantias individuais.

[...] Os direitos do homem levam, portanto, por três fundamentos para a necessidade do estado e direito: por causa da necessidade de sua imposição, em caso de necessidade também por coerção, da necessidade de não só discutir sobre questões de interpretação e ponderação, mas também decidi-las e por causa da necessidade de organizar o cumprimento de direitos do homem (ALEXY, 2011, p. 49).

O Estado elabora as ações que garantem o cumprimento aos direitos humanos através das políticas públicas. Segundo LYNN HUNT (2009, p.19), “os direitos humanos só se tornam significativos quando ganham conteúdo político”.

A respeito do conteúdo político dos direitos, desde que os direitos humanos deixaram de ser apenas teorias filosóficas, e se tornaram positivados por legisladores, estava superada a fase na qual eram considerados como simples reivindicações políticas ou éticas (MENDES, 2009, p.287-8).

A saúde como Direito de todos e dever do Estado foi positivada no Artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988, reformulando o Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial, definindo o acesso aos serviços e produtos como universal, gratuito e igualitário.

2.1 A interdisciplinaridade entre os campos de estudo

A interdisciplinaridade está relacionada com a gênese do processo de conhecimento. É um método para o entendimento, compreensão e esclarecimento de temas complexos (MINAYO, 2010, p.437). Segundo Pierre Weil *et al.* (1993, p. 15), este processo de relação entre conhecedor, conhecimento e conhecido, é composto por cinco fases.

Na primeira fase, predisciplinar, JUNG (*apud* WEIL *et al.*, 1993, p. 15-6) menciona que o conhecimento era provocado pelo equilíbrio das sensações, sentimento, razão e intuição. O conhecimento do Real era direto, não havendo distinção entre o conhecimento filosófico, científico ou religioso e nem a distinção entre ciência e tecnologia. Nas tradições esta fase é conhecida como a Idade do Ouro:

Trata-se da vivência de um espaço primordial onde reside o potencial energético de todos os fenômenos. As pessoas viviam nesse espaço primordial; melhor ainda, eram parte integrante e inseparável dele. E, como

tal, estavam celebrando essa harmonia sem fazer distinção do que era interior e exterior (WEIL, 1993, p. 15-6).

A segunda fase, fragmentação múltipla e pluridisciplinar, compreende a separação e a separatividade nos níveis do ser, do sujeito, do conhecimento, objeto conhecido. No **nível do ser** surge a separação entre conhecedor, conhecimento e conhecido que provoca alterações nos demais níveis (sujeito, conhecimento, objeto conhecido). No **nível do sujeito**, a fragmentação entre pensamento e ação origina tipos psicológicos diferentes (razão, sensação, intuição, sentimento) bem como em dois grandes grupos de disciplinas diferentes, a do conhecimento puro e da tecnologia, ou, as do conhecimento pelo conhecimento e as do conhecimento de métodos e técnicas da ação. No **nível do conhecimento**, este é puro e fragmentado em quatro campos com pouca ou nenhuma relação: ciência, a arte, a filosofia e a religião. No **nível do objeto conhecido**, ou seja, do universo e dos seus fenômenos, o objeto passou a ser conhecido nos níveis da matéria (quanto ao estado sólido, líquido, gasoso, ígneo), vida (vegetal, animal, humana) e a programação (informações no nível da matéria e nível da vida) (WEIL *et al.*, 1993, p. 18).

A divisão do objeto conhecido em diversas categorias provocou um significativo aumento das disciplinas, exigindo que seja feita correlação para o perfeito entendimento, caracterizada como a terceira fase, interdisciplinar, motivada pela força holística tendente a reunir em grupos abrangentes o que foi dissociado pela mente humana (WEIL *et al.*, 1993, p. 29).

Embora a interdisciplinaridade seja considerada uma forma de relacionamento entre os diversos campos do pensamento, Folari (2008, p.20) afirma que a *"a interdisciplinaridade não é propriamente uma criatura destinada a resolver os males da divisão do conhecimento."*

A quarta fase é denominada transdisciplinar. Para aclarar este termo, FOLARI (*apud* WEIL *et al.*, 1993, p.21), em 1980, elaborou um trabalho apontando a distinção entre os termos pluri ou multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade:

A pluri ou multidisciplinaridade é a justaposição de várias disciplinas sem nenhuma tentativa de síntese. É o modelo que predomina na universidade francesa.

A interdisciplinaridade trata "da síntese de duas ou várias disciplinas, instaurando um novo nível do discurso (metanível), caracterizado por uma nova linguagem descritiva e novas relações estruturais."

A transdisciplinaridade, segundo o autor, "é o reconhecimento da interdependência de todos os aspectos da realidade". A transdisciplinaridade é a consequência normal da síntese dialética provocada pela interdisciplinaridade, quando esta for bem-sucedida. Esse ideal, disse o autor, nunca estará completamente ao alcance da ciência, mas poderá orientar de modo decisivo a sua evolução (WEIL *et al.*, 1993, p. 31).

A quinta e última fase do conhecimento, é a fase holística, que compreende o retorno à primeira fase, predisciplinar (conhecimento provocado pelo equilíbrio das sensações, sentimento, razão e intuição) incorporada pela ciência moderna (WEIL *et al.*, 1993, p.36).

O termo disciplina foi caracterizado como um conjunto de conhecimentos específicos próprios do plano de ensino, de matérias, métodos e mecanismos (MICHAUD *apud* WEIL *et al.*, 1993, p.33-4). O termo apresenta as seguintes composições: a) **multidisciplinar** é a justaposição das disciplinas que aparentemente não há relação; b) **pluridisciplinar** é a justaposição de disciplinas próximas no domínio do conhecimento; c) **interdisciplinar** é a interação entre duas ou mais disciplinas, que vai desde a simples comunicação de ideias até a integração dos conceitos da epistemologia, da terminologia, dos procedimentos de dados e organização da pesquisa; d) **transdisciplinar** é a efetivação de verdades inquestionáveis comuns a determinadas disciplinas (WEIL *et al.*, 1993, p.34).

A interdisciplinaridade busca estabelecer as correlações e vínculos entre as disciplinas científicas (MINAYO, 1991, p.72).

Cita-se como exemplo de interdisciplinaridade, as experiências no campo da medicina comunitária na década de 60 nos Estados Unidos da América do Norte (EUA) conectando a ciência biomédica e a ciência social. Na Europa, a origem da interdisciplinaridade foi na área da Saúde Mental (ABEM, 1989, p. 11).

Na América Latina, a interdisciplinaridade na área da saúde pode ser considerada em três momentos: a) Incorporação da Medicina Preventiva e Social nos países pobres numa época que a saúde pública não era relevante; b) No início da década de 70, sob influência dos Estados Unidos da América do Norte, a saúde incorpora as ciências da conduta antropologia, sociologia e psicologia, respondendo às razões econômicas e sociais; c) O terceiro momento é representado por outras formas de ver o processo saúde/doença com reflexos na prática médica, epidemiologia e saúde ocupacional (ABEM, 1989, p. 16).

No México e Equador, interdisciplinaridade no campo científico foi concentrada no estudo da produção social das doenças (ABEM, 1989, p. 11).

No Brasil, a interdisciplinaridade foi marcada por uma crítica a abordagem funcionalista e positivista do ensino superior e pesquisas sociais na década de 70, representando um significativo avanço nos estudos sobre política de saúde, previdência social e instituições de saúde (ABEM, 1989, p. 11).

Convém relatar que a história de saúde pública brasileira data de 1808, entretanto, somente em 1941, foi realizada a *Primeira Conferência Nacional de Saúde*, que preconizou a defesa sanitária, a Assistência Social, a proteção da Maternidade, infância e Adolescência.

O Ministério da Saúde Brasileiro foi criado aproximadamente 12 (doze) anos após a *Conferência*, em 25 de julho de 1953²⁵.

Em 1961, com o objetivo de redefinir a identidade Ministerial, colocando-a em harmonia com os avanços econômico-sociais, foi instituído o Código Nacional de Saúde²⁶.

Em 1975, a 5ª Conferência Nacional de Saúde²⁷ propôs ações para a implantação de um Programa de Saúde Materno-Infantil, “devido a sua interrelação com outras áreas do setor saúde” (tema II. p.2).

A saúde como Direito de Todos e Dever do Estado foi positivada no Artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988²⁸, reformulando o Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial.

Em 1990, foi publicada a regulamentação do Sistema Único de Saúde, com a promulgação da Lei nº 8080²⁹, que preconiza, em seu Artigo 3º, a interdisciplinaridade das ações para garantir às pessoas as condições de bem-estar físico, mental e social:

²⁵ PORTAL DA SAÚDE. **Do sanitário à municipalização.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>. Acesso em 24 de Out. 2015

²⁶ BRASIL. **Decreto nº 49.974-A, de 21 de Janeiro de 1961.** Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. Diário Oficial da União, Brasília; 1961.

²⁷ BRASIL. **V Conferência Nacional da Saúde.** 1975. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf. Acesso em 24 Out. 2015.

²⁸ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** - Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

²⁹ BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília; 1990.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. **(nossos grifos)**

No ano 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde, debateu estratégias de atenção primária nas políticas públicas do projeto Saúde para Todos (SPT-2000), a reestruturação dos sistemas locais de saúde (SILOS) e o projeto Reforma Sanitária Brasileira³⁰.

O aperfeiçoamento das ações debatidas exige avanço nas pesquisas da concepção saúde-doença, ensino e na assistência. Neste contexto, requer-se a universalidade e a integração/interdisciplinaridade de novas concepções, métodos, práticas e paradigmas, integrando as ciências biológicas e sociais, as ciências básicas e aplicadas, docente-assistencial e a integração coletivo/indivíduo (ABEM, 1989, p. 7).

As inovações científicas e tecnológicas na área da saúde são realizadas através do processo interdisciplinar:

[...] O reconhecimento de que a Medicina toca na vida, na morte e na dor reforça a necessidade de compreender a natureza psicossocial de fenômenos que têm, também, a sua base biológica. Evidentemente que não há inovações sem resistência, sem práticas. Para as inovações há adesões e há fracassos. Assim, convém alertar para o fato de que a interdisciplinaridade não implica abolir a disciplinaridade. Há caminhos de ida e volta em busca da interseção de disciplinas como também a possibilidade de que a integração de disciplinas resulta numa outra disciplinarização. Caberia assumir, figurativamente, que através da disciplinaridade pode-se ver e andar, porém, pela ajuda da interdisciplinaridade pode-se ver e andar mais e a médio e a longos prazos (ABEM, 1989, p. 13).

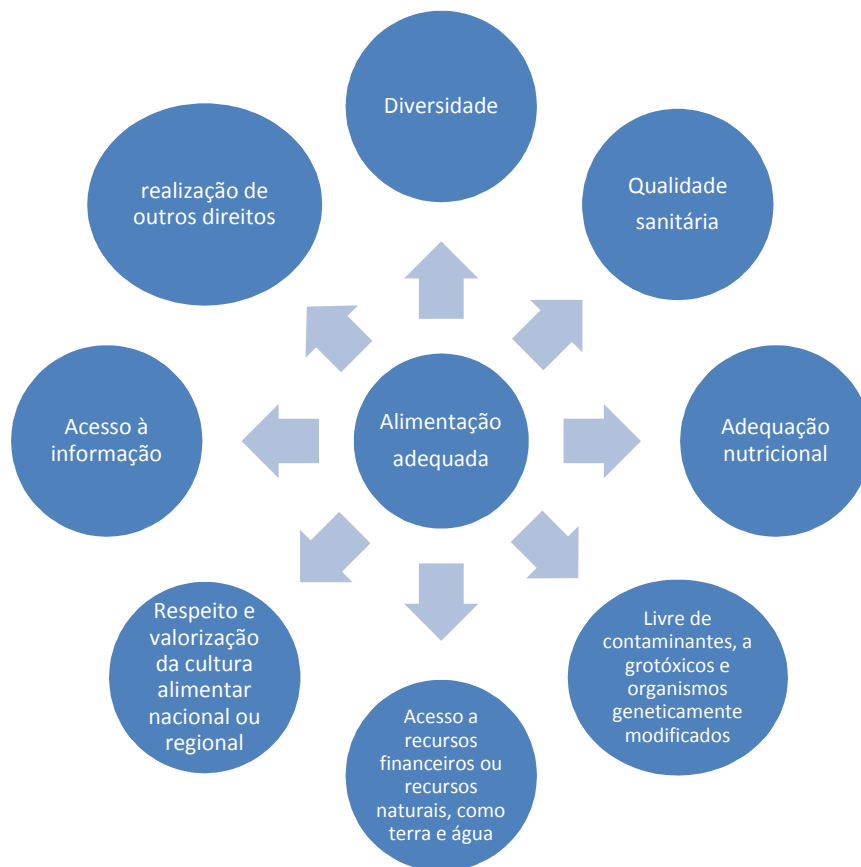
O caminho da interdisciplinaridade para a produção do conhecimento, ensino e práticas de saúde estão presentes na Declaração de Alma Ata, no projeto Saúde Para Todos (SPT-2000) e na ampla concepção de saúde defendida pela Reforma Sanitária Brasileira [década de 80] (ABEM, 1989, p. 13-4).

³⁰ BRASIL. 11ª Conferência Nacional de Saúde - O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Ainda no ano 2000, a Assembléia Geral das Nações Unidas, reunida com 191 países, estabeleceu na Declaração do Milênio a redução da mortalidade infantil (crianças menores de 05 anos) em dois terços até o ano de 2015 (NAÇÕES UNIDAS, 2000).

Por fim, a representação gráfica de Leão *et al.* (2013, p. 28) ilustra as relações do direito à alimentação adequada (DHAA) que sofre influência de diferentes campos do conhecimento:

Figura 1 - Representação gráfica das dimensões da alimentação adequada.



2.2 A política pública de saúde no Brasil e a alimentação

O conceito de saúde adotado pela Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que entrou em vigor em 07 de abril de 1948, demonstra que a saúde se relaciona com outros campos de estudo:

A saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e, não somente a ausência de infecções ou enfermidades. (DOCUMENTOS BÁSICOS, SUPLEMENTO DE LA 45ª EDICIÓN, Constitución de la Organización mundial de la salud Octubre de 2006. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Acesso em 15 mai. 2014.)

A afirmação de "um completo estado de bem-estar físico, mental e social" aponta que fatores exógenos influenciam diretamente na saúde. Em 1974, Marc Lalonde, titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá, relatou que o campo da saúde relaciona-se com a biologia humana, o meio ambiente, o modo de vida e a organização da assistência à saúde (LALONDE, 1981, p. 33).

A figura 02³¹ esboça a relação da saúde e demais condições ambientais, sociais e econômicas:

Figura 2 - Condições socioeconômicas, culturais e ambientais - Determinantes Sociais da Saúde



A biologia humana contém elementos que influenciam no desenvolvimento do corpo humano como a herança genética, os processos biológicos inerentes ao sistema corporal e processos de envelhecimento. O meio ambiente inclui fatores

³¹ Condições socioeconômicas, culturais e ambientais - Determinantes Sociais da Saúde. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/sus20anos/mostra2009/determinantessociaisdaude.html>. Acesso em 16 mar.2015.

externos ao corpo humano, os quais o indivíduo tem pouco controle: o solo, a água e o ar. O estilo de vida é resultado das decisões individuais de hábitos que afetam a saúde: uso de cigarros, bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos. A organização da assistência à saúde consiste na quantidade, qualidade, organização e relações das pessoas com as instituições de saúde (LALONDE, 1981, p. 31-2).

O conceito de saúde foi ampliado durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 ao afirmar que a saúde é resultante das condições de habitação, alimentação, meio ambiente, renda, educação, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. A Conferência destaca que, para haja garantia do direito à saúde é necessário que outros direitos sejam assegurados (8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

O amplo debate do conceito de saúde durante a Conferência reflete o que foi dito por Robert Alexy (2011, p.56) ao afirmar que os direitos fundamentais existem de forma semelhante onde existem os problemas. Contudo, questiona-se quem é o titular destes direitos fundamentais e se há pressupostos formais e materiais dos direitos fundamentais que limitem.

O titular dos direitos é representado pela comunidade ou por aqueles indivíduos que têm o direito de acesso ao serviço ou bem que garantirá a realização propriamente dita do direito (LEÃO et al, 2011, p.475).

Adequando a definição ao trabalho em discussão, os titulares dos direitos são os usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, que devem ou deveriam ter garantido o direito de acesso aos serviços públicos de saúde conforme legislação vigente no país.

Contudo, a codificação dos direitos do homem em uma Constituição, transformando-os em direitos fundamentais não soluciona a institucionalização (ALEXY, 2011, p. 49), uma vez que o Estado deve efetivamente prover as condições indispensáveis ao pleno exercício da saúde (Art. 2º, Lei 8080/90).

Outro ponto a ser analisado para a efetivação dos direitos sociais é a teoria adotada pelo Estado para considerar a origem dos direitos fundamentais. Para o jusnaturalismo, os direitos fundamentais são direitos originários da própria natureza humana e anteriores à própria Constituição, considerados direitos pré-positivos. Por

outro lado, o positivismo jurídico os considera como básicos na Constituição³², “*são faculdades outorgadas pela lei e reguladas por ela*” (MENDES, 2015, p.138).

Gilmar Mendes (2015, p. 138) relata uma terceira teoria, intitulada idealista, para a qual, os direitos humanos são “*ideias, princípios abstratos que a realidade vai acolhendo ao longo do tempo, ao passo que, para os realistas, seriam o resultado direto de lutas sociais e políticas.*”

Vicente Rao (2004, p. 63) simpatiza pela teoria do jusnaturalista ao afirmar que a origem *do direito* está na própria natureza do homem, considerado como ser social. Completa afirmando que o instituto surgiu para proteger a personalidade, regulamentar a atividade dentro do meio social, com o intuito de manter a harmonia na sociedade.

A dimensão material do direito fundamental está relacionada ao conteúdo, cuja consagração tem como ponto de partida o amplo consenso social e os valores definidos na Constituição do Estado. O conteúdo do direito revela a fundamentalidade, traduzida pela referência aos valores supremos do ser humano e a importância da dignidade da pessoa humana, que se expressa no ordenamento jurídico. A fundamentalidade impõe respeito ao conteúdo básico e mínimo de direitos determinados, não sendo toleradas limitações (ROTHENBURG, 2010, p.55-56).

Bobbio (2004, p. 15) sugere que a fundamentação do direito está na definição de um direito que se tem ou de um direito que se gostaria de ter. A primeira opção é baseada no ordenamento jurídico positivo incluindo direitos e deveres, a normatização e a *sua* validade. O segundo fundamento buscará razões para defender a legitimidade do direito abordado e no convencimento do maior número de pessoas, especialmente aquelas investidas na função de produzir as normas:

[...] os direitos humanos são coisas desejáveis, isto é, fins que merecem ser perseguidos, e de que, apesar de sua desejabilidade, não foram ainda todos eles (por toda a parte e em igual medida) reconhecidos; e estamos convencidos de que lhes encontrar um fundamento, ou seja, aduzir motivos para justificar a escolha que fizemos e que gostaríamos fosse feita também pelos outros, é um meio adequado para obter para eles um mais amplo conhecimento (BOBBIO, 2004, p. 15-6).

³² FILHO, João Trindade Cavalcante. Teoria geral dos direitos fundamentais. Disponível em: http://www.stf.jus.br/repositorio/cms/portaltvjustica/portaltvjusticanoticia/anexo/joao_trindadade_teorias_gerais_dos_direitos_fundamentais.pdf. Acesso em: 05 nov. 2015.

A elaboração de inúmeros argumentos e razões tornará o fundamento absoluto, de forma que se torne irresistível e ninguém recusará aderir: "O fundamento último não pode mais ser questionado, assim como o poder último deve ser obedecido sem questionamentos" (BOBBIO, 1909/2004, p.16).

No intuito de garantir os direitos fundamentais, em 10 de Dezembro de 1948 foi proclamada a Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Assembléia Geral das Nações Unidas através da Resolução 217 A III ³³, dispondo em seu Preâmbulo, que é a representação do "ideal comum a ser obtido por todos os povos e nações".

A *Declaração dos Direitos do Homem Universal em 1948* representou a validade, a imposição mundial destes direitos. A vinculação jurídica-positiva no plano internacional se aperfeiçoou com o pacto internacional sobre direitos civis e políticos em 1966 e com o pacto internacional sobre direitos econômicos, sociais e culturais (ALEXY, 2011, p. 55).

Paralelo à Declaração dos Direitos do Homem em 1948, surgiram as convenções regionais de direitos, denominadas Cartas de Promoção da Saúde.

As Cartas de Promoção da Saúde são documentos de referência que foram elaborados após discussões e debates de conceitos fundamentais sobre o tema, tendo como marco inicial o ano de 1986, com a Conferência de Ottawa no Canadá.

Esta Primeira Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde evidenciou a relevância da elaboração de políticas públicas saudáveis como forma de intervenção nos Determinantes das condições de saúde. Em 1988, a Declaração de Adelaide determinou que a alimentação e nutrição sejam integradas a uma das quatro áreas prioritárias das referidas políticas saudáveis (BOSI & UCHIMURA, 2011, p.415).

Para conceituar *alimentação e nutrição* é necessário retomar a década de 1930, quando surgiram as vertentes biológica e social dos termos. Na vertente biológica, o foco era o processo individual baseado na dimensão clínica, fisiológica, no consumo dos nutrientes. A vertente social evidencia os aspectos socioeconômicos, a grandeza coletiva sob o ângulo da produção, distribuição e consumo de alimentos (BOSI & UCHIMURA, 2011, p.412).

A dimensão biológica vigorou preponderantemente como discurso científico até a década de 1980, na qual a alimentação era considerada equivalente à nutrição, destinando-se à satisfação das necessidades metabólicas do corpo

³³ Carta Internacional de los Derechos del Hombre. Disponível em: [http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/217\(III\)&referer=http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-os-direitos-humanos/&Lang=S](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/217(III)&referer=http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-os-direitos-humanos/&Lang=S). Acesso em 28 jan. 2014.

humano, o que reduzia a dimensão e complexidade da alimentação à dimensão fisiológica, ao *estado nutricional (sic)* (BOSI & UCHIMURA, 2011, p.412).

Em 1972, iniciou-se um amplo debate sobre a influência da nutrição no desenvolvimento humano, sendo criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) que tem dentre outras funções, apoiar e propor ao Governo a formulação do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) (ARRUDA, 2011, p.398).

O primeiro PRONAN, que vigeu apenas entre 1973 e 1974, interrompido em decorrência de transgressões normativas e operacionais, era constituído por 12 subprogramas em diversas áreas governamentais.

O II PRONAN surgiu em 1975, em virtude da atuação de nova equipe técnica e da elaboração de estudos nas áreas de alimentação e nutrição, que considerou dentre outros pressupostos a prioridade de faixa etária, a vulnerabilidade biológica para atendimento ao período de vida do ser humano em que por condições fisiológicas é mais vulnerável às agressões das deficiências nutricionais (ARRUDA, 2011, p.399).

As crianças desnutridas ou em risco nutricional requerem uma oferta protéico-calórica diferenciada e, em 1979 foi reconhecido que as necessidades nutricionais na infância são maiores que nos adultos (WAITZBERG & LOGULLO, 2005, p.4).

Em 1990, o Artigo 3º da Lei 8080/1990, expressa ações de saúde que garantam às pessoas condições de bem-estar físico, mental e social:

Art. 3º- Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. **(nossos grifos)**

A elaboração da Política Nacional de Alimentação foi iniciada em 1997, cuja responsabilidade foi atribuída ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde, sendo integrada à Política Nacional de Saúde em 10 de julho de 1999, por meio da Portaria nº 710:

Os componentes dessa Política revelam o intuito de garantia do direito humano à alimentação e nutrição, e denotam que as práticas para alcançá-lo extrapolam os limites do setor da saúde e implicam ampla articulação com outros setores governamentais e segmentos da sociedade e do setor produtivo (ARRUDA, 2011, p. 402).

Em 1999, o Comentário Geral 12, referente ao Artigo 11 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e culturais (PIDESC), aprovado pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, definiu o Direito Humano à alimentação adequada (DHAA) como:

O Direito à alimentação adequada é alcançado quando todos os homens, mulheres e crianças, sozinhos ou em comunidade com outros, têm acesso físico e econômico em todos os momentos a alimentação adequada ou meios para sua obtenção. O direito humano a alimentação adequada deve, portanto, não ser interpretado em um estreito senso no qual o equipara com um pacote mínimo de calorias, proteínas e outros nutrientes específicos. O direito Humano à alimentação adequada terá de ser realizado progressivamente. De qualquer modo, os Estados têm uma obrigação central de tomar ações necessárias de atenuar e aliviar a fome até em tempos de desastres naturais ou outros (Comentário Geral 12 da ONU).

A Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, deu origem ao Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), que visa assegurar o direito humano à alimentação adequada, incorporada em 2010 à Constituição Brasileira de 1988 como direito social através da Emenda Constitucional nº 64:

Art. 2º A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população.

§ 1º A adoção dessas políticas e ações deverá levar em conta as dimensões ambientais, culturais, econômicas, regionais e sociais.

§ 2º **É dever do poder público** respeitar, proteger, promover, **prover**, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do **direito humano à alimentação adequada, bem como garantir os mecanismos para sua exigibilidade** (Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006). **(nossos grifos)**

A partir da positivação da alimentação como direito social, foi necessário a revisão das ações estatais para que as políticas públicas assegurassem o benefício aos cidadãos. Na visão de Castor Ruiz (2010, p. 219-220), responsabiliza-se o Estado pelo combate das desigualdades existentes, definindo uma perspectiva individualista da alteridade:

Na perspectiva individualista, quando se coloca a questão: quem fica responsabilizado pelos direitos do outro? A resposta imediata é despejar a responsabilidade num terceiro, normalmente o Estado ou entes públicos. Na visão individualista dos direitos, as necessidades do outro não são a minha responsabilidade. No máximo podem ser objeto de minha solidariedade opcional (caridade voluntária), mas o eu não se sente moral ou juridicamente responsável pelo outro nem por seus direitos básicos para uma vida digna (...) A perspectiva do eu introduz o princípio da diferença como categoria ética, política e jurídica que legitima o direito a não me responsabilizar pelos direitos do outro. A cultura da alteridade inverte tal perspectiva, propondo a responsabilidade como categoria ético-política que faz do direito um compromisso de cada um pelos direitos do outro (RUIZ, 2010 p. 219-0).

As Políticas públicas são:

conjunto de decisões interrelacionadas, tomadas por um ator ou grupo de atores políticos, e que dizem respeito à seleção de objetivos e dos meios necessários para alcançá-los, dentro de uma situação específica em que o alvo dessas decisões estaria, em princípio ao alcance desses atores (JENKIS (1978) *apud* HOWLLETT, 2013, p. 8).

Conjugando as definições de JENKIS (1978) *apud* HOWLLETT (2013) e Castor Ruiz (2010), as políticas públicas desenvolvidas pelos atores políticos (gestores) devem (ou deveriam) se solidarizar com o sofrimento das pessoas. Costa Douzinas (2009, p.360) utilizando as palavras de Bauman refere-se à solidariedade como o *"reconhecimento da penúria e [do] sofrimento de outras pessoas como responsabilidade própria de alguém, e o alívio, assim como, subseqüentemente, a eliminação da penúria como a tarefa própria de alguém"*. Assim, deste ponto de vista, os direitos humanos não estão fundamentados no livre arbítrio do próprio sujeito, mas, em sua dor e sofrimento, o que marca a subjetividade não como temor e antagonismo, mas como ética.

Acerca do conceito dos direitos dos outros, sugere Castor (2010, p.201) uma mudança de foco devendo ser pensado não através dos olhos da responsabilidade Estatal e do individualismo, mas através da alteridade do injustiçado:

Os direitos humanos adquirem outra luz quando em vez de ser pensados a partir dos princípios formais do direito, se interpretam a partir do outro injustiçado, ou seja, da alteridade da vítima. Partimos do princípio de que os direitos humanos existem em relação à condição histórica das vítimas, e que a formalização dos mesmos deve servir à reparação da injustiça cometida ou devida. O que identifica a violação dos direitos humanos não é a transgressão de uma norma senão a negação da alteridade humana. A

validade ou não dos princípios formais do direito em geral e dos direitos humanos em particular terá que se confrontar com a alteridade das vítimas. A condição da vítima vive de forma dramática a violação do direito com injustiça (CASTOR, 2010, p. 201).

A alteridade defendida por Ruiz Castor é traduzida na área da saúde como a Humanização. Izabel Rios (2009, p. 9) relata que vários hospitais, principalmente do setor público desenvolveram ações que tornariam o ambiente hospitalar mais agradável para pacientes e funcionários, incluindo alterações de rotina, como acompanhantes e dietas personalizadas.

A Política Nacional de Humanização, também conhecida com HumanizaSUS, surgiu em 2003, buscando incluir trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, estimulando a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. A humanização é entendida como a inclusão das diferenças nos processos de cuidado e gestão (BRASIL. MS. PNH/HumanizaSUS, 2013, p.3-4).

Para Izabel Rios (2009, p.12) a Humanização sugere a elaboração coletiva de valores que reassume a dignidade humana na área da Saúde, o exercício da ética e um princípio organizador da ação fundamentada:

(...) no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão dos serviços (RIOS, 2009, p.10).

A garantia na integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde são de responsabilidade dos entes federativos, nos termos do Artigo 13, inciso I do Decreto nº 7.508/2011.

Frisa-se, como bem dito por HOWLETT (2013, p. 12) que a política pública é um fenômeno complexo representado por inúmeras decisões influenciadas por atores políticos que atuam interna e externamente no Estado. As decisões são tomadas por indivíduos e organizações no interior do próprio governo.

O Relatório Anual da Comissão Especial de Monitoramento de Violação do Direito Humano à Alimentação Adequada³⁴, publicado em 2011 pela Comissão

³⁴ Comissão Especial de Monitoramento de Violação do Direito Humano à Alimentação Adequada. Secretaria dos Direitos Humanos. **Relatório anual**. Brasília, 2011. Disponível: <http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/cddph/relatorios/relatorioc.e-alimentacao-adequada>. Acesso em: 16 ago. 2015

especial de monitoramento de violações do direito humano à alimentação adequada da Secretaria de Direitos Humanos Brasileira, relata que o Estado Brasileiro tem obrigação de respeitar, proteger e garantir o Direito Humano à Alimentação (DHAA).

O dispositivo *garantir* do referido relatório apresenta-se sob três dimensões: a) Facilitar: o Estado tem obrigação de desenvolver políticas e programas que criem condições adequadas para que todos possam alimentar-se forma adequada; b) Promover: oferecer formação, educação e informações necessárias, de que forma que os titulares estejam conscientes dos seus direitos e possam reivindicá-los (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DO BRASIL, 2011, p. 17)

A terceira dimensão do dispositivo *garantir* refere-se ao provimento, que garante às pessoas ou grupos que estejam em situação de segurança alimentar e nutricional ou má nutrição, como o caso dos pacientes com alergia à proteína do leite de vaca (APLV), o fornecimento de uma alimentação adequada:

Prover: o Estado tem a obrigação de prover o DHAA de pessoas, grupos e comunidades que estão em situação de insegurança alimentar e nutricional, fome e má-nutrição, por razões que estão além de seu controle. **Nesse grupo se incluem aqueles que não têm condições de se alimentar como crianças,** pessoas idosas, enfermos, pessoas com deficiência, **pessoas com necessidades alimentares especiais,** pessoas internadas em instituições, dentre outras. (...) (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DO BRASIL, 2011, p. 17)

Em casos de omissão do ente estatal no provimento da alimentação adequada às pessoas que necessitam de dieta especial, o Poder Judiciário pode ser acionado para garantir o acesso aos alimentos ou às fórmulas industrializadas, uma vez que está diretamente vinculado aos direitos fundamentais nos termos da normativa vigente do Artigo 5º, parágrafo 1º da Constituição Federal Brasileira, tratando-se de norma de aplicabilidade imediata.

O Poder Judiciário interpreta e aplica o direito infraconstitucional, sendo possível a submissão ao controle de instância superior. No Brasil, competência é do Supremo Tribunal Federal.

As necessidades alimentares especiais transitórias ou definitivas, que em função de alterações metabólicas, fisiológicas ou patologias em crianças que justificam a dispensação das dietas específicas serão tratadas no próximo capítulo.

3 A DIETA ESPECIAL DE LACTENTES E CRIANÇAS COM DOENÇAS NO TRATO GASTROINTESTINAL OU NECESSIDADES ALIMENTARES ESPECÍFICAS

Este capítulo tratará das doenças metabólicas, desnutrição, alergias alimentares e doenças específicas do trato gastrointestinal, que acometem os lactentes e crianças até 01 ano de idade completo, exigem providências imediatas para adequação da alimentação.

A Resolução RDC/ANVISA nº 45/2011, alterada pela Resolução RDC/ANVISA nº 48/2014, define lactente como criança de zero a doze meses de idade incompletos (11 meses e 29 dias), e criança de primeira infância são crianças de doze meses até três anos de idade (36 meses)³⁵.

Estas mesmas definições foram encontradas no documento elaborado pela IBFAN Brasil, para o I Encontro Nacional sobre Segurança Alimentar na Primeira Infância, com apoio do DECIT/SCTIE/MS, UNESCO e Instituto de Saúde em 2003³⁶.

Neste tópico, serão comentados os tipos de desnutrição, algumas doenças específicas do trato gastrointestinal que alteram a absorção dos nutrientes prejudicando o desenvolvimento do lactente/criança, os erros inatos do metabolismo e, a hipersensibilidade alimentar mais comum em crianças e lactentes, denominada Alergia à Proteína do leite de vaca – APLV.

Os lactentes e as crianças até 01 ano de idade completo que sofrem de algum tipo de exigência alimentar específica, hipersensibilidade a algum produto ou doença, devem ter garantido o direito à alimentação adequada.

Um Grupo de Trabalho (GT – Alimentação adequada e saudável) do CONSEA (Conselho Nacional de Segurança Alimentar)³⁷ sugeriu em 2007 a definição de Direito Humano à alimentação adequada:

³⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada/ANVISA nº 45/2011. **Artigo 6º, inciso III e IV:** III - lactente: criança de zero a doze meses de idade incompletos (11 meses e 29 dias); IV - criança de primeira infância: criança de doze meses até três anos de idade (36 meses).

³⁶ Lactentes são crianças de 0 a 1 ano de idade incompleto e crianças de primeira infância são aquelas de 1 a 3 anos de idade. Fonte: UNESCO; Rede IBFAN Brasil, Projeto I ENSAPI. Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância. Organização Mundial de Saúde: 2003.

³⁷ O CONSEA foi criado em abril de 1993 com a função de consulta, assessoria e de indicação de prioridades para ações na área da Segurança Alimentar e nutricional ao Presidente da República, por meio de parceria entre ministros de Estado e a sociedade. (IPEA, 2002, p.13). O grupo se manteve ativo por apenas dois anos, sendo restituído no ano de 2003, com a mesma função consultiva e assessoria a Presidência da República na formulação de políticas e na definição de estratégias para que o DHAA seja garantido para todos (LEAO et al., 2013, p.80).

A alimentação adequada e saudável é a realização de um direito humano básico, com a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo da vida e as necessidades alimentares especiais, pautada no referencial tradicional local (LEAO et al., 2013, p. 27).

O direito à alimentação está intimamente ligado a outros direitos: saúde, meio ambiente equilibrado, modo de vida como já debatido no item 2.1. O corpo humano exige nutrientes em quantidade e qualidade para a manutenção do metabolismo e o crescimento, sendo o último, importante para os recém-nascidos e crianças, focos deste estudo.

Os lactentes e crianças apresentam maior necessidade energética devido à taxa metabólica mais elevada bem como necessidades especiais em razão do crescimento e desenvolvimento (NELSON, 2009, p.209).

Durante os primeiros dias de vida, os lactentes perdem peso, retomando o ganho do sétimo ao décimo dia após o nascimento. O peso dos bebês é dobrado por volta dos 4 a 6 meses de idade, sendo triplicado em torno de um ano de idade (TRAHMS *et al*, 2005, p.203).

A nutrição ou alimentação é o mecanismo pelo qual os organismos recebem e captam nutrientes ou alimentos para as funções vitais. Os lactentes devem receber alimentação adequada, suficiente para a manutenção, crescimento e desenvolvimento. O leite materno é o alimento exclusivo e ideal para os lactentes nos primeiros seis meses de vida, devendo ser mantido até os dois anos de idade (MORI & NEUFELD, 2013, p.929).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), seguindo o exemplo brasileiro, recomenda o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, mantendo-o até os dois anos idade da criança ou mais. A introdução de alimentos complementares na dieta antes dos seis meses de idade pode prejudicar a saúde infantil. Foi constatado, que a introdução extemporânea de alimentos alheios ao leite materno está relacionada à: **a)** maior frequência de episódios de diarreia; **b)** maior frequência nas hospitalizações por doença respiratória; **c)** sujeição à desnutrição se os alimentos administrados forem nutricionalmente inferiores ao leite materno (alimentos são muito diluídos); **d)** menor absorção de nutrientes importantes ferro e

zinco, presentes no leite materno (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2015, p.16).

A Organização Pan Americana de Saúde (OPS) publicou em 2010 um folheto explicativo, intitulado *Leche materna: Primer alimento para campeones*, detalhando os riscos para o lactente e para a mãe, quando não há amamentação humana:

Para a criança

- maior risco de mortalidade;
- maior risco de doenças agudas, como a diarreia, infecções do ouvido e infecções respiratórias;
- maior risco de doenças crônicas, incluindo diabetes do tipo 2 e • menor nível de inteligência.

Para a mãe

- maior risco de câncer de mama e de ovário;
- maior risco de diabetes do tipo 2;
- menor chance de perder peso depois do parto e
- redução dos intervalos entre nascimentos quando não dispuser de métodos anticoncepcionais modernos e maior risco de anemia (OPS, 2010, p.2).

As crianças nascidas prematuramente apresentam alto risco de estado nutricional face às pequenas reservas de nutrientes, demanda de nutrientes e imaturidade fisiológica. A taxa de crescimento é diminuída após o primeiro ano de vida. A falta de ganho ou a perda de massa corporal nesta fase pode ser resultado da má nutrição, enfermidade aguda ou crônica, não podendo também ser descartado problemas emocionais ou familiares (MAHAM & ESCOTT-STUMP, 2012, p.389 -390; 973).

Alguns estudos apontaram que bebês malnutridos que não demonstraram recuperação no crescimento imediato, apresentaram retardo no crescimento permanente. A recuperação no crescimento é o período no qual “*o corpo se esforça para voltar à curva de crescimento normal da criança.*” As fórmulas infantis são utilizadas para determinar a necessidade energética mínima e máxima para recuperação do crescimento, que atinge o pico em torno de a 1 a 3 meses após o início do tratamento médico (MAHAM & ESCOTT-STUMP, 2012, p.390).

Na impossibilidade do aleitamento materno devem ser utilizadas fórmulas industrializadas padronizadas, como exemplo, as indicadas na tabela 01³⁸. O leite de vaca *in natura* não deve ser utilizado em crianças menores de um ano de idade, uma

³⁸ Tabela extraída: MORI, Marcelo; NEUFELD, C. B. Alimentação no primeiro ano de vida. In: TORRE, F. P. La et al. Emergências **em Pediatria**: Protocolos da Santa Casa. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2013. p. 929.

vez que, a sua composição, além de não apresentar nutrientes adequados às necessidades alimentares, oferece risco à saúde infantil (MORI & NEUFELD, 2013, p.930).

O leite de vaca apresenta quantidades inadequadas de vitamina E, ácidos graxos essenciais e ferro, e quantidades excessivas de proteínas, sódio e potássio. O seu consumo está associado à deficiência de ferro e anemia relacionada à perda de sangue oculta, de ocorrência em cerca de 40% das crianças que fazem uso do alimento (VALLE & AUGUSTO, 2009, p.316).

Nichols (1991, p.144) comenta que o leite de vaca não deve ser administrado aos lactentes antes dos 12 (doze) meses de idade pelos motivos: **a)** pode ocorrer intolerância à proteína do leite integral; **b)** ocorrência de anemia ferropriva em lactentes alimentados com o referido leite; **c)** alto nível de solutos do leite de vaca que exigem excreção renal.

A **nutrição enteral** (NE) é definida na Resolução/RDC/ANVISA nº 63/2000³⁹ como alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, sob a forma isolada ou combinada, que apresenta composição definida ou estimada, formulada especialmente para uso por sondas ou via oral, industrializada ou artesanal, utilizada de forma exclusiva ou parcial para substituir ou complementar a alimentação de pacientes em situação de desnutrição ou não, segundo as necessidades nutricionais, em ambiente hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, buscando a manutenção ou síntese dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Tabela 1 – Fórmulas infantis

	Nestlé®		Support®		Mead Johnson®	Abbott®	Wyeth®	Comidamed®
Partida	Nan1	Nestogeno 1	Aptamil 1	Bebelac 1	Enfamil 1			
Segmento	Nan 2	Nestogeno 2	Aptamil 2	Bebelac 2	Enfamil 2			
Soja	Nan soy		Aptamil soja 1	Aptamil soja 2	Prosobee	Isomil	Nursol	
Sem lactose	Nan sem lactose				Enfamil sem lactose			
HÁ	Nan HA				Enfamil HÁ			
AR	Nan AR		Aptamil AR		Enfamil AR			
Extensivamente hidrolisados	Alfaré		Pregomin		Pregestimil			

³⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 63 de 06 de julho de 2000.** Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral, constante do Anexo desta Portaria. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo Brasília, DF, 07 jul. 2000. Seção 1, p. 89.

Totalmente hidrolisados		Neocate				Aminomed
-------------------------	--	---------	--	--	--	----------

HA = hipoalergênica; AR = antireregurgitação

A administração da dieta alimentar complementar ou substituição total ao leite materno deverá ser acompanhada por profissionais de saúde. As fórmulas infantis para os lactentes disponíveis no mercado são elaboradas a partir das diretrizes do *Codex Alimentarius*, sendo preconizada para crianças menores de seis meses de vida a administração de fórmulas infantis para lactentes e, as de seis a doze meses alimentadas com formulas de seguimento para lactentes. Os familiares da criança deverão ser orientados para a correta manipulação do produto (diluição, higiene) de acordo com as instruções de cada produto (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2015, p. 124-125).

A tabela 02 elenca as doenças prevalentes que acometem crianças e lactentes, provocando alterações na absorção de nutrientes, consequentemente prejudicando o crescimento e o desenvolvimento humano. Os indivíduos acometidos devem ser submetidos ao tratamento adequado e suporte nutricional específico, pois existe potencial risco de morte do paciente.

Tabela 2 - Classificação Internacional de Doenças (distúrbios alimentares frequentes que afetam a população infantil)

Código CID	Descrição
E40	Kwashiorkor
E41	Marasmo nutricional
E42	Kwashiorkor – marasmático
E43	Desnutrição protéico-calórica grave não especificada
E44.0	Desnutrição protéico-calórica moderada
E44.1	Desnutrição protéico-calórica leve
E46	Desnutrição protéico-calórica não especificada
E73.9	Intolerância à lactose, não especificada
E84.0	Fibrose cística com manifestação pulmonar
E84.1	Fibrose cística com manifestação intestinal
K90.0	Doença celíaca
K90.3	Esteatorreia pancreática
K90.4	Má absorção devido à intolerância não classificada em outra parte
K90.8	Outras formas de má absorção intestinal
K90.9	Má absorção intestinal sem outra especificação

A escolha da fórmula infantil levará em consideração: a) o grau de absorção e tolerância à dieta, caracterizadas pela forma e concentração de cada nutriente; b) o uso de proteína inteira ou hidrolisada; c) carboidratos complexos ou de polímeros de

glicose; d) necessidade de isentar lactose ou proteína animal; e) capacidade digestiva e abortiva do trato gastrointestinal; f) idade do paciente; g) necessidades nutricionais específicas, conforme a situação clínica do paciente; h) necessidade de restrição hídrica e de eletrólitos (WAITZBERG & LOGULLO, 2005, p. 423).

As fórmulas baseadas em soja não têm lactose, são utilizadas nos casos de intolerância congênita ou adquirida. Na década de 90, consagrou-se como prática comum, após casos de diarreia aguda, a administração de fórmulas industrializadas completas de soja aos lactentes por um período de 30-60 dias. Nos casos de intolerância à sacarose ou glicose durante a realimentação são indicadas fórmulas com caseína hidrolisada (hipersensibilidade à proteína do leite de vaca) e, fórmulas modulares em casos de intolerância a carboidratos (NICHOLS, 1991, p. 144).

O Centro Colaborador do SUS da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 2015, visando comparar as dietas disponibilizadas gratuitamente no país, pesquisou os principais Protocolos Clínicos dos Municípios / Estados Brasileiros (Curitiba, 2011 – PR; Rio Grande do Sul, 2014; Espírito Santo, 2010) de dispensação de fórmulas infantis pelo Sistema Único de Saúde. Restou constatado que o *Protocolo do Programa de Atenção Nutricional às pessoas com necessidades especiais de alimentação* da cidade de Curitiba/PR é o mais completo, apresentando maior número de dietas disponíveis, conforme apresentação na tabela 03, que resume as fórmulas infantis e pediátricas e as indicações de uso.

Tabela 3 - Fórmulas infantis e pediátricas e as indicações de uso

Fórmula	Faixa etária do indivíduo	Indicações de uso
Fórmula infantil à base de leite de vaca	Crianças menores de seis meses de idade; Recebem alimentação via sonda	* Fissura lábio palatal ou outras patologias, que comprometem a sucção, com prejuízo nutricional e impedimento para a amamentação; * Doenças congênitas graves com comprometimento nutricional; * Doença materna que contra indique a amamentação, como malformações e neoplasia da mama, doença psiquiátrica grave e utilização de medicamentos contraindicados no período de amamentação; * Infecção materna por HIV.
Fórmula infantil à base de leite de vaca	Crianças maiores de seis meses de idade; Recebem alimentação via	* As mesmas para as crianças menores de seis meses de idade.

	sonda	
Fórmula infantil à base de leite de vaca isenta de sacarose e lactose	-	* Crianças com necessidades de dieta isenta de lactose (intolerância à lactose); * Contraindicação do uso de fórmula infantil à base de soja.
Fórmula infantil à base de proteína isolada da soja	Crianças entre seis meses e dois anos de idade	* APLV mediada por IgE; * Intolerância à lactose.
Fórmula infantil semi-elementar, hipoalergênica, à base de proteína extensamente hidrolisada	Crianças menores de dois anos de idade	* APLV; * Alergia a proteína de soja; * Intolerância a lactose.
Fórmula infantil elementar, não alergênica à base de aminoácidos livres	Crianças menores de dois anos de idade	* APLV, sem remissão dos sinais e sintomas após a exclusão da proteína do leite de vaca com o uso de fórmula hipoalergênica; * Alergia ou má absorção que não toleram a fórmula semi-elementar.
Dieta infantil semi-elementar, hipoalergênica	Crianças de um a dez anos de idade	* APLV; * Exigência de dieta hidrolisada (alimentação via sonda)
Dieta polimérica pediátrica padrão, nutricionalmente completa, com proteína animal	* Crianças de um a dez anos de idade; * Crianças menores de quatro anos de idade com alimentação exclusiva por via oral.	* Alimentação via sonda; * Fissura lábio palatal ou outras patologias que comprometam a sucção com prejuízo nutricional e doenças congênitas graves com comprometimento nutricional.

Fonte: Tabela adaptada. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Centro Colaborador do SUS. PARECER TÉCNICO CIENTÍFICO – PTC 02/2015. Avaliação comparativa de dietas e suplementos para terapia nutricional. Minas Gerais, 2015. p. 31-33.

Embora exista o banco de leite humano no Brasil, este alimento é destinado prioritariamente a crianças de risco, internadas em Unidades de Terapia Intensiva. As exceções são para as mães que apresentam sorologia positiva para o HIV podem receber fórmulas infantis para a alimentação de seus filhos (DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2015, p. 120).

3.1 Os nutrientes na dieta alimentar

A dieta alimentar é composta por uma série de nutrientes que exigem ingestão diária em quantidades mínimas para que o indivíduo esteja nutrido, garantido a sua saúde.

As necessidades nutricionais podem ser classificadas em energéticas, protéicas, não-protéicas e de substrato calórico. As crianças devido ao crescimento e atividade, principalmente na primeira infância, necessitam de um aporte energético

maior que os adultos. As necessidades de energia são divididas em: metabólicas de manutenção e necessidades para o crescimento. As necessidades protéicas dependem da quantidade de proteína absorvida e da eficiência de conversão das fontes dietéticas, sendo estimada em 90% para o leite materno e 70% para a proteína de soja em fórmulas infantis (CHAWLS, 2005, p.15-16).

Após o nascimento, o metabolismo do lactente depende de um maior aporte lipídico em relação ao carboidrato. Esses dois nutrientes são considerados como necessidades não-protéicas. As necessidades não calóricas são classificadas como oligoelementos, essenciais para o organismo, incluindo ferro, zinco, iodo, selênio, cobre, manganês, molibdênio, cromo e cobalto (CHAWLS, 2005, p.17).

O planejamento da terapia nutricional infantil deve levar em consideração as necessidades para a manutenção da saúde e o crescimento do indivíduo. As crianças desnutridas ou em risco nutricional requerem uma oferta protéico-calórica diferenciada. Em 1979, foi reconhecida que as necessidades nutricionais na infância são maiores que nos adultos. Em termos quantitativos, nos primeiros meses de vida, a criança consome aproximadamente 110 calorias por quilo, enquanto o adulto consome 35. Em condições de estresse metabólico⁴⁰, a nutrição deverá ser adequada para atendimento das necessidades do metabolismo (WAITZBERG & LOGULLO, 2005, p.1- 4).

O rápido crescimento do lactente e das crianças em decorrência das altas taxas metabólicas e nutricionais de *turnover* (renovação dos estoques) é acompanhado por alterações funcionais e composição dos órgãos. A deficiência dos nutrientes neste período influenciará tanto no desenvolvimento quanto no crescimento humano (NELSON, 2009, p. 209).

A quantidade de um nutriente específico que resulta em uma manutenção de taxas satisfatórias de crescimento e desenvolvimento e/ou prevenção de deficiências nutricionais específicas é denominada ponto final fisiológico predeterminado. Este ponto é oriundo da necessidade média estimada (NME) de um nutriente. A NME é fixada de forma experimental em uma população de estudo ao longo de um período de tempo relativamente curto (NELSON, 2009, p. 209).

⁴⁰ WAITZBERG (2005, p.4) define estresse metabólico como condição originária de um trauma, doença inflamatória ou infecção que promove modificação no metabolismo, predispondo o catabolismo, ou seja, maior consumo de oxigênio e gasto energético total. Os indivíduos nesta situação possuem necessidades específicas e, a desnutrição aguda pode ser medida por meio de testes laboratoriais.

O termo **nutriente** é definido na Portaria/ANVISA nº 31, de 13 de janeiro de 1998 como qualquer substância normalmente consumida como um constituinte do alimento, que forneça energia; seja necessário para o crescimento, desenvolvimento e manutenção da saúde; ou cuja deficiência provoca mudanças fisiológicas bioquímicas no organismo. Já a composição **nutriente essencial** é definida como *“toda substância normalmente consumida para o crescimento, desenvolvimento e manutenção da saúde e que não é sintetizada pelo organismo ou é sintetizada, porém em quantidade insuficiente.”*

A quantidade diária recomendada (QDR) de um nutriente refere-se à ingestão que supostamente suprirá a necessidade de alimentos nas pessoas mais saudáveis da população. Estas QDR são úteis para estimar as ingestões nutricionais de grupos de indivíduos, mas não são válidas para verificar o excesso, a adequação ou inadequação da ingestão de um nutriente específico de um indivíduo em particular. (NELSON, 2009, p. 209).

Nos termos da Resolução RDC nº 269, de 22 de setembro de 2005, o termo QDR apresenta-se como Ingestão Diária Recomendada (IDR), definida como a *“quantidade de proteína, vitaminas e minerais que deve ser consumida diariamente para atender às necessidades nutricionais da maior parte dos indivíduos e grupos de pessoas de uma população sadia”*.

De forma semelhante, Nelson (2009, p.09) relata que a ingestão adequada (IA) de um nutriente específico é a ingestão diária por um grupo de indivíduos saudáveis:

A IA da maioria dos nutrientes para os lactentes de sete a 12 meses de idade é ajustada para a quantidade do nutriente no volume médio do leite humano mais a quantidade média de alimentos complementares consumidos por lactentes saudáveis e com crescimento normal de sete a 12 meses de idade (NELSON, 2009, p.209).

No Brasil, ficou preconizado por meio da Resolução RDC nº 269, de 22 de setembro de 2005⁴¹ a Ingestão Diária Recomendada (IDR) para lactentes e crianças.

A tabela 04, extraída do livro *Tratado de Pediatria* (NELSON, 2009, p.210) indica a ingestão dietética de referência (IDR) por faixa etária para 97%-98% dos indivíduos de um grupo.

⁴¹ Resolução RDC nº 269, de 22 de setembro de 2005 encontra-se no anexo 02 deste trabalho.

Tabela 4 - Ingestão dietética de referência (IDR): Ingestão Recomendada para Indivíduos, Macronutrientes (Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies)*

Grupo etário	Água total (L/dia) †	Carboidratos (g/dia)	Fibras totais (g/dia)	Gorduras (g/dia)	Ácido linoléico (g/dia)	Ácido α linolênico (g/dia)	Proteínas‡ (g/dia)
Lactentes							
0-6 meses	0,7*	60	ND	31	4,4*	0,5*	9,1
7-12 meses	0,8*	95	ND	30	4,6*	0,5*	11
Crianças							
1-3 anos	1,3*	130	19*	ND	7*	0,7*	13
4-8 anos	1,7*	130	25*	ND	10*	0,9*	19
Sexo masculino							
9-13 anos	2,4*	130	31*	ND	12*	1,2*	34
14-18 anos	3,3*	130	38*	ND	16*	1,6*	52
19-30 anos	3,7*	130	38*	ND	17*	1,6*	56
Sexo feminino							
9-13 anos	2,1*	130	26*	ND	10*	1*	34
14-18 anos	2,3*	130	26*	ND	11*	1,1*	46
19-30 anos	2,7*	130	25*	ND	12*	1,1*	46
Gestação							
14-18 anos	3*	175	28*	ND	13*	1,4*	71
19-30 anos	3*	175	28*	ND	13*	1,4*	71
Lactação							
14-18 anos	3,8*	210	29*	ND	13*	1,3*	71
19-30 anos	3,8*	210	29*	ND	13*	1,3*	71

* Esta tabela apresenta as quotas diárias recomendadas (QDRs) em negrito e a ingestão adequada (IAs) em tipo normal seguidas por um asterisco (*). As QDRs e as IAs podem ser usadas como metas para a ingestão individual. As QDRs são ajustadas para fazer frente às necessidades de quase todos os indivíduos (97-98%) em um grupo. Para lactentes saudáveis alimentados com leite humano, a IA é a ingestão média. Supõe-se que a IA para os outros grupos cubra as necessidades de todos os indivíduos no grupo, mas, devido à ausência ou incerteza de dados não é possível especificar com segurança a porcentagem dos indivíduos cobertos nesta faixa de ingestão.

† A água total inclui toda a água contida em alimentos e bebidas, bem como água potável.

‡ Baseado em 0,8g/kg de peso corporal para o peso corporal de referência.

ND, não determinado

Direitos reservados em 2004 para a *National Academy of Sciences*. Todos os direitos reservados

No tocante à ingestão recomendada para *elementos*, as tabelas 05 e 06 extraídas do livro *Tratado de Pediatria* (NELSON, 2009, pg.210- 211) apresentam os quantitativos:

Tabela 5 - Ingestão dietética de referência (IDR): Ingestão Individual de Elementos Recomendada (Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies)*

Grupo etário	Cálcio (mg/dia)	Cromo (µg/dia)	Cobre (µg/dia)	Flúor (mg/dia)	Iodo (µg/dia)	Ferro (mg/dia)	Magnésio (mg/dia)
Lactentes							
0-6 meses	210*	0,2*	200*	0,01	110	0,27*	30*
7-12 meses	270*	5,5*	220*	0,5	130	11	75*
Crianças							
1-3 anos	500*	11*	340	0,7*	90	7	80
4-8 anos	800*	15*	440	1*	90	10	130
Sexo masculino							
9-13 anos	1300*	25*	700	2*	120	8	240
14-18 anos	1300*	35*	890	3*	150	11	410
19-30 anos	1000*	35*	900	4*	150	8	400
Sexo feminino							
9-13 anos	1300*	21*	700	2*	120	8	240

14-18 anos	1300*	24*	890	3*	150	15	360
19-30 anos	1300*	25*	900	3*	150	18	310
Gestação							
14-18 anos	1300*	29*	1.000	3*	220	27	400
19-30 anos	1000*	30*	1.000	3*	220	27	350
Lactação							
14-18 anos	1300*	44*	1.300	3*	290	10	360
19-30 anos	1000*	45*	1.300	3*	290	9	310

* Esta tabela (retirada dos relatórios de IDR, consultar www.nap.edu) apresenta as quantidades diárias recomendadas (QDRs) em **negrito** e a ingestão adequada (IAs) em tipo normal seguidas por um asterisco (*). As QDRs e as IAs podem ser usadas como metas para a ingestão individual. As QDRs são ajustadas para fazer frente às necessidades de quase todos os indivíduos (97-98%) em um grupo. Para lactentes saudáveis amamentados, a IA é a ingestão média. Supõe-se que a IA para os outros grupos cubra as necessidades de todos os indivíduos no grupo, mas, devido à ausência ou incerteza de dados não é possível identificar com segurança a porcentagem dos indivíduos cobertos por esta ingestão.

FONTES: Dietary Reference Intakes for *Calcium, Phosphorous, Magnesium, Vitamin D, and Fluoride* (1977); Dietary Intakes for *Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B6, Folate, Vitamin B12, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline* (1988); Dietary Reference Intakes for *Vitamin C, Vitamin E, Selenium, and Carotenoids* (2000); Dietary Reference Intakes for *Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Magnese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc* (2001); and Dietary Reference Intakes for *Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate* (2004). Esses relatórios podem ser acessados em <http://www.nap.edu>.

Direitos reservados em 2004 para a *National Academy of Sciences*. Todos os direitos reservados.

Tabela 6 - Ingestão dietética de referência (IDR): Ingestão Individual de Elementos Recomendada (Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies)*

Grupo etário	Manganês (mg/dia)	Molibdênio (µg/dia)	Fósforo (mg/dia)	Selênio (µg/dia)	Zinco (mg/dia)	Potássio (g/dia)	Sódio (g/dia)	Cloro (g/dia)
Lactentes								
0-6 meses	0,003*	2*	100*	15*	2*	0,4*	0,12*	0,18*
7-12 meses	0,6*	3*	275*	20*	3	0,7*	0,37*	0,57*
Crianças								
1-3 anos	1,2*	17	460	20	3	3,0*	1,0*	1,5*
4-8 anos	1,5*	22	500	30	5	3,8*	1,2*	1,9*
Sexo masculino								
9-13 anos	1,9*	34	1.250	40	8	4,5*	1,5*	2,3*
14-18 anos	2,2*	43	1.250	55	11	4,7*	1,5*	2,3*
19-30 anos	2,3*	45	700	55	11	4,7*	1,5*	2,3*
Sexo feminino								
9-13 anos	1,6*	34	1.250	40	8	4,5*	1,5*	2,3*
14-18 anos	1,6*	43	1.250	55	9	4,7*	1,5*	2,3*
19-30 anos	1,8*	45	700	55	8	4,7*	1,5*	2,3*
Gestação								
14-18 anos	2,0*	50	1.250	60	12	4,7*	1,5*	2,3*
19-30 anos	2,0*	50	700	60	11	4,7*	1,5*	2,3*
Lactação								
14-18 anos	2,6*	50	1.250	70	13	5,1*	1,5*	2,3*
19-30 anos	2,6*	50	700	70	12	5,1*	1,5*	2,3*

* Esta tabela (retirada dos relatórios de IDR, consultar www.nap.edu) apresenta as quantidades diárias recomendadas (QDRs) em **negrito** e a ingestão adequada (IAs) em tipo normal seguidas por um asterisco (*). As QDRs e as IAs podem ser usadas como metas para a ingestão individual. As QDRs são ajustadas para fazer frente às necessidades de quase todos os indivíduos (97-98%) em um grupo. Para lactentes saudáveis amamentados, a IA é a ingestão média. Supõe-se que a IA para os outros grupos cubra as necessidades de todos os indivíduos no grupo, mas, devido à ausência ou incerteza de dados não é possível identificar com segurança a porcentagem dos indivíduos cobertos por esta ingestão.

FONTES: Dietary Reference Intakes for *Calcium, Phosphorous, Magnesium, Vitamin D, and Fluoride* (1977); Dietary Intakes for *Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B6, Folate, Vitamin B12, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline* (1988); Dietary Reference Intakes for *Vitamin C, Vitamin E, Selenium, and Carotenoids* (2000); Dietary Reference Intakes for *Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Magnese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc* (2001); and Dietary Reference Intakes for *Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate* (2004). Esses relatórios podem ser acessados em <http://www.nap.edu>.

Direitos reservados em 2004 para a *National Academy of Sciences*. Todos os direitos reservados.

As quantidades de ingestão recomendada para vitaminas estão representadas na tabelas 07 e 08:

Tabela 7 - Ingestão dietética de referência (IDR): Ingestão Recomendada Individual de Vitaminas (Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies)^{*42}

Grupo etário	Vit. A (µg/dia) †	Vit. C (mg/dia)	Vit. D (µg/dia) ‡ §	Vit. E (mg/dia)	Vit. K (µg/dia)	Tiamina (mg/dia)	Riboflavi na (mg/dia)	Niancina (mg/dia) ¶
Lactentes								
0-6 meses	400*	40*	10	4*	2,0*	0,2*	0,3*	2
7-12 meses	500*	50*	10	5*	2,5*	0,3*	0,4*	4
Crianças								
1-3 anos	300	15	15	6	30*	0,5	0,5	6
4-8 anos	400	25	15	7	55*	0,6	0,6	8
Sexo masculino								
9-13 anos	600	45	15	11	60*	0,9	0,9	12
14-18 anos	900	75	15	15	75*	1,2	1,3	16
19-30 anos	900	90	15	15	120*	1,2	1,3	16
31-50 anos	900	90	15	15	120*	1,2	1,3	16
51-70 anos	900	90	15	15	120*	1,2	1,3	16
> 70 anos	900	90	20	15	120*	1,2	1,3	16
Sexo feminino								
9-13 anos	600	45	15	11	60*	0,9	0,9	12
14-18 anos	700	65	15	15	75*	1,0	1,0	14
19-30 anos	700	75	15	15	90*	1,1	1,1	14
31-50 anos	700	75	15	15	90*	1,1	1,1	14
51-70 anos	700	75	15	15	90*	1,1	1,1	14
> 70 anos	700	75	20	15	90*	1,1	1,1	14
Gestação								
14-18 anos	750	80	15	15	75*	1,4	1,4	18
19-30 anos	770	85	15	15	90*	1,4	1,4	18
31-50 anos	770	85	15	15	90*	1,4	1,4	18
Lactação								
14-18 anos	1.200	115	5*	19	75*	1,4	1,6	17
19-30 anos	1.300	120	5*	19	90*	1,4	1,6	17
31-50 anos	1.300	120	15	19	90*	1,4	1,6	17

*Esta tabela (retirada dos relatórios de IDR, consultar www.nap.edu) apresenta as quantidades diárias recomendadas (QDRs) em **negrito** e a ingestão adequadas (IAs) em tipo normal seguidas por um asterisco (*). As QDRs e as IAs podem ser usadas como metas para a ingestão individual. As QDRs são ajustadas para fazer frente às necessidades de quase todos os indivíduos (97-98%) em um grupo. Para lactentes saudáveis amamentados, a IA é a ingestão média. Supõe-se que a IA para os outros grupos cubra as necessidades de todos os indivíduos no grupo, mas, devido à ausência ou incerteza de dados não é possível especificar com segurança a porcentagem dos indivíduos cobertos por esta ingestão.

† Como equivalentes de atividade de retinol (EARs). 1 EAR = 1µg de retinol, 12 µg de β-caroteno, 24 µg de α-caroteno, ou 24 µg de β-criptoxantina. A EAR para os carotenóides dietéticos da provitamina A é duas vezes maior do que os equivalentes de retinol (ER), enquanto a EAR para a vitamina A pré-formada é a mesma que o ER.

‡ Como colecalciferol, 1 µg de colecalciferol = 40 UI de vitamina D.

§ Na ausência de uma exposição adequada à luz solar.

Como α-tocoferol. O α-tocoferol inclui o RRR-α-tocoferol, a única forma de α-tocoferol de ocorrência natural nos alimentos, e as formas 2R-estéreo-isoméricas do α-tocoferol (RRR-, RSR-, RRS- e RSS-α-tocoferol) que existem nos alimentos enriquecidos e nos suplementos. Não foram incluídas as formas 2S-estéreo-isoméricas do α-tocoferol (RRR-, RSR-, RRS- e RSS-α-tocoferol), também encontradas em alimentos e suplementos enriquecidos.

¶ Como equivalentes de niancina (EN). 1 mg de niancina = 60mg de triptofano; 0-6 meses = niancina preformada (não EN).

Como equivalentes de folato dietético (EFD). 1 EFD = 1µg de folato alimentar = 0,6 µg de ácido fólico de alimentos

⁴² Dietary Reference Intakes (DRIs): Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Vitamins. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies

Disponível

em:

http://iom.nationalacademies.org/~media/Files/Activity%20Files/Nutrition/DRIs/5_Summary%20Table%20Tables%201-4.pdf. Acesso em 29 Ago. 2015.

enriquecidos ou como suplemento consumido com a comida = 0,5 µg de um suplemento ingerido com o estômago vazio.

** Embora as las tenham sido ajustadas para a colina, existem poucos dados para avaliar se um suplemento dietético de colina é necessário em todos os estágios do ciclo vital. Pode ser possível que a necessidade de colina possa ser satisfeita pela síntese endógena em alguns desses estágios.

†† Em face das evidências que associam ingestão de folatos com defeitos do tubo neural no feto, recomenda-se que todas as mulheres capazes de engravidar consumam 400 µg de suplementos ou alimentos enriquecidos, além da ingestão do folato alimentar de uma dieta variada.

Presume-se que as mulheres continuem a consumir 400 µg de suplementos ou de alimentos enriquecidos até que a gravidez seja confirmada e comecem os cuidados pré-natais, o que geralmente ocorre depois do término do período periconcepcional - o momento crítico para a formação do tubo neural.

Tabela 8 - Ingestão dietética de referência (IDR): Ingestão Recomendada Individual de Vitaminas (Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies)*⁴³

Grupo etário	Vit. B6 (mg/dia)	Folato (µg/dia) #	Ácido pantotênico (mg/dia)	Biotina (µg/dia)	Colina* * (mg/dia)
Lactentes					
0-6 meses	0,1	65*	1,7*	5*	125*
7-12 meses	0,3	80*	1,8*	6*	150*
Crianças					
1-3 anos	0,5	150	2*	8*	200*
4-8 anos	0,6	200	3*	12*	250*
Sexo masculino					
9-13 anos	1,0	300	4*	20*	375*
14-18 anos	1,3	400	5*	25*	550*
19-30 anos	1,3	400	5*	30*	550*
31-50 anos	1,3	400	5*	30*	550*
51-70 anos	1,7	400	5*	30*	550*
> 70 anos	1,7	400	5*	30*	550*
Sexo feminino					
9-13 anos	1,0	300	4*	20*	375*
14-18 anos	1,2	400 ^{††}	5*	25*	400*
19-30 anos	1,3	400 ^{††}	5*	30*	425*
31-50 anos	1,3	400	5*	30*	425*
51-70 anos	1,5	400	5*	30*	425*
> 70 anos	1,5	400	5*	30*	425*
Gestação					
14-18 anos	1,9	600 ^{††}	6*	30*	450*
19-30 anos	1,9	600 [#]	6*	30*	450*
31-50 anos	1,9	600 [#]	6*	30*	450*
Lactação					
14-18 anos	2,0	500	7*	35*	550*
19-30 anos	2,0	500	7*	35*	550*
31-50 anos	2,0	500	7*	35*	550*

*Esta tabela (retirada dos relatórios de IDR, consultar www.nap.edu) apresenta as quantidades diárias recomendadas (QDRs) em **negrito** e a ingestão adequadas (las) em tipo normal seguidas por um asterisco (*). As QDRs e as las podem ser usadas como metas para a ingestão individual. As QDRs são ajustadas para fazer frente às necessidades de quase todos os indivíduos (97-98%) em um grupo. Para lactentes saudáveis amamentados, a IA é a ingestão média. Supõe-se que a IA para os outros grupos cubra as necessidades de todos os indivíduos no grupo, mas, devido à ausência ou incerteza de dados não é possível especificar com segurança a porcentagem dos indivíduos cobertos por esta ingestão.

† Como equivalentes de atividade de retinol (EARs). 1 EAR = 1 µg de retinol, 12 µg de β-caroteno, 24 µg de α-caroteno, ou 24 µg de β-criptoxantina. A EAR para os carotenóides dietéticos da provitamina A é duas vezes maior do que os equivalentes de retinol (ER), enquanto a EAR para a vitamina A pré-formada é a mesma que o ER.

‡ Como colecalciferol, 1 µg de colecalciferol = 40 UI de vitamina D.

⁴³ Dietary Reference Intakes (DRIs): Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Vitamins. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies. Disponível em: http://iom.nationalacademies.org/~media/Files/Activity%20Files/Nutrition/DRIs/5_Summary%20Table%20Tables%201-4.pdf. Acesso em: 29 Ago. 2015.

§ Na ausência de uma exposição adequada à luz solar. Como α -tocoferol. O α -tocoferol inclui o RRR- α -tocoferol, a única forma de α -tocoferol de ocorrência natural nos alimentos, e as formas 2R-estéreo-isoméricas do α -tocoferol (RRR-, RSR-, RRS- e RSS- α -tocoferol) que existem nos alimentos enriquecidos e nos suplementos. Não foram incluídas as formas 2S-estéreo-isoméricas do α -tocoferol (RRR-, RSR-, RRS- e RSS- α -tocoferol), também encontradas em alimentos e suplementos enriquecidos.

¶ Como equivalentes de niacina (EN). 1 mg de niacina = 60mg de triptofano; 0-6 meses = niacina preformada (não EN).

Como equivalentes de folato dietético (EFD). 1 EFD = 1 μ g de folato alimentar = 0,6 μ g de ácido fólico de alimentos enriquecidos ou como suplemento consumido com a comida = 0,5 μ g de um suplemento ingerido com o estômago vazio.

** Embora as las tenham sido ajustadas para a colina, existem poucos dados para avaliar se um suprimento dietético de colina é necessário em todos os estágios do ciclo vital. Pode ser possível que a necessidade de colina possa ser satisfeita pela síntese endógena em alguns desses estágios.

†† Em face das evidências que associam ingestão de folatos com defeitos do tubo neural no feto, recomenda-se que todas as mulheres capazes de engravidar consumam 400 μ g de suplementos ou alimentos enriquecidos, além da ingestão do folato alimentar de uma dieta variada.

Presume-se que as mulheres continuem a consumir 400 μ g de suplementos ou de alimentos enriquecidos até que a gravidez seja confirmada e comece os cuidados pré-natais, o que geralmente ocorre depois do término do período periconcepcional - o momento crítico para a formação do tubo neural.

Carboidratos

A ingestão de carboidratos deve fornecer de 30 a 60% de energia durante a lactação. O leite materno fornece 37% enquanto a fórmula infantil de 40 a 50% das calorias derivadas da lactose ou outros carboidratos (TRAHMS, 2005, p.206-7).

As necessidades mínimas de gorduras e carboidratos equivalem a não mais do que 30 kcal (125,5 kJ)/kg/24h, cerca de 1/3 da necessidade calórica total. O leite humano e grande parte das fórmulas desenvolvidas contêm quantidade de calorias aproximadamente iguais (NELSON, 2009, p.212).

Ácidos graxos (Lipídios)

Os lipídios além de armazenar energia, são componentes da membrana celular que armazenam vitaminas e atuam no desenvolvimento cerebral dos recém-nascidos (ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa) (FERREIRA & STAPE, 2013, p. 908).

Os lactentes requerem ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa (LC-PUFA), sendo os mais relevantes para a nutrição, o ácido aracdônico (ARA; 20: 4 ω 6) e o ácido decosahexaenóico (DHA; 22: 6 ω 3). Estes ácidos são sintetizados a partir da série de reações de desaturação e prolongamento a partir dos ácidos graxos essenciais linoléico (LA; 18: 2 ω 6) e α -linolênico (ALA; 18: 3 ω 3). Nos lactentes

alimentados com fórmula, os níveis de ARA e DHA no plasma e nos lipídios eritrocitários são mais baixos do que os lactentes alimentados na mama (NELSON, 2009, p.212).

As gorduras devem ser suficientes para suprir as necessidades de ácidos graxos essenciais (0,5 -1,0 g/kg/24 h de ácido linoléico adicionado de pequena quantidade de ácido α -linolênico) (NELSON, 2009, p.212). Os bebês prematuros necessitam de 0,4 g/kg de peso por dia de ácido linolênico e ácido linoléico (WAITZBERG, 2005, p. 05).

A ingestão recomendada de lipídios para lactentes com menos de 1 (um) ano de vida é de no mínimo 30 gramas/dia. Esta quantidade está presente no leite materno e nas fórmulas alimentares (TRAHMS, 2005, p.206).

Em estudos comparativos de bebês alimentados com fórmula e amamentados, os lactentes amamentados apresentaram melhor desenvolvimento visual e cognitivo atribuído à presença de LC-PUFA no leite humano. Ressalte-se que as fórmulas testadas não apresentavam este ácido graxo de cadeia longa (NELSON, 2009, p.212).

Entretanto, MAHAM & ESCOTT-STUMP (2012, p. 981) relata que um estudo realizado por M. Thomas Clandinin *et al.*⁴⁴, em 2005, demonstrou que os lactentes prematuros alimentados com fórmulas suplementadas com ARA (ácido aracdônico) e DHA (ácido decosahexaenóico) proporcionaram melhores resultados de desenvolvimento do que as fórmulas não suplementadas.

Foram realizados estudos científicos para analisar se as crianças alimentadas com fórmulas suplementadas com LC-PUFA ou amamentadas diferem na função visual e no desenvolvimento neurológico. Contudo, os resultados não foram unânimes, considerando que alguns estudos mostraram vantagens e outros não (NELSON, 2009, p.212).

Energia

Os lactantes alimentados com fórmula consomem mais calorias de energia por unidade de tamanho corporal que os amamentados no peito durante o primeiro

⁴⁴ CLANDININ, M. Thomas et al. Growth and development of preterm infants fed infant formulas containing docosahexaenoic acid and arachidonic acid. **The Journal of Pediatrics**, April 2005, volume 146, Issue 4, Pages 461–468. Disponível em: < [http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(04\)01117-5/abstract](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(04)01117-5/abstract)>. Acesso em: 09 nov. 2015.

ano. Além disso, os ganhos de massa corporal e peso são maiores em bebês alimentados com fórmula (TRAHMS, 2005, p.206).

A energia dietética não deve permitir o ganho de massa corporal excessivo mas, deve garantir o crescimento e poupar a proteína de ser utilizada como energia (MAHAM & ESCOTT-STUMP, 2012, p. 390).

Proteína

O lactante em condições normais de saúde requer mais proteínas por unidade de peso corporal (kg) que o adulto, como pode ser observado na Tabela 2. Seguindo esse raciocínio, a quantidade de aminoácidos essenciais disponíveis para os lactantes deve ser maior que para os adultos:

As crianças com maior probabilidade de estar em risco de ingestão protéica inadequada são aquelas com dietas vegetarianas estritas, aquelas com múltiplas energias alimentares ou eu disponham de seleções alimentares limitadas decorrentes de dieta da moda, problemas comportamentais ou acesso limitado aos alimentos (MAHAM & ESCOTT-STUMP, 2012, p. 391)

Leucina, isoleucina, valina, treonina, metionina, fenilalanina, triptofano, lisina, histidina, são considerados aminoácidos essenciais (ou indispensáveis). A cisteína, tirosina e arginina também são considerados aminoácidos. Tanto o leite humano quanto as fórmulas sintéticas apresentam quantidades adequadas de aminoácidos e aminoácidos essenciais (NELSON, 2009, p.212).

A tirosina, cistina e a taurina são aminoácidos essenciais para os lactentes prematuros. Contudo, para os bebês que recebem fórmulas alimentares diluídas (seja para tratamento prolongado por diarreia, após enfermidade entérica ou apresentam alergias alimentares), as quantidades de proteínas recebidas podem ser inadequadas (TRAHMS, 2005, p.206).

As formulações infantis de aminoácidos tentam mimetizar a composição do leite materno. As necessidades dos neonatos em relação a aminoácidos não estão bem estabelecidas, mas, apresentam maior importância a leucina, valina, isoleucina, cisteína, histina e taurina (WAITZBERG, 2005, p. 05).

De acordo com o *Food and Nutrition Board*, da *National Academy of Science* a ingestão adequada de proteínas para um lactente de zero a seis meses é 9,3g/24h (NELSON, 2009, p.212).

Minerais

A ingestão de eletrólitos não diferem para os lactentes amamentado no peito e com fórmula, bem como de crianças de um a oito anos de idade, aproximando-se das ingestões diárias recomendadas (IDRs) para cada um (NELSON, 2009, p.213).

A ingestão insuficiente de minerais e vitaminas podem provocar crescimento deficiente e doenças (MAHAM & ESCOTT-STUMP, 2012, p. 391)

As dietas enterais são equilibradas para a reposição de eletrólitos, minerais e micronutrientes. Contudo, as necessidades individuais devem ser ajustadas de acordo com a condição clínica do paciente (FERREIRA & STAPE, 2013, p. 909).

Cálcio

O cálcio é necessário para a mineralização e a manutenção do crescimento ósseo nas crianças. A quantidade a ser ingerida depende da taxa de absorção individual e de fatores dietéticos, como quantidades de vitamina D, proteína e fósforo (MAHAM & ESCOTT-STUMP, 2012, p. 392).

A ingestão diária recomendada de cálcio para lactentes alimentados com fórmulas baseadas em leite de vaca é de 400 a 800mg/dia, sendo que o organismo retém apenas 25 a 30% da ingestão do produto. Essa porcentagem difere dos lactentes amamentados no peito, que retêm aproximadamente 2/3 da ingestão de cálcio [aproximadamente 66,6%] (TRAHMS, 2005, p.207).

Ferro

O leite humano contém quantidade de ferro consideravelmente menor que o das fórmulas, porém, a deficiência deste mineral é menos comum nos lactentes amamentados na mama. Há uma crença de que as fórmulas devam ser enriquecidas com ferro para evitar a carência no organismo infantil (NELSON, 2009, p.213).

Durante a lactância, as crianças entre 1 e 3 anos de idade necessitam de um suprimento adicional de ferro, uma vez que esta fase é caracterizada pelo aumento na hemoglobina e massa de ferro total e, a deficiência no suprimento provoca anemia por deficiência de ferro (MAHAM & ESCOTT-STUMP, 2012, p. 391).

Zinco

Os bebês prematuros são sensíveis à deficiência de oligoelementos, especificadamente cobre e zinco, em decorrência da diminuição da absorção intestinal, perda excessiva, hipermetabolismo e reservas corpóreas reduzidas. “ A acrodermatite enteroepática por deficiência de zinco pode ocorrer após diarreias intensas” (WAITZBERG, 2005, p. 05).

O zinco é co-fator essencial em mais de 200 enzimas dos mamíferos, atuando na divisão celular, aumentando a cicatrização de feridas e imunidade. Em casos de diarreia, devem ser considerados aportes suplementares na nutrição (CHWALS, 2005, p. 17).

A deficiência de zinco resulta na falta de apetite, acuidade de paladar diminuída, baixa cicatrização de feridas e insuficiência no crescimento (MAHAM & ESCOTT-STUMP, 2012, p. 393).

Vitaminas

As vitaminas são compostos orgânicos essenciais necessários ao metabolismo, crescimento e manutenção da saúde corporal. As vitaminas não são sintetizadas pelo corpo humano, devendo ser obtidas através de dietas ou sob a forma de suplementos alimentares (NELSON, 2009, p.242).

A vitamina D é indispensável para a absorção de cálcio e a sua deposição no osso, previne o câncer, problemas autoimunes, doenças cardiovasculares e de doenças infecciosas (MAHAM & ESCOTT-STUMP, 2012, p. 393). Estudos demonstraram que as necessidades de vitamina C e D são maiores em lactentes do que em crianças mais velhas (CHWALS, 2005, p. 18).

A vitamina A é importante para manter a visão e, as deficiências podem resultar em cegueira noturna, atraso no crescimento e resistência à infecção. A vitamina K é administrada ao nascimento a fim de se evitar a coagulopatia neonatal (CHWALS, 2005, p. 18).

As deficiências de vitaminas são raras quando a ingestão protéica é adequada. É recomendada a ingestão complementar de vitamina D para os

lactentes amamentados na mama, uma vez que são mais sensíveis à deficiência de vitamina D do que os bebês alimentados com fórmula (NELSON, 2009, p.213).

Água

A necessidade de água dos lactentes é determinada pela perda através da pele, pulmão, fezes ou urina. A ingestão recomendada pela *National Research Council* é de 1,5 ml/kcal/dia. O aleitamento materno e as fórmulas alimentares, preparadas, conforme recomendação, suprem a quantidade diária recomendada (TRAHMS, 2005, p.207).

Os lactentes são mais sensíveis à desidratação, porque apresenta maiores perdas hídricas por via pulmonar, renal e cutânea, bem como uma maior atividade metabólica global, especialmente na presença de vômitos ou diarreias, ou se a ingestão de solutos for elevada (NELSON, 2009, p.213).

3.2 Desnutrição infantil

A desnutrição é a deficiência de todos os nutrientes na dieta do indivíduo. A desnutrição protéico-energética resulta da privação de proteínas e energia, podendo ocorrer de forma epidêmica (relacionada à fome) ou endêmica (relacionada à doença). A causa ainda pode ser primária, pelo provimento insuficiente de alimento ou, secundária pela má absorção, excreção e necessidades fisiológicas aumentadas (SHILS, 2003, p.1155).

A desnutrição provoca alterações no sistema imunológico das crianças, tornando-o susceptível às infecções, aumentando a morbimortalidade (FERREIRA & STAPE, 2013, p.905).

No início do século XX, foram classificadas duas formas comuns de desnutrição em países subdesenvolvidos: *kwashiorkor* e marasmo. O quadro clínico do *kwashiorkor* é caracterizado por baixa ingestão de proteína, apatia, falta de apetite, alterações cutâneas nas pernas e braços, anemia, cabelo fino, sendo o edema o mais importante sinal. A perda de peso no marasmo é mais evidente que no *kwashiorkor*, a diarreia é frequente. Outras características do marasmo são olhos

fundos, perda da elasticidade na pele, fome, agitação e ausência do edema (WAITZBERG, 2005, p. 06).

A desnutrição protéico-energética crônica, caracterizada por um déficit de crescimento, manifesta-se em lactentes com cardiopatia congênita, principalmente em casos de insuficiência cardíaca congestiva. A terapia nutricional para estes lactentes deve apresentar alta densidade de nutrientes (SHILS, 2003, p. 1156).

3.3 Fibrose cística e outras doenças pulmonares crônicas

A fibrose cística é a doença que deteriora de forma progressiva a função pulmonar e pancreática. A função pulmonar pode aumentar as necessidades de nutrientes, mas, o maior impacto é o efeito contrário sobre a ingestão, principalmente durante as crises agudas, em crianças mais velhas com doença pulmonar grave. A função pancreática comprometida limita a absorção de gordura (SHILS, 2003, p. 1155).

A dieta nutricional recomendada para os pacientes que apresentam fibrose cística deve ser rica em proteína e pobre em gordura. Contudo, a reposição de enzimas pancreáticas na maioria dos pacientes é capaz de manter o estado nutricional com a dieta “normal”. Os indivíduos com a função pulmonar insuficiente têm apetite diminuído, ingerindo pouca proteína e energia. A dieta dos pacientes com doença pulmonar crônica deve ser rica em gordura (SHILS, 2003, p. 1155).

3.4 Distúrbios gastrointestinais

Nos lactentes e crianças com distúrbios gastrointestinais a desnutrição é endêmica. A perda de nutrientes é considerada secundária ao transtorno específico na função gastrintestinal, vômito ou diarreia. Os dois últimos sintomas recebem como tratamento a restrição de todos os nutrientes, com exceção de água e eletrólitos (SHILS, 2003, p. 1156).

3.4.1 Diarreias

Em 2009, a UNICEF e a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançaram o relatório *Diarreia: Por que as crianças continuam morrendo e o que pode ser feito*⁴⁵. O documento informa que a doença mata mais crianças do que a AIDS, a malária e o sarampo juntos.

Consta ainda no referido Relatório que a diarreia pode ter várias origens. Entretanto: a) 88%(oitenta e oito por cento) das mortes por diarreia são atribuídas à má qualidade da água, saneamento inadequado e falta de higiene; b) Poucos organismos são capazes de provocar casos graves. Mas, o rotavírus, é responsável por mais de 40% de todas as internações de crianças menores de 5 anos; c) Os casos graves de diarreia acarretam perda significativa de líquidos e, na sequencia desidratação. Quando os líquidos não são substituídos rapidamente, a criança pode morrer; d) A lavagem das mãos com sabão e água diminui a incidência de doenças diarreicas em mais de 40% (WHO, 2009).

A diarreia aguda provocada por organismos comuns persiste em média por quatro a cinco dias. O principal objetivo da terapia é manter a hidratação, podendo ser realizado com soluções de reidratação oral e/ou fórmulas especiais (SHILS, 2003, p. 1156).

As fórmulas recomendadas para pacientes acometidos de diarreia viral são isentas de carboidratos. Contudo, essas fórmulas resultam em hipoglicemia sendo necessário algum carboidrato especial (SHILS, 2003, p. 1156).

A diarreia pode ser classificada em aguda, persistente ou crônica. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define diarreia como três ou mais evacuações aquosas ou amolecidas no período de 24 horas ou, pelo menos uma evacuação amolecida ou aquosa com sangue (RISSONI & TOPOROVSKI, 2013, p. 309).

A diarreia aguda é uma doença do trato digestivo de caráter benigno e autolimitada, de duração menor de 14 dias, podendo ser grave em lactentes e em crianças com algum grau de desnutrição e sangue, oriunda de causas infecciosas e não infecciosas. Dentre as causas infecciosas: a) diarreia osmótica: apresenta como

⁴⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diarrhoea**: Why children are still dying and what can be done. 2009. Disponível em: http://www.unicef.org/media/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf. Acesso em 15 Out. 2015.

causa frequente a intolerância à lactose; b) erros alimentares (RISSONI & TOPOROVSKI, 2013, p. 309-311).

A diarreia persistente apresenta os sintomas por mais de 14 (quatorze) dias associada à intolerância à lactose. Na diarreia crônica, os sintomas persistem por mais de 30 (trinta) dias, frequentemente associada à intolerância a carboidratos, alergia à proteína de alimentos, desnutrição, erros alimentares (RISSONI & TOPOROVSKI, 2013, p. 312).

As consequências mais graves da diarreia aguda são os distúrbios de fluidos e eletrólitos, responsáveis por quase 50% das mortes em crianças menores de cinco anos de idade, principalmente nos menores de um ano, nos países subdesenvolvidos. A base do tratamento para a diarreia é a reposição hidroeletrólítica por terapia de reposição oral (TRO) e hidratação parenteral (LOPES & MARTINS, 2013, p. 424-5).

As doenças diarréicas apresentam efeito negativo sobre o crescimento do lactente/criança através da diminuição do apetite em cerca de 20% com a consequente redução da quantidade de alimento ingerido; má absorção de nutrientes; perda de nutrientes causada por vômitos e febre; suspensão da alimentação com fins de pausa intestinal (ACCIOLY, 2009, p.420).

A maioria dos lactentes pode tolerar um período de quatro a cinco dias com pouca ou nenhuma ingestão de nutrientes. Outros pacientes toleram mais de duas semanas sem apresentar má nutrição, desenvolvendo alterações intestinais secundárias por conta da diarreia persistente e desnutrição. A escolha da fórmula alimentar deve ser feita levando em consideração a causa suspeita da diarreia (SHILS, 2003, p. 1158).

A diarreia deve ser tratada para prevenir a desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos. *“O adequado suporte hidroeletrólítico e nutricional é decisivo para reduzir a mortalidade e a morbidade”* (RISSONI & TOPOROVSKI, 2013, p. 313).

3.4.2 Vômito

Os episódios de vômito de curta duração com poucos problemas nutricionais são considerados agudos. Os casos crônicos que apresentam condições clínicas significativas, como por exemplo, refluxo gastroesofageano, assumem significado

patológico se manifestar-se em incapacidade de desenvolvimento e/ou aspiração pulmonar recorrente. Em situações de déficit de crescimento ou diminuição do peso são indicadas terapias nutricionais remediadoras (alimentações administradas de forma contínua diretamente no duodeno ou jejuno – partes do intestino) (SHILS, 2003, p. 1158).

3.4.3 Síndrome de intestino curto

A síndrome de intestino curto pode ser considerada, de forma funcional, como diarreia crônica. Nessa condição clínica, as alterações da mobilidade gástrica e intestinal, secreção, digestão e absorção são secundárias a perda do intestino delgado. A gravidade desta síndrome é inversamente relacionada à extensão do segmento intestinal remanescente, contudo, a perda da válvula ileocecal, que funciona como retardante do tempo de trânsito, pode agravar o quadro clínico. A remoção do jejuno provoca má absorção e a diminuição da secreção biliar e pancreática. A perda do íleo traz como consequência a perda na captação de sais biliares e absorção de vitamina B₁₂ (SHILS, 2003, p. 1158).

A doença vascular mesentérica, doença de Chron e malignidade são as causas mais comuns da Síndrome nos adultos. Nas crianças, a enterocolite necrotizante, volvo do intestino médio e atresia intestinal constituem os principais determinantes da Síndrome do Intestino Curto (SHILS, 2003, p.1213).

A terapia nutricional para os indivíduos acometidos pela síndrome deve ser baseada na fase em que se encontra, ou seja, na fase inicial e no começo da fase intermediária as necessidades dos nutrientes devem ser providas por dieta parenteral. Após adaptação intestinal, é recomendada a alimentação contínua por meio de sonda demora nasogástrico ou de gastrostomia. As fórmulas elementares são mais toleradas que as não elementares (SHILS, 2003, p. 1158).

3.4.4 Distúrbios de malabsorção

A malabsorção intestinal deriva de um amplo campo de doenças de diferentes etiologias e manifestações clínicas diversas, ligadas à redução da absorção

intestinal de um ou mais nutrientes dietéticos. A malabsorção pode surgir de um defeito na digestão dos nutrientes no intestino ou na absorção pela mucosa. A tabela 09 discrimina os distúrbios de malabsorção associados a defeito generalizado das mucosas (NELSON, 2009, p. 1593-4).

Tabela 9 - Distúrbios de malabsorção associados a defeito generalizado das mucosas

<p>ENTEROPATIA INDUZIDA POR ALIMENTOS Enteropatia sensível ao glúten (doença celíaca) Enterepotaias sensíveis ao leite de vaca e a outras proteínas Enteropatia eosinofílica</p>
<p>DEFEITOS CONGÊNTOS DA MUCOSA INTESTINAL Doença de inclusão de microvilosidades Enteropatia em tufo Síndrome da glicoproteína deficiente de carboidrato Deficiência de sulfato de heparana do enterócito Anendrocinose entérica (mutação NEUROG 3)</p>
<p>ENTEROPATIA PERDEDORA DE PROTEÍNA Linfangiectasia (congenita e adquirida) Distúrbios que causam inflamação da mucosa intestinal</p>
<p>INDUZIDA POR INFECÇÃO Infecções parasitárias (p. ex., <i>Giardia</i> e <i>cryptosporidium</i>) Crescimento bacteriano excessivo Espru tropical Enteropatia pós-infecciosa</p>
<p>DISTÚRBIOS DE IMUNODEFICIÊNCIA Distúrbios de imunodeficiência congênitos Deficiência seletiva de IgA (pode ser associada a doença celíaca) Imunodeficiência combinada grave Agamaglobulinemia Hipogamaglobulinemia ligada ao X Síndrome de Wiskott-Aldrich Doença de imunodeficiência comum variável Doença granulomatosa crônica Imunodeficiência adquirida Infecção por HIV Terapia imunossupressora e pós transplante de medula óssea</p>
<p>ENTEROPATIA AUTO-IMUNE</p>
<p>OUTRAS Doença imunoproliferativa do intestino delgado Síndrome do intestino curto Desnutrição crônica Enterite por radiação</p>
<p>Tabela extraída da fonte: NELSON, Robert M. Kliegman et al. Tratado de pediatria. Vol. 2. 18ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 1593-4.</p>

3.5 Hipersensibilidade alimentar (alergia alimentar)

O aleitamento materno deve ser estimulado de forma exclusiva ao menos no primeiro semestre de vida do lactante. O leite de vaca é o alimento mais descrito como alergênico na infância, sendo recomendável que a mãe ingira uma pequena quantidade, visto que já foi demonstrada sensibilização ao leite de vaca em crianças amamentadas de forma exclusiva na nutriz. Outros alimentos como ovo, trigo e carnes também devem ser iniciados mais tardiamente na alimentação infantil (SAMPAIO *et al.*, 1987, p.157).

O efeito indesejável ou prejudicial após a ingestão de um alimento ou aditivo alimentar é denominado reação adversa. As reações são classificadas em **intolerância alimentar**, cujas respostas fisiológicas são adversas ou, **hipersensibilidade alimentar**, caracterizada por respostas imunológicas adversas e alergias. As reações adversas a alimentos podem ser derivadas das propriedades funcionais dos alimentos ou respostas fisiológicas do hospedeiro. As tabelas 10 e 11 representam as reações adversas a alimentos e o diagnóstico diferencial de reações adversas a alimentos respectivamente (NELSON, 2009, p.986).

VALLE & AUGUSTO (2009, p. 475) descrevem alergia alimentar ou hipersensibilidade alimentar como um tipo de hipersensibilidade alérgica que deriva de uma resposta imune exacerbada quando um indivíduo foi exposto a proteínas alimentares absorvidas através da mucosa intestinal.

O desenvolvimento da alergia alimentar inicia-se com maior frequência na infância precoce, sendo o período de maior vulnerabilidade de 06 a 12 meses de vida. As crianças que apresentam potencial genético considerável para alergia são as que possuem histórico familiar (pais ou irmãos) portadores de doenças alérgicas (SAMPAIO *et al.*, 1987, p.157).

Tabela 10 - Reações adversas a alimentos

INTOLERÂNCIA ALIMENTAR
<p>Fatores individuais</p> <p>Deficiências enzimáticas - lactase (primária ou secundária), frutase (maturação tardia) Desordens gastrointestinais - doença inflamatória intestinal, síndrome do cólon irritável Reações idiossincrásicas - cafeína em refrigerantes (hiperatividade) Psicológicas - fobias a alimentos Enxaqueca (raras)</p> <p>Fatores alimentares</p> <p>Organismos infecciosos - <i>Eschericia coli</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Clostridium</i> Toxinas - histamina (envenenamento por escombrídeo), saxitoxina (molusco)</p>

Agentes farmacológicos - cafeína, teobrominas (chocolate, chá), triptaminas (tomates), tiramina (queijo)
Contaminantes - metais pesados, pesticidas, antibióticos

Hipersensibilidade alimentar (alergia)

IgE-mediada

Cutânea - urticária, angioedema, erupções cutâneas morbiliformes e rubor
Gastrointestinal - síndrome da alergia oral, anafilaxia gastrointestinal
Respiratória - rinoconjuntivite aguda, broncospasmo (sibilos)
Generalizada - choque anafilático

IgE Mistas e por Células

Cutânea - dermatite atópica
Gastrointestinal - gastroenterite e esofagite eosinofílica alérgica
Respiratória – asma

Mediadas por células

Cutâneas - dermatite de contato, dermatite herpetiforme
Gastrointestinais - enterocolite induzida por proteína alimentar, proctocolites, síndromes de enteropatias, doença celíaca
Respiratória - hemossiderose pulmonar induzida por alimento (síndrome de Heiner)

Não classificada

Anemia induzida por leite de vaca

Tabela 11 - Diagnóstico Diferencial de reações adversas a alimentos

DESORDENS GASTROINTESTINAIS (COM VÔMITO E/OU DIARREIA)

Anomalias estruturais (estenose de piloro, doença de Hirschprung)
Deficiências enzimáticas (primárias ou secundárias)
 Deficiência de dissacaridase - lactase, frutase, sucrase-isomaltase
 Galactosemia
Neoplasias com obstrução
Outras: insuficiência pancreática (fibrose cística), doença péptica

CONTAMINANTES E ADITIVOS

Condimentos e conservantes - raramente causas sintomas
 Metabissulfito de sódio, glutamato monossódico, nitritos
Tinturas e colorações - muito raramente causam sintomas (urticária, eczema)
 Tartrazina
Toxinas
 Bacteriana, fúngica (aflatoxina), relacionadas a peixes (escombróide, ciguatera)
Organismos infecciosos
 Bactérias (*Salmonella*, *Escherichia coli*, *Shigella*)
 Vírus (rotavírus, enterovírus)
 Parasitas (*Giardia*, *Akis simples* [em peixes])
Contaminantes acidentais
 Metais pesados, pesticidas
Agentes farmacológicos
 Cafeína, solanina alcalóide glicosilada (em batatas), histamina (peixe), serotonina (banana, tomate), triptamina (tomate), tiramina (queijo)

REAÇÕES PSICOLÓGICAS

Fobias a alimentos

As **intolerâncias alimentares** resultam de uma série de mecanismos e, as **hipersensibilidades (alergias)** estão ligadas a mecanismos IgE-mediados e/ou mediado por células. Os sintomas relacionados ao mecanismo IgE-mediados afetam a pele (urticária, angioedema, rubor), o trato gastrointestinal (prurido oral, angioedema, náuseas, dor abdominal, vômitos, diarreia), trato respiratório (obstrução nasal, rinorréia, prurido, espirros, edema de laringe, dispnéia, sibilos) e sistema cardiovascular (arritmias, hipotensão, perda da consciência) (NELSON, 2009, p.987).

Por outro lado, os sintomas relacionados a hipersensibilidade alimentar mediada por células, afetam a pele (prurido e erupção eritematosa), trato gastrointestinal (caquexia, saciedade precoce, dor abdominal, vômitos, diarreia) ou trato respiratório (hemossiderose pulmonar induzida por alimentos). As respostas mistas IgE mediadas e celulares a alérgenos alimentares podem levar a doenças crônicas como asma, dermatite atópica e gastroenterite eosinofílica alérgica (NELSON, 2009, p.987).

Os alérgenos alimentares são classificados em classe 1 ou 2. Os alérgenos da classe 1, penetram a barreira gastrointestinal, enquanto os alérgenos da classe 2 penetram no trato respiratório. Qualquer alimento pode servir como alérgeno alimentar classe 1, mas, ovo, leite, amendoim, nozes, peixe, soja e trigo representam até 90% dos casos de alergia a alimentos na infância. Os alérgenos classe 2 são em geral plantas ou proteínas das frutas (NELSON, 2009, p.987).

As manifestações dos alérgenos alimentares se apresentam: **a)** gastrointestinais apresentam-se inicialmente com irritabilidade, vômitos ou regurgitações, diarreias e pequeno ganho de peso; **b)** cutâneas apresentam-se sob a forma de dermatite atópica, urticária aguda e angioedema; **c)** Nas manifestações respiratórias, os sintomas são rinoconjuntivite (lacrimejamento, prurido periocular, obstrução nasal e prurido, espirros, rinorréia) (NELSON, 2009, p.988).

Alergia à proteína do leite de vaca - APLV

A alergia a proteína do leite de vaca (APLV) é a forma mais comum de hipersensibilidade alimentar, cuja identificação é feita com base no histórico da dieta alimentar, estado geral da criança (VALLE & AUGUSTO, 2009, p.478). O leite de

vaca (LV) é composto por cerca de 30-35 g/litro de proteínas (caseína + proteínas), que podem desencadear a formação de anticorpos específicos em indivíduos predispostos geneticamente (ASBAI & SBAN, 2012, p.206).

Isabel Mique⁴⁶ (2012) escreve sobre a alergia a proteína de leite de vaca (APLV):

A alergia a proteína do leite de vaca (APLV) consiste na alergia alimentar mais comum no primeiro ano de vida e, a razão fundamental é que a proteína do leite de vaca (PLV) é geralmente a primeira proteína enfrentado por crianças com ou sem amamentação. O crescimento e desenvolvimento psicomotor pode ser comprometido, sem diagnóstico e tratamento adequado. O diagnóstico da APLV é difícil, e não há testes de diagnóstico sensíveis nem específicos, especialmente no primeiro ano de vida, de modo que as dietas de eliminação e testes de provocação são essenciais para o diagnóstico.

O protocolo clínico para padronização das dietas alimentares específicas de Vitória – ES⁴⁷ elaborou um quadro das manifestações clínicas digestivas e extra-digestivas prevalentes na Alergia à Proteína do leite de vaca, ilustrado na tabela 12:

Tabela 12 - Manifestações clínicas digestivas e extra-digestivas prevalentes na alergia à proteína do leite de vaca

Quadro clínico	Tipo de manifestação	Mecanismo	Sintomas
Síndrome de alergia oral	Digestiva	IgE	Edema de lábios, língua e palato
Anafilaxia gastrintestinal	Digestiva	IgE	Reação rápida com vômitos, dor abdominal e diarreia
Refluxo esofágico	Digestiva	Mediado por células	Vômito, regurgitação, recusa alimentar, distensão abdominal, irritabilidade e déficit ponderal
Esofagite eosinofílica	Digestiva	IgE mediado e/ou mediado por células	Sintomas de DRGE (Doença de refluxo gastro-esofágico), disfagia, vômitos e dor abdominal
Enterocolite alérgica	Digestiva	Mediado por células	Vômitos e diarreia de caráter persistente, distensão abdominal e déficit de crescimento
Enteropatia alérgica	Digestiva	Mediado por células	Diarreia crônica, distensão abdominal,

⁴⁶ MIQUEL E, Isabel; ARANCIBIA S, M. Eugenia. Alergia a proteína de leche de vaca en el menor de un año. Rev. chil. pediatr., Santiago, v. 83, n. 1, feb. 2012. Disponível em http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000100010&lng=es&nrm=iso . Acesso em: 19 mar. 2015.

⁴⁷ SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE. Estado do Espírito Santo. **Portaria 054-R de 28 de abril de 2010**. Institui e homologa os critérios de uso para a dispensação de Fórmulas Infantis e Dietas Enterais de uso adulto e infantil clínico na rede pública estadual de saúde, conforme descrito nos anexo I, II e III da esta Portaria. Diário Oficial dos Poderes do Estado, Poder Executivo Vitória, ES, 29 abr. 2010. p. 25-30.

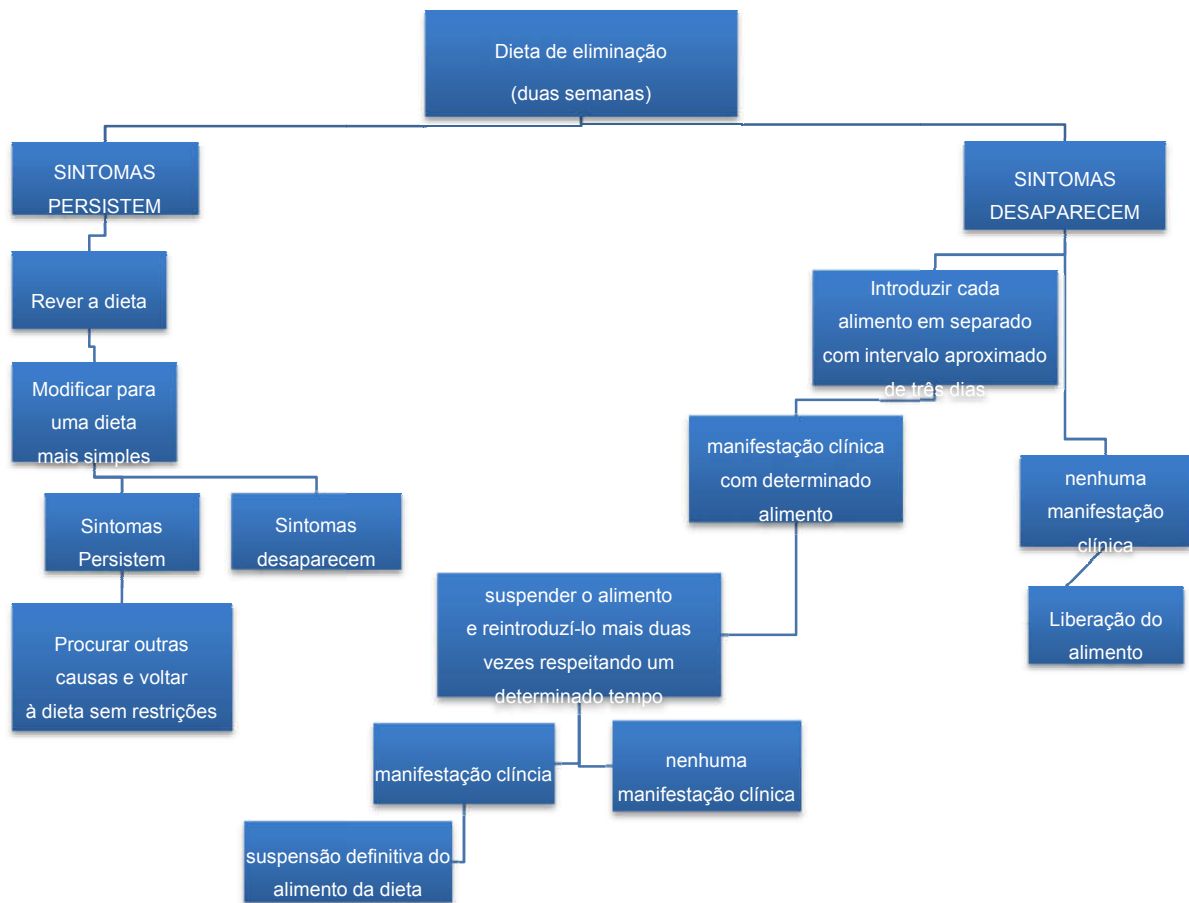
			náuseas, vômitos ocasionais, inapetência e déficit de crescimento
Proctocolite alérgica	Digestiva	Mediado por células	Primeiros meses de vida, evacuações com estrias de sangue e muco
Constipação	Digestiva	Mediado por células	Constipação intestinal após o desmame, fissura anal e hiperemia perianal resistente ao tratamento
Urticária aguda ou angioedema	Extra-digestiva	IgE	Prurido, placas eritemato-maculares e edema Duração > 6 semanas
Urticária crônica	Extra-digestiva	IgE	Prurido, placas eritemato-maculares Duração > 6 semanas
Dermatite atópica	Extra-digestiva	IgE e mediado por células	Prurido, lesões eczematosas e acometimento de dobras
Dermatite de contato	Extra-digestiva	Mediado por células	Erupção eczematosa e prurido intenso
Asma brônquica	Extra-digestiva	IgE e mediado por células	Tosse, chiado no peito e dispnéia
Rinoconjuntivite e hiperreatividade brônquica	Extra-digestiva	IgE	Prurido ocular, coriza nasal, espirros e tosse crônica

Tratamento da hipersensibilidade alimentar (alergia alimentar)

O tratamento para a alergia alimentar é a exclusão do agente alérgeno da alimentação. Não há consenso para a prevenção da alergia alimentar. Entretanto, são recomendados alguns cuidados: aleitamento materno com exclusão de amendoim e produtos de nozes da dieta da mãe e, postergar a introdução de alimentos alergênicos: leite de vaca até 1 ano de idade, ovo até 18 a 24 meses de idade; amendoim, nozes e frutos do mar até 3 anos de idade (NELSON, 2009, p.990).

A dieta de eliminação é utilizada para identificar o agente alérgeno. Esta dieta deve ser individualizada e testada com a ajuda da mãe, considerando a história clínica e alimentar da criança. A figura 03, extraída do livro Dietas em pediatria clínica (SAMPAIO, 1987, p.158) representa uma dieta de eliminação.

Figura 3 - Roteiro prático da dieta de eliminação



A partir da identificação de um alimento alergênico, este deverá ser totalmente eliminado da dieta da criança. O alimento mais difícil de ser substituído é o leite. Para os casos de alergia ao leite de vaca (APLV), a alternativa é o leite de soja natural ou industrializado, leite de carne ou fórmulas industrializadas (vide item 3.7 deste trabalho) (SAMPAIO *et al.*, 1987, p.161).

Alguns autores preconizam a substituição do leite de vaca por hidrolisados de caseína ou de proteínas do soro de leite de vaca, fórmulas a base de soja ou leite de outras espécies, como por exemplo, leite de cabra. Todavia, deverão ser observadas as deficiências de micronutrientes, ácido fólico, vitamina B12, A, C e D (VALLE & AUGUSTO, 2009, p. 479).

Convém ressaltar, que após um longo período de exclusão, pode-se tentar reintroduzir o alimento considerado alergênico na dieta da criança. Para os casos de alergia a proteína do leite de vaca (APLV), geralmente, a reintrodução é feita aos 02 (dois) anos de idade de forma gradativa (SAMPAIO *et al.*, 1987, p.161).

3.6 Erros inatos do metabolismo

Erros inatos do metabolismo são transtornos bioquímicos hereditários, oriundos de mutações nos genes que codificam proteínas específicas. Grande parte das mutações não apresenta consequências clínicas importantes, contudo, algumas produzem estados de doença leve a letais, manifestando-se no período de recém-nascido ou logo após (NELSON, 2009, p.527).

Embora os erros inatos do metabolismo (EIM) sejam considerados raros, são expressivos no conjunto e muitos potencialmente tratáveis, como por exemplo, os defeitos do metabolismo intermediário e energético que repetidamente se manifestam no período neonatal. A maioria das pessoas que apresentam EIM não apresenta malformações. Os erros inatos do metabolismo intermediário *“manifestam-se com crises agudas e devem ser suspeitados em recém-nascidos com doença grave progressiva não explicada, crianças com deterioração aguda das condições gerais e/ou da consciência após febre, jejum ou vômito; crianças com sinais e sintomas de acidose ou hipoglicemia”* (VALDARES & OLIVEIRA, 2013, p.125).

Os sinais mais comuns nos EIMs afetam o comportamento neurológico: atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, deficiência mental, movimentos incoordenados e ataxia. Outros sintomas manifestam-se sob doenças cardíaca, hematológica, renal, gastrointestinal, hepática, pulmonar, surdez e doenças oculares. No trato gastrointestinal, as manifestações são caracterizadas por dor abdominal recorrente, pancreatite aguda, diarreia crônica com ganho de peso insuficiente (VALDARES & OLIVEIRA, 2013, p.125-127).

3.7 As fórmulas alimentares disponíveis no mercado

As fórmulas especiais de leite para crianças foram criadas no início do século XX alavancando o estudo da nutrição infantil. As modificações no leite de vaca tornaram-no mais apropriado para a alimentação de lactentes, contudo, somente 30

anos mais tarde foram elaboradas fórmulas lácteas de preparo fácil e seguras (WAITZBERG, 2005, p.03).

Em 1909, foram desenvolvidas as fórmulas completas de soja quando constatado que a intolerância a fórmulas de leite de vaca decorre da hipersensibilidade a proteínas ou da intolerância à lactose. Os carboidratos presentes nestas fórmulas são sacarose, oligômeros de glicose (amido com moléculas de menor peso) ou uma mistura dos dois. As gorduras apresentam a mesma composição utilizada no leite de vaca (NICHOLS, 1991, p.141).

De acordo com NICHOLS (1991, p.141; 143-144), as fórmulas completas desenvolvidas no início do século XX eram de leite de vaca desnatado reconstituído ou misturas de leite de vaca desnatado, soro caseiro de leite de vaca sem eletrólitos e caseína. A gordura era mistura de soja, palmito, coco, milho, gordura vegetal, açafrão ou manteiga. As fórmulas eram indicadas para substituir o leite materno no caso de mães que não queriam ou não podiam amamentar (uso de medicamentos que possam afetar o leite humano, doenças transmissíveis ao lactente), como fonte de suplementação no caso de amamentações ocasionais e, como complementação no caso de produção de leite materno insuficiente. Na década de 90, estas fórmulas compreendiam 80% (oitenta por cento) dos industrializados administrados aos lactentes. A tabela 13 ⁴⁸ faz um comparativo na composição do leite materno com as fórmulas completas baseadas em leite de vaca.

Tabela 13 - Comparativo na composição do leite materno com as fórmulas completas baseadas em leite de vaca

Fabricante	Mãe	Mead Johnson	Ross	Ross	Wyeth	Nestlé	Nestlé
Produto	Leite materno	Enfamil	PM 60/40	Similac	S.M.A	NAN	Lactogen
Proteínas (em g)	1,46	2,20	2,22	2,22	2,20	2,25	2,55
Relação soro: caseína	70:30	60:40	60:40	18:82	60:40	60:40	18:82
Fonte	Leite materno	Leite de vaca + soro	Soro + caseína	Leite de vaca	Leite de vaca + soro	Soro + caseína	Leite de vaca + soro
Gordura (em g)	5,42	5,60	5,59	5,30	5,37	6,90	6,90
Fonte	Leite materno	Coco + soja	Coco + milho	Coco + soja	Gordura vegetal + coco	Manteiga + milho	Manteiga + milho + gordura

⁴⁸ Tabela extraída da referência: NICHOLS, B. L. Prática da alimentação infantil – parte I. In: CARRAZA, Francisco Roque; MARCONDES, Eduardo. **Nutrição clínica em pediatria**. São Paulo: Sarvier, 1991. p. 142

					açafraão + soja		vegetal
Carboidrato (em g)	10,00	10,30	10,20	10,60	10,70	11,4	11,10
Fonte	Lactose	Lactose	Lactose	Lactose	Lactose	Lactose	Lactose

A partir dos dados expostos na tabela 13, constata-se que as fórmulas industrializadas completas baseadas em leite de vaca apresentam composição bem semelhante ao leite humano, porém, o quantitativo de nutrientes proteína e carboidrato é nitidamente superior ao leite materno.

WAITZBERG (2005, p.07) relata que as fórmulas infantis podem variar as concentrações dos nutrientes dentro dos limites estabelecidos pela FDA – *Food and Drug Administration*. Os parâmetros dos compostos são semelhantes às recomendações do *Comitê de Nutrição da American Academy of Pediatrics*. No Brasil, a elaboração das fórmulas infantis obedece ao *Codex Alimentarius*⁴⁹.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária Brasileira (ANVISA) regulamenta a ingestão diária recomendada (IDR) de proteína, vitaminas e minerais por meio da Resolução RDC nº 269, de 22 de setembro de 2005⁵⁰.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária regulamentou em 2011 as normas para as formulações alimentares infantis, por meio das Resoluções da Diretoria Colegiada nº 43, 44 e 45.

A Resolução/RDC/ANVISA nº 43/2011⁵¹ trata do regulamento técnico para fórmulas infantis para lactentes saudáveis, dispondo sobre os requisitos mínimos de composição, identidade, qualidade e segurança. Em seu Artigo 6º, conceitua fórmula infantil para lactentes:

Art.6 (...)

I - fórmula infantil para lactentes é o produto, em forma líquida ou em pó, utilizado sob prescrição, **especialmente fabricado para satisfazer, por si só, as necessidades nutricionais dos lactentes saudáveis** durante os primeiros seis meses de vida (5 meses e 29 dias);

II - lactente é a criança de zero a doze meses de idade incompletos (11 meses e 29 dias);

⁴⁹ *CODEX ALIMENTARIUS*: é um conjunto de normas, diretrizes e códigos de prática contribuir para a segurança, qualidade e equidade do comércio internacional de alimentos, estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), por ato da Organização para a Agricultura e Alimentação (FAO) e Organização Mundial de Saúde (OMS), com a finalidade de proteger a saúde dos consumidores. As suas diretrizes referem-se à higiene, propriedades nutricionais dos alimentos, abrangendo os aditivos alimentares, rotulagem, classificação, métodos de amostragem e análise de riscos. Disponível em: <http://www.codexalimentarius.org/about-codex/en/>. Acesso em 05 Dez. 2015.

⁵⁰ A Resolução RDC nº 269, de 22 de setembro de 2005 revogou a Portaria nº 33 de 13 de janeiro de 1998, que aprovava os níveis de ingestão diária recomendada – IDR para Vitaminas, Minerais e Proteínas.

⁵¹ Alterada pela Resolução/RDC/ANVISA nº 46, de 25 de setembro de 2014.

As fórmulas infantis destinadas aos lactentes saudáveis e crianças de primeira infância saudáveis foram regulamentadas pela Resolução/RDC/ANVISA nº 44/2011⁵², dispondo em seu Artigo 5º, inciso I:

I - fórmula infantil de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância: produto, em forma líquida ou em pó, utilizado **quando indicado, para lactentes saudáveis a partir do sexto mês de vida até doze meses de idade incompletos (11 meses e 29 dias) e para crianças de primeira infância saudáveis, constituindo-se o principal elemento líquido de uma dieta progressivamente diversificada;**

II - lactente: criança de zero a doze meses de idade incompletos (11 meses e 29 dias);

III - criança de primeira infância: criança de doze meses até três anos de idade (36 meses);

Por sua vez, a Resolução/RDC/ANVISA nº 45/2011⁵³ trata sobre o regulamento técnico para fórmulas infantis para lactentes e crianças de primeira infância destinadas a necessidades dietoterápicas específicas, considerando no Artigo 6º e incisos, as definições:

I - **fórmula infantil para lactentes destinada a necessidades dietoterápicas específicas: aquela cuja composição foi alterada ou especialmente formulada para atender, por si só, às necessidades específicas decorrentes de alterações fisiológicas e/ou doenças temporárias ou permanentes e/ou para a redução de risco de alergias em indivíduos predispostos de lactentes até o sexto mês de vida (5 meses e 29 dias);**

II - **fórmula infantil de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas: aquela cuja composição foi alterada ou especialmente formulada para atender às necessidades específicas decorrentes de alterações fisiológicas e/ou doenças temporárias ou permanentes e/ou para a redução de risco de alergias em indivíduos predispostos de lactentes a partir do sexto mês de vida até doze meses de idade incompletos (11 meses e 29 dias) e de crianças de primeira infância, constituindo-se o principal elemento líquido de uma dieta progressivamente diversificada;**

III - lactente: criança de zero a doze meses de idade incompletos (11 meses e 29 dias);

IV - criança de primeira infância: criança de doze meses até três anos de idade (36 meses);

V - recém-nascido de alto risco: aquele que nasce prematuro de muito baixo peso (com menos de 34 semanas de idade gestacional), aquele de muito baixo peso ao nascer (peso inferior a 1.500 gramas), ou aquele que nasce com - ou logo após o nascimento apresenta - doença que necessita de tratamento intensivo;

⁵² Alterada pela Resolução/RDC/ANVISA nº 47, de 25 de setembro de 2014.

⁵³ Alterada pela Resolução/RDC/ANVISA nº 48, de 25 de setembro de 2014.

VI - recém-nascido pré-termo: aquele que nasce prematuro, ou seja, com menos de 37 semanas de idade gestacional;

No tocante à composição qualitativa das fórmulas infantis, FERREIRA & STAPE (2013, p. 910-911) as classifica em: monoméricas, oligoméricas, poliméricas e incompletas. As **fórmulas monoméricas ou elementares** consistem em proteínas altamente hidrolisadas e/ou aminoácidos cristalinos, triglicérides de cadeia média (TCM) e polímeros da glicose. As **fórmulas oligoméricas ou semielementares** são compostas por proteínas hidrolisadas (oligopeptídeos), gordura vegetal ou animal com triglicérides de cadeia média e polímeros de glicose. As **poliméricas ou com nutrientes íntegros** consistem em polipeptídeos, polissacarídeos e triglicérides de cadeia longa, ou seja, macronutrientes em forma intacta e micronutrientes. As **fórmulas incompletas**: modulares – módulos de nutrientes a serem incluídos em dietas preexistentes e suplementos.

WAITZBERG & LOGULLO (2005, p. 426) classificam as fórmulas industrializadas completas, quando constituídas de carboidratos, lipídios, proteínas, eletrólitos, oligoelementos e vitaminas. A composição dos nutrientes é variável, subdividindo as dietas conforme a tabela 14:

Tabela 14 - Classificação das fórmulas industrializadas quanto à apresentação dos nutrientes

Tipo de fórmula	Composição	Indicação
Fórmula polimérica	Carboidratos, lipídios e proteínas intactas.	<ul style="list-style-type: none"> * Para indivíduos com funções digestivas e absorptivas normais; * Crianças a partir de 1 (um) ano de idade com função gastrointestinal preservada; * <u>As fórmulas isentas de lactose são completas e poliméricas, indicadas para indivíduos com intolerância à lactose;</u> * As fórmulas à base de proteínas de soja são isentas de lactose, indicadas quando for necessária a exclusão do leite de vaca.
Fórmula oligomérica Semi-elementares	Nutrientes parcialmente digeridos (geralmente hidrolisado protéico e polímeros de glicose) e triglicérides de cadeia média e de cadeia longa.	<ul style="list-style-type: none"> * Exigem função intestinal mínima; * As fórmulas à base de hidrolisado protéico são isentas de lactose e contém triglicérides de cadeia

		média que facilitam a digestão; * <u>Indicadas para situações disabsortivas graves oriundas da intolerância à proteína do leite de vaca, em síndrome de má absorção por doença hepatobiliar ou em sepse</u>
Fórmulas elementares	Aminoácidos livres, triglicérides de cadeia média e maltodextrina.	* Alta digestibilidade e hipoalergenicidade; * <u>Indicadas nas síndromes de má absorção, alergias, desnutrição e outras doenças que comprometem o trato gastrointestinal ou falta de resposta às fórmulas semi-elementares.</u>
Fórmulas modulares	Um ou mais módulos de nutrientes individuais, macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídios), micronutrientes (vitaminas e minerais)	* Adicionados à dieta pré-existente resultam em fórmula única adaptável às necessidades do paciente.
Tabela elaborada a partir da referência: CHWALS, W. J. Terapia nutricional na criança e no recém-nascido em estresse metabólico. In: JUNIOR, M. T; LEITE, H.P. Terapia nutricional no paciente pediátrico grave . São Paulo: Editora Atheneu, 2005.		

O Centro Colaborador do SUS da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) elencou no *PTC 02/2015⁵⁴ - Avaliação comparativa de dietas e suplementos para terapia nutricional*, as fórmulas padronizadas no Protocolo Clínico da Cidade de Curitiba/PR, por ser considerado como o mais completo do país, uma vez que abrange grande quantidade de dietas disponíveis para a dispensação através do Sistema Único de Saúde - SUS. A Tabela 15 ilustra os dados obtidos no estudo, classificando-as quanto ao tipo de dieta e a apresentação comercial.

Tabela 15 - Dietas enterais pediátricas: tipo e apresentação comercial

Dieta	Nome comercial
Fórmula infantil a base de leite de vaca, contendo todos os nutrientes citados e valores recomendados pelo Codex Alimentarius FAO/OMS	Nan 1 Pro® (Nestlé) Aptamil® 1 (Danone) Enfamil Premium® 1 (Mead Johnson)
Fórmula infantil a base de leite de vaca, contendo todos os nutrientes citados e valores recomendados pelo	Nestogeno® 2 (Nestlé) Nan® 2 (Nestlé) Aptamil® 2 (Danone)

⁵⁴ UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Centro Colaborador do SUS. PARECER TÉCNICO CIENTÍFICO – PTC 02/2015. Avaliação comparativa de dietas e suplementos para terapia nutricional. Minas Gerais, 2015.

Codex Alimentarius FAO/OMS	
Fórmula infantil a base de leite de vaca, isenta de lactose, enriquecida com ferro, minerais e vitaminas	Nan® sem lactose (Nestlé) Enfamil® HMF (Mead Johnson)
Fórmula infantil semi-elementar, isenta de proteína láctea, hipoalergênica, com fonte proteica extensamente hidrolisada do colágeno e da soja, como carboidratos e gorduras de fácil absorção e digestão	Nansoy® (Nestlé) Aptamil® 1 soja (Danone) – menores de seis meses Aptamil® 2 soja (Danone) – maiores de seis meses
Fórmula infantil elementar, não alergênica, com fonte protéica 100% de aminoácidos, nutricionalmente completa de alta absorção	Pregomin Pepti® (Support) Neocate LCP® (Support)
Fórmula infantil semi-elementar, hipoalergênica, com fonte hidrolisada à base de peptídeos com carboidratos e gorduras de fácil absorção e digestão	Peptamen Júnior® (Nestlé)
Dieta polimérica, padrão, nutricionalmente completa, normocalórica e normoproteica, com proteína animal	Nutren Júnior® (Nestlé) Pediasure® (Abbot) Nutri infant® (Nutrimed)
Dieta polimérica, padrão, nutricionalmente completa, normocalórica e normoproteica, com proteína animal e/ou vegetal	NutrisonSoya® diet sem sacarose (Support) Nutren® 1.0 (Nestlé) Nutria enteral® (Nutrimed) Trophicbasic® (Prodiet)
Suplemento nutricional para complementar a nutrição diária em proteína, vitaminas, minerais	Nutren Active® (Nestlé)
Módulo de proteína de alto valor biológico, fonte caseinato de cálcio	Caseical® (Support) Resourceprotein® (Novartis) Maxipro® (Nutral) Nutri protein® (Nutrimed)
Alimento à base de soja, isento de lactose, enriquecido com vitaminas e cálcio.	Soymilke® (Olivebra) Suprasoy® (Josapar)
Dieta polimérica isenta de sacarose e hipossódica, nutricionalmente completa, normocalórica e normoproteica, com proteína animal e/ou vegetal.	NutrisonSoya® (Support)
Dieta polimérica isenta de sacarose e hipossódica, nutricionalmente completa, normocalórica e normoproteica, com proteína animal e/ou vegetal.	Total nutritionsoy® hipossódico sem sacarose neofiber® (Nutral)
Dieta semi-elementar, com fonte protéica hidrolisada a base de peptídeos, com carboidratos e gorduras de fácil absorção e digestão.	Peptamen 1.0® (Nestlé)
Dieta polimérica especializada para o tratamento de nefropatas em tratamento conservador, hipercalórica e hipoproteica.	Replena® (Abbot) Nutri renal® (Nutrimed) Renalmax® (Prodiet)
Dieta polimérica especializada para terapia nutricional de pacientes com doença de crohn, com ação anti-inflamatória	Modulen (Nestlé)
Suplemento alimentar especializado para o tratamento nutricional de ulcera de pressão, hiperproteico acrescido de arginina e com alto teor de micronutrientes importantes para	Cubitan® (Support) Impact® (Nestlé)

a cicatrização	
Módulo de carboidrato (maltodextrina), isento de sacarose	Maxijoule (Nutral) Nutri Dextrin (Nutrimed)
Módulo contendo 100% de TCM (triglicérido de cadeia média)	Nutri TCM (Nutrimed)
Módulo de glutamina	Glutamin® (Support) Resource glutamina® (Novartis) Nutri glutamine® (Nutrimed) Maxi Sperse® (Nutral)
Modulo de carboidrato para espessamento instantâneo de alimentos e bebidas	Thicke easy® (Fresenius)

A tabela 16⁵⁵ demonstra as dietas enterais pediátricas industrializadas para uso em lactentes menores de 01 (um) ano de idade, segundo a composição quali-quantitativa:

Tabela 16 - Dietas enterais pediátricas industrializadas para uso em lactentes menores de 01 (um) ano de idade

Nome	Nutrini Standard®	Nutrini multi fiber®	Nutrini energymulti fiber®	Tentrini Multi®	Nutren Jr®	Peptamen Jr (Elementar)®
Cal/mL	1	1	1,5	1	1	1
Prot. (g/100mL)	2,8	2,8	4,1	3,25	3	3
Lip. (g/100mL)	4,4	4,4	6,7	4,2	3,9	3,9
CH (g/100mL)	12,3	12,3	18,5	12,3	13,3	13,7
Fonte de proteínas	100% caseinato	100% caseinato	100% caseinato	100% caseinato	Caseinato Prot. Do soro	Prot. de soro de leite hidrolisada
Fonte de lipídios	Óleo de canola e girassol	Óleo de canola e girassol	Óleo de canola e girassol	Óleo de canola e girassol	Óleo de canola, milho e soja	60% TCM, 16% soja, 13% canola, 6% gordura láctea, 5% lecitina de soja
Fonte de carboidratos	100% maltodextrina	100% maltodextrina	100% maltodextrina	100% maltodextrina	Maltodextrina, sacarose, xarope de milho	66% maltodextrina, 12% amido de milho, 22% sacarose
mOsm/kg H ₂ O	250	255	320	235	306	360

Cal = calorias; Prot. = proteína; Lip.=lipídios; CH= Carboidratos; TCM = triglicérides de cadeia média.

Para lactentes que podem se alimentar de fórmulas infantis à base de leite de vaca⁵⁶, a tabela 17 esboça os produtos disponíveis no mercado e a respectiva composição quali-quantitativa:

⁵⁵ Tabela extraída: FERREIRA, F. P.; STAPE, A. Nutrição enteral. In: TORRE, F. P. La et al. **Emergências em Pediatria**: Protocolos da Santa Casa. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2013. p. 912.

Tabela 17 - Fórmulas infantis para lactentes à base de leite de vaca

Nome	Nan 1®	Nan 2®	Nestogeno 1®	Nestogeno 2®	Enfamil 1®	Enfamil 2®	Aptamil 1®	Aptamil 2®
Cal/mL	67	67	67	67	67,6	67,6	66,3	72
Prot. (g/L)	1,5	2,2	1,7	2,8	1,5	2,2	1,4	2,8
Lip. (g/L)	3,4	3	3,4	3	3,7	3	3,6	2,9
CH (g/L)	7,6	7,9	7,4	7,3	7	8	7,1	8,6
Fonte de proteínas	60% proteína solúvel, 40% caseína	60% proteína solúvel, 40% caseína	23% proteína solúvel, 77% caseína	23% proteína solúvel, 77% caseína	60% lactoalbumina, 40% caseína	20% lactoalbumina, 80% caseína	60% soroproteína, 40% caseína	20% lactoalbumina, 80% caseína
Fonte de lipídios	70% gordura láctea, 15% óleo de milho, 15% óleo de soja	70% gordura láctea, 15% óleo de milho, 15% óleo de soja	70% gordura láctea, 15% óleo de milho, 15% óleo de soja	70% gordura láctea, 15% óleo de milho, 15% óleo de soja	45% oleína de palma, 20% óleo de coco, 20% óleo de soja, 15% óleo de girassol	45% oleína de palma, 28% óleo de coco, 20% óleo de soja, 15% óleo de açafrão	5% gordura láctea, 95% gordura vegetal	69% gordura láctea, 31% gordura vegetal + LC-PUFAS
Fonte de carboidratos	Lactose	77% lactose, 23% maltodextrina	45% maltodextrina, 35% lactose, 20% sacarose	45% maltodextrina, 35% lactose, 20% sacarose	100% lactose	Lactose, polímeros de glicose	100% lactose	47% lactose, 53% maltodextrina
mOsm/kg H ₂ O	290	358	300	386	290	260	305	333

Cal = calorias; CH= Carboidratos; LC- PUFAS = ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa

As fórmulas infantis para lactentes à base de leite de soja e sem lactose⁵⁷, disponíveis no mercado, estão elencadas na tabela 18 sob a apresentação qualitativa:

Tabela 18 - Fórmulas infantis para lactentes à base de leite de soja, sem lactose

Nome	Nan Soy®	Isomil ®	ProSobee®	Aptamil soja 1®	Aptamil soja 2®	Nan sem lactose®	0-Lac®
Cal/mL	67	70	68	66	72	67	67,6
Prot. (g/100mL)	1,9	1,8	2	1,8	2,2	1,7	1,48
Lip. (g/100mL)	3,3	3,69	3,6	3,6	3,6	3,3	3,6
CH (g/100mL)	7,4	6,9	6,6	6,7	7,7	7,6	7,29
Fonte de proteína	Proteína isolada da soja	Proteína isolada da soja	Proteína isolada da soja	Proteína isolada da soja	Proteína da soja	60% proteínas solúveis, 40% caseína	80% caseína, 20% lactoalbumina
Fonte de lipídios	50% oleína de palma, 30% óleo de soja, 20% óleo de coco	50% óleo de soja, 50% óleo de coco	45% oleína de palma, 20% óleo de soja, 20% óleo de coco, 15% óleo de girassol	Óleo de soja	Óleo de soja	51% oleína de palma, 19% óleo de canola, 18% óleo de coco, 12% óleo de milho	45% oleína de palma, 20% óleo de soja, 20% óleo de coco, 15% óleo de girassol
Fonte de carboidratos	Maltodextrina	60% xarope de milho,	Xarope de milho	Maltodextrina	Maltodextrina	Maltodextrina	Polímeros de glicose

⁵⁶ Tabela extraída: FERREIRA, F. P.; STAPE, A. Nutrição enteral. In: TORRE, F. P. La et al. **Emergências em Pediatria**: Protocolos da Santa Casa. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2013. p. 913.

⁵⁷ Tabela extraída: FERREIRA, F. P.; STAPE, A. Nutrição enteral. In: TORRE, F. P. La et al. **Emergências em Pediatria**: Protocolos da Santa Casa. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2013. p. 914.

		40% sacarose					
mOsm/kg H ₂ O	189	253	180	200	235	170	180

Cal = calorias; Prot. = Proteína; Lip. = Lipídios; CH= Carboidratos.

As fórmulas infantis dietoterápicas hidrolisadas e elementares⁵⁸, disponíveis no mercado, estão elencadas na tabela 19:

Tabela 19 - Fórmulas infantis dietoterápicas hidrolisadas e elementares

Nome	Alfaré®	Pregestimil®	Pregomin®	Neocate® (< 1 ano)	Vivonex pediatric®# (>1 ano)
Cal/mL	70	67	75	71	80
Prot. (g/100mL)	2,1	1,9	2	1,95	2,4
Lip. (g/100mL)	3,6	3,8	3,6	3,5	2,4
CH (g/100mL)	7,7	6,9	8,6	8,1	13
Fonte de proteínas	aa livres (proteína de soro de leite hidrolisada)	Hidrolisado de caseína: 40 a 50% aa livres + peptídios	38,4% proteína altamente hidrolisada de soja e colágeno (38,3%) e aa (23,3%)	100% aa livres	100% aa
Fonte de lipídios	50% TCM, 50% óleo de girassol, de canola, de peixe	40% TCM, 60% óleo de milho	Óleos vegetais	Óleo de açafrão, soja, coco	68% TCM, 32% óleo de soja
Fonte de carboidratos	88% maltodextrina 12% amido	85% polímeros de glicose 15% amido modificado	79% maltodextrina, 21% amido pré-gelatinizado	100% maltodextrina	100% maltodextrina
mOsm/kg H ₂ O	217	350	220 a 230	366	360

Cal = calorias; Prot. = Proteína; Lip. = Lipídios; CH= Carboidratos; aa = aminoácidos; TCM = triglicérides de cadeia média. # Não disponível no mercado brasileiro.

Em crianças de muito baixo peso sob respiração artificial, a nutrição enteral contínua permitiu uma melhor ingestão calórica protéica. Em alguns casos, a adição de fortificantes ao leite humano parece ser melhor do que a administração de fórmulas industrializadas, embora existam estudos de resultados semelhantes com o uso das duas apresentações (WAITZBERG, 2005, p.07).

O parecer técnico-científico, PTC 02/2015, intitulado *Avaliação comparativa de dietas e suplementos para terapia nutricional*, elaborado pelo Centro colaborador do SUS da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), constatou com base na literatura científica disponível, que a dieta de eliminação utilizada no tratamento de indivíduos com alergia à proteína do leite de

⁵⁸ Tabela extraída: FERREIRA, F. P.; STAPE, A. Nutrição enteral. In: TORRE, F. P. La et al. **Emergências em Pediatria**: Protocolos da Santa Casa. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2013. p. 915.

vaca, pode causar a desnutrição e deficiências nos macro e micronutrientes, é imprescindível a prescrição de uma dieta específica ao lactente, conforme demonstrado na tabela 20 ⁵⁹:

Tabela 20 - Fórmulas recomendadas aos pacientes pediátricos com alergia à proteína do leite de vaca

Paciente	Fórmula indicada
Crianças com alergia ao leite de vaca mediada por imunoglobulina E (IgE), com alto risco de reações anafiláticas - história prévia de anafilaxia	Fórmula de aminoácidos (elementar)
Crianças com alergia ao leite de vaca IgE mediada, com baixo risco de reações anafiláticas - nenhuma história prévia de anafilaxia	Fórmula com proteína extensamente hidrolisada (semi-elementar)
Crianças com alergia ao leite de vaca IgE mediada	* Fórmula com proteína extensamente hidrolisada (semi-elementar), ao invés de fórmula de soja (o leite de soja não deve ser administrado ao lactente nos primeiros seis meses de vida, em razão de alto risco nutricional); * Fórmula extensamente hidrolisada ao invés de arroz.

A tabela 21 apresenta as marcas disponíveis no mercado brasileiro indicadas para lactentes e crianças com Alergia a proteína do leite de vaca (APLV):

Tabela 21 - Fórmulas recomendadas aos pacientes pediátricos com alergia à proteína do leite de vaca

Tipo	Fórmula indicada	Composição
A base de ingredientes de leite de vaca	Pregestimil® (Mead Johnson)	P: caseína hidrolisada acrescida de L cistina, L tirosina, L triptofano; C: polímeros de glicose e amido modificado; L: TCM, óleo de milho
	Alfaré® (Nestlé)	P: Proteína de soro de leite de vaca hidrolisada: 80% de peptídeos e 20% de ass livres; C: maltodextrina e amido; L: TCM (50%), gordura láctea (30%), óleo de milho (20%)
	Neocate® (Support)	P: 100% aminoácidos livres; C: 100% de óleos

⁵⁹ UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Centro Colaborador do SUS. PARECER TÉCNICO CIENTÍFICO – PTC 02/2015. **Avaliação comparativa de dietas e suplementos para terapia nutricional.** Minas Gerais, 2015.

		vegetais (19,1% de TCM; 80,9% de TCL)
	Pregomin® (Support)	P: proteínas hidrolisadas de soja e de colágeno de boi; C: 82,5% de maltodextrina; 17,5% de amido de milho pré-gelatinizado; L: 100% de óleos vegetais
À base de soja	Soy milk® (Olivebra)	P: soja; C: sacarose, dextrinomaltose; L: óleo de soja
	Nan Soy® (Nestlé)	P: proteína isolada de soja, acrescido de L metionina; C: maltodextrina; L: 50% óleo de palma, 30% óleo de soja, 20% óleo de coco
	Aptamil soja® (Support)	P: proteína isolada de soja, acrescida de Lmet; C: maltodextrina; L: óleos de palma, semente de colza, coco, girassol
Leite de cabra	Scabra®	Macronutrientes da matéria-prima original. Acrescido de ácido fólico
	Caprilat®	Macronutrientes da matéria-prima original. Acrescido de vitaminas
	Capry's	Macronutrientes da matéria-prima original
Tabela extraída da fonte: VALLE, Joyce do; AUGUSTO, A. L. P. Alergia alimentar. In: ACCIOLY, Elizabeth <i>et al.</i> Nutrição em obstetrícia e pediatria . Rio de Janeiro: Cultura médica: Guanabara Koogan, 2009. p. 481.		
P: proteína L: lipídio C: Carboidrato		

As alterações metabólicas e doenças citadas no capítulo são apenas exemplificativas. A necessidade de administração de fórmulas alimentares às crianças pode ter origem de diversas doenças e condições clínicas, a exemplo, indivíduos com má formação bucal, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e casos de deficiência mental.

A discussão de cada tipo de nutriente (vitaminas, minerais, lipídios, carboidratos) demonstrou a importância de uma dieta alimentar equilibrada e diversificada. A carência nutricional pode ensejar alterações no crescimento e desenvolvimento da criança.

A influência da alimentação no desenvolvimento humano é evidente, justificando a adoção de políticas públicas nas áreas de saúde e nutrição que assegurem a distribuição das fórmulas alimentares às crianças que necessitam de dieta especial em virtude de alterações metabólicas ou fisiológicas.

O próximo capítulo tratará da assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde dispensada às crianças que necessitam de alimentação especial. Além disso, comentará de forma breve, sobre o orçamento público destinado à aquisição das fórmulas dietéticas e, as garantias do acesso aos produtos, incluindo a judicialização da saúde, caracterizada pela exigência do cumprimento de um direito social perante um Tribunal de Justiça.

4 O ESTADO E A DISTRIBUIÇÃO DAS FÓRMULAS ALIMENTARES ESPECIAIS

O presente capítulo abordará sobre a distribuição das fórmulas alimentares especiais pelo Estado. A competência para a distribuição desses produtos é do município onde reside a criança que necessita da dieta.

No Brasil, a partir do Pacto pela Vida firmado em 2006 pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual assumiram o compromisso público de enfatizar as necessidades de saúde da população, estabeleceu-se que o fornecimento de dieta alimentar especial é parte do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica⁶⁰ (Artigo 1º, parágrafo segundo da Portaria nº 2.982 de 26 de Novembro de 2009).

A aquisição de medicamentos, suprimentos alimentares ou qualquer outro produto caracterizado como essencial para garantir, restabelecer ou tratar a saúde da população, depende de orçamento público e, como tal, é limitado para atender as ilimitadas demandas da sociedade que busca sempre o melhor tratamento médico.

Nestas condições, a fim de atender a maior parte da população, são estabelecidas relações padronizadas de produtos farmacêuticos que são ofertados pelo Estado. Entretanto, nem todos os insumos disponíveis no mercado consumidor estão contemplados na lista de distribuição gratuita pelo Poder Público.

Assim, nos casos que em são exigidas as dietas alimentares não contempladas na relação estatal, os familiares da criança podem exigir o cumprimento do direito fundamental à saúde e à alimentação perante o Tribunal de Justiça.

Em âmbito mundial, a primeira Constituição a reconhecer o direito à saúde foi a Italiana em 1947 (Art. 32), portanto, anterior a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. Posteriormente, foi a Constituição Portuguesa de 1976 que conferiu uma formulação universal mais específica àquele direito (Art. 64), superando a espanhola de 1978 (Art. 43) e a da Guatemala de 1985 (arts. 93-5) (SILVA, 2006, p.309).

⁶⁰ Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009 - Art.1º (...) § 2º Os medicamentos e insumos para o Combate ao Tabagismo e para a **Alimentação e Nutrição integram o Componente Estratégico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica. (ng)**

O direito à saúde ao ser positivado no Artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988 define o acesso aos serviços e produtos como universal e igualitário, não impondo limites materiais ou formais para a sua efetivação⁶¹. Contudo, orçamento financeiro pode ser considerado como uma barreira para a execução.

A quantidade e a qualidade dos serviços de saúde dependem do orçamento público. O fornecimento de alimento para dieta especial faz parte do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica⁶².

O marco legal da Assistência Farmacêutica como política pública no Brasil foi em 1971, com a edição do Decreto 68.806, de 25 de junho de 1971 que instituiu a Central de Medicamentos (CEME). A CEME foi responsável pela promoção e organização do fornecimento de medicamentos de uso humano a preços acessíveis àqueles, que por suas condições econômicas, não poderiam adquiri-los.

Em 1997, a CEME foi desativada e as atribuições transferidas para diferentes órgãos e setores do Ministério da Saúde (CONASS, Volume 7, 2011, p.11).

Em 1973, foi publicado o Decreto 72.552, que dispõe sobre as Políticas e Diretrizes Gerais do Primeiro Plano Diretor de Medicamentos que compõe Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. O Decreto visava: a) Racionalizar o Sistema Oficial de Produção de Medicamentos; b) Racionalizar o Sistema Oficial de Controle Técnico da Produção e Comercialização Farmacêutica; c) Aumentar e diversificar a Oferta Oficial de Medicamentos; d) Adotar medidas de apoio ao Desenvolvimento da Pesquisa Científica e Tecnológica Aplicada; e) Adoção de medidas de apoio à Capacitação e Aperfeiçoamento de Recursos Humanos; f) Adoção de medidas de apoio à indústria Químico-Farmacêutica genuinamente Brasileira; g) Adoção de Medidas Técnicas-Administrativas e Institucionais de implementação do Plano Diretor de Medicamentos.

A Constituição da República Brasileira de 1988 estabelece, em seu Artigo 3º, que o Estado tem por objetivo reduzir as desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária, livre e justa sem qualquer forma de discriminação, idealizando direitos, dentro os quais a saúde:

⁶¹ Sobre o assunto, Gilmar Ferreira Mendes (2015, p. 197), "outras vezes, o próprio texto constitucional impõe diretamente, na definição da garantia, ou em disposição autônoma, um limite expresso ao exercício do direito individual assegurado."

⁶² BRASIL. Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009 - **Art.1º (...)** § 2º Os medicamentos e insumos para o Combate ao Tabagismo e para a Alimentação e Nutrição integram o Componente Estratégico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica.

Neste contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer (MINISTERIO DA SAÚDE, 2010 p. 11).

Ademais, o inciso II do Artigo 4º dessa mesma Constituição, revela a prevalência dos Direitos Humanos como princípio fundamental da República Brasileira.

Estabelecida a normativa de proteção dos direitos humanos, em 2006, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) assumiram o compromisso público de enfatizar as necessidades de saúde da população, definindo prioridades a serem articuladas e integradas, materializada na Portaria nº 399 de 22 de Fevereiro.

A Portaria nº 399/2006 aprovou as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS em três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida “está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados (...) significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados” (BRASIL/ Portaria nº 399/2006).

Dentre as prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida e seus objetivos em 2006 está a redução da mortalidade infantil por doença diarreica.

O Pacto em Defesa do SUS tem como prioridade implementar um projeto permanente de mobilização social que visa mostrar a saúde como direito de cidadania e o Sistema como público, universal e garantidor desses direitos. Além disso, garantir a longo prazo, o aumento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde. O Pacto de Gestão do SUS define as responsabilidades de cada ente federado intensificando a gestão compartilhada e solidária do SUS (Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, 2006, p.15; 17)

Retomando a prioridade do componente Pacto pela Vida, o anexo II da Portaria nº 399/2006 estabelece como objetivo em 2006, a redução da mortalidade neonatal em 5% e a redução em 50% os óbitos por doença diarreica. Além disso, estipula a estratégia de saúde da família como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica.

A Política Nacional de Atenção Básica instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.488, de 2011 dispôs sobre o conjunto de ações de saúde em âmbito individual e coletivo que:

(...) abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, Portaria nº 2.488/2011).

A Política da Atenção Básica tem como fundamento e diretrizes o acolhimento dos usuários, a promoção da vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, possibilitando o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos:

Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL/Portaria nº 2.488, 2011).(nn)

Entendem-se como serviços resolutivos, a identificação dos riscos, necessidades e demandas de saúde, *“utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas”* (BRASIL/Portaria nº 2.488, 2011).

Considerando que o fornecimento de dietas alimentares para indivíduos com necessidades específicas representa uma demanda significativa em saúde pública, foi estabelecida a **Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras**, por meio da Portaria nº 199/2014 do Ministério da Saúde. A normativa traz em seu bojo, dentre outros princípios, a *atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas*, bem como o *reconhecimento da doença rara e da necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da Rede Atenção à Saúde no âmbito do SUS* (Art. 6º, incisos I e II).

A Portaria/MS nº 199/2014 estrutura a rede de atenção às pessoas com doenças raras em eixos. Os erros inatos do metabolismo, doenças que demandam a dispensação de dietas alimentares específicas, estão elencados no eixo I,

estruturada pela Atenção Básica (AB) e Atenção Especializada, consoante a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no SUS.

Contudo, não existe *Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica* definido para o fornecimento de dietas específicas para indivíduos acometidos por erros inatos do metabolismo. Atualmente, existe somente a padronização das fórmulas dietéticas infantis para as crianças ou lactentes que desenvolveram alergia a proteína do leite de vaca (APLV), conforme será abordado no item 4.2 deste trabalho.

Ainda que não existam padronizações para dispensação de fórmulas dietéticas em âmbito SUS, a estruturação e implantação das ações de Alimentação e Nutrição são realizadas com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, competindo ao Município, o estímulo das ações para a prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação (Portaria nº 2.349/2012, Art. 6º, VII), além da implantação e cumprimento das metas do Pacto pela Saúde que estejam relacionadas à Política Nacional de Alimentação e Nutrição ou/e outras que venham a ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB (Portaria nº 2.349/2012, Art. 6º, XII).

4.1 Financiamento da Saúde Pública Brasileira

Como já abordado, o fornecimento de alimento para dieta especial faz parte do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica⁶³ (Artigo 1º, parágrafo segundo, da Portaria nº 2.982 de 26 de Novembro de 2009).

O financiamento da assistência farmacêutica é pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 204/2007, alterada pelas Portarias GM/MS nº 1.554/2013 e nº 1.555/2013. Os recursos federais são repassados sob a forma de blocos de financiamento, sendo o bloco da Assistência farmacêutica constituído por três componentes: a) Componente Básico da

⁶³ Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009 - Art.1º (...) § 2º Os medicamentos e insumos para o Combate ao Tabagismo e para a **Alimentação e Nutrição integram o Componente Estratégico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica. (ng)**

Assistência Farmacêutica; b) Componente estratégico da Assistência Farmacêutica; c) Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Tabela 22 - Componentes da Assistência Farmacêutica

Componente Básico	Componente Especializado	Componente Estratégico
Medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Básica	Medicamentos para assistência integral à saúde	Medicamentos para o tratamento de doenças endêmicas e epidemias
Objetivo	Objetivo	Objetivo
Doenças prevalentes	Protocolos clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)	Tratamento de doenças epidêmicas e endêmicas (AIDS, malária, tuberculose, hanseníase)
Abrangência	Abrangência	Abrangência
* Atenção primária em saúde * Estratégia de Saúde da Família - ESF * Unidades Básicas de Saúde	Doenças relacionados aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas	* As doenças são tratadas nos pacientes

Em 1966, a Assembléia Geral das Nações Unidas formaliza o reconhecimento dos direitos idealizados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, através da promulgação do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC). O Artigo 2º do Pacto estabelece que os Estados-membros comprometem-se a aplicar o máximo de recursos possíveis para a realização progressiva dos direitos humanos, incluindo a adoção de medidas legislativas (BRASIL, 1992).

Considerando esta obrigação, o Instituto de Estudos Socioeconômicos - INESC (Organização brasileira não governamental, sem fins lucrativos, não partidária e com finalidade pública fundada em 1979) tem por objetivo garantir a prevalência dos direitos humanos a serem instituídos por meio de políticas públicas. Em 1991, o INESC elegeu o orçamento público como um instrumento estratégico para a análise e o controle social destas políticas públicas (INESC, 2009, p.8). No Brasil, o PIDESC foi ratificado por meio do Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992 (BRASIL, 1992).

No México, o Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (OACNUDH), defende a necessidade de incluir os direitos humanos nas políticas públicas e no orçamento:

A necessidade de incluir a perspectiva de direitos humanos nas políticas públicas e nos orçamentos encontra-se em duas importantes razões: a primeira é que o alcance e meta do exercício público estejam focados na garantia da dignidade humana (desta forma é possível impedir violações aos direitos humanos e resultados mais eficazes de respeito a atenção aos problemas da agenda pública); a segunda é que os Estados cumpram com seus compromissos adquiridos através dos padrões internacionais em matéria de direitos humanos, e que promovam medidas e ações de forma transversal para, entre outras coisas, eliminar os atos de discriminação e/ou exclusão geradas nas Entidades ou Instituições (OACNUDH, 2010, p.18).

Nas palavras de Luis Roberto Barroso, a dignidade humana é um princípio jurídico de *status* constitucional, porque valores considerados políticos ou morais, quando adentram o Direito, assumem a forma de princípio, um valor fundamental (BARROSO, 2015, p.285).

Os direitos humanos são a base para a dignidade da pessoa humana. A dignidade está conectada à essência do homem, à sua natureza fundamental, trata-se "*daquilo que existe no ser humano pelo simples fato de ele ser humano*" (PEQUENO, 2008, p.31).

Na sistematização do conteúdo mínimo da dignidade comentado por BARROSO (2015, p. 286), a conexão à essência do homem, considerado como *valor intrínseco*, é apenas um dos elementos integrantes. Os outros dois são autonomia individual e valor comunitário.

A autonomia individual está ligada à razão e ao exercício da vontade segundo normas específicas, envolvendo a capacidade do indivíduo de decidir os rumos da própria vida e livre desenvolvimento da personalidade. O valor comunitário é o elemento social da dignidade humana, formado com base nos valores compartilhados pela sociedade (BARROSO, 2015, p. 286-7).

A política pública de saúde brasileira vigente foi estabelecida em 1988 com a promulgação da Constituição Federal do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é composto pelo conjunto de ações e de serviços de saúde sob gestão pública, organizado de forma regional e hierarquizado, atendendo gratuitamente em todo o território nacional (Art. 198, CRFB/88).

4.1.1 Orçamento público

O Orçamento Público segundo Aliomar Baleeiro *apud* Mendes (2011, p.25) é o ato pelo qual o Poder Executivo prevê e o Poder Legislativo autoriza por certo período a execução das despesas destinadas ao funcionamento dos serviços públicos. Este Orçamento apresenta aspectos político, econômico, jurídico, financeiro e técnico.

O financiamento do Sistema Único de Saúde tem origem nos recursos do orçamento da seguridade social de um regime de cooperação entre União, Estados, Municípios e Distrito Federal concorrendo para o atendimento geral da população (BRASIL, 1988).

Os orçamentos fiscais e de investimentos das estatais, compatíveis com o plano plurianual, têm dentre outras funções, reduzir desigualdades inter-regionais, segundo critério populacional (Art. 165, CRFB/88). Porém, a Seguridade Social não tem a função de reduzir estas desigualdades. A Seguridade Social é um conjunto de ações integradas de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (MENDES, 2011, p.48).

A Lei 8.142 regulamenta a gestão do SUS, a transferência dos recursos para a saúde entre as esferas do governo, definindo em que devem ser investidos estes recursos. Esta lei dispõe sobre o Fundo Nacional de Saúde e informa como e onde os recursos deverão ser aplicados, determinando que estes recursos só possam ser utilizados para financiar os custos próprios do Ministério da Saúde (BRASIL, 1990).

A composição dos fundos da saúde torna-se obrigatória e com vinculação crescente de recursos nos três níveis de governo a partir da Emenda Constitucional (EC) 29/2000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2000, p.15).

Ademais, os gestores do SUS podem firmar acordos, contratos, parcerias e convênios para a transferência de recursos para executar projetos determinados. O Ministério da Saúde pode, por exemplo, pode firmar acordos com o Estado e/ou Municípios para a capacitação de profissionais, reformas ou aparelhamento das unidades de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2000, p.15).

No tocante ao orçamento público da saúde como um todo, GARRAFA *et al.* (1997, p.29) comenta que um aspecto relevante é a definição das prioridades nos

investimentos do Estado, incluindo a destinação, alocação e distribuição e controle dos recursos financeiros. Com o avanço tecnológico, as técnicas de exames, procedimentos e diagnósticos são aprimorados, contudo, apresentam alto custo o que torna os recursos insuficientes até mesmo nos países ricos do hemisfério norte:

Os altos custos dos tratamentos em saúde, que incluem inúmeras provas de laboratório e outros exames delicados e caríssimos, com conseqüente inacessibilidade a crescente número de pessoas, têm levado alguns pesquisadores a levantar inquietantes interrogações sobre o futuro, no que concerne ao enfoque das descobertas como um bem comum ou como um privilégio para poucos (GARRAFA *et al.*, 1997, pg. 29-30).

Para que o efetivo direito à saúde seja garantido, é necessário orçamento público compatível com as demandas exigidas pela população, observando o princípio da equidade estabelecido na Lei 8080/1990.

O fornecimento da alimentação adequada às pessoas com necessidades especiais reflete a efetivação dos direitos fundamentais, reconhecendo que o indivíduo tem primeiro direitos e, depois deveres, perante o Estado:

Os direitos fundamentais assumem posição de definitivo realce na sociedade quando se inverte a tradicional relação entre Estado e indivíduo e se reconhece que o indivíduo tem, primeiro, direitos, e, depois, deveres perante o Estado, e que os direitos que o Estado tem em relação ao indivíduo se ordenam ao objetivo de melhor cuidar das necessidades dos cidadãos (MENDES, 2015, p.136).

A equidade, considerada como princípio no Sistema Único de Saúde, é o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos diferentes para alcançar direitos iguais. "A equidade é o princípio que permite resolver parte razoável das distorções na distribuição da saúde, ao aumentar as possibilidades de vida de importantes parcelas da população" (GARRAFA *et al.*, 1997, pg. 32).

Felipe Asensi (2012, p.11) comenta que o princípio da equidade exprime ideia de justiça social, pois busca a redução das desigualdades entre os sujeitos do direito à saúde: "significa admitir uma postura de tratar desigualmente os desiguais, investindo mais recursos públicos nas Unidades da Federação em que a carência e as deficiências no sistema público de saúde são maiores."

A efetivação do acesso à assistência farmacêutica em âmbito SUS, o usuário deverá estar sendo assistido pelos serviços de saúde do Sistema Único e, a prescrição em conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos e os

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, segundo a regra insculpida no Art. 28 do Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011(BRASIL, 2011):

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

- I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
- II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
- IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

A orientação e ordenação dos fluxos, monitorando e ofertando regionalmente as ações e serviços⁶⁴, garantindo ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado aos cuidados⁶⁵ em saúde no Serviço Único de Saúde é de competência dos entes federativos, nos termos do Decreto 7508 de 28 de junho de 2011.

4.2 Assistência terapêutica à lactentes e crianças com necessidades alimentares específicas no Sistema Único de Saúde Brasileiro: CONITEC e os Protocolos Clínicos

Como debatido no item 3.7 deste trabalho, existem várias fórmulas dietéticas disponíveis no mercado brasileiro. A padronização dos produtos a serem distribuídos à população através do SUS é importante para evitar impactos desnecessários no Orçamento Público, de forma a viabilizar o tratamento médico adequado a todos os brasileiros.

A assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde foram definidas na Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011. A normativa também criou o CONITEC, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, que tem por finalidade assessorar o Ministério da

⁶⁴ BRASIL. Decreto 7508 de 28 de junho de 2011 - **Art. 13.** Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

⁶⁵ BRASIL. Decreto 7508 de 28 de junho de 2011 - **Art. 12.** Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Saúde na incorporação, exclusão ou alteração das tecnologias em saúde pelo SUS. Além disso, a Comissão atua na elaboração ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT.

A definição do PCDT⁶⁶ está na própria Lei 12.401/2011:

(...) documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o **tratamento preconizado**, com os medicamentos e **demais produtos apropriados**, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. (nn) (Artigo 1º da Lei 12.401 de 28 de abril de 2011)

O Ministério da Saúde Brasileiro, através do CONITEC, publicou em setembro de 2014, um relatório intitulado *Fórmulas nutricionais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca*, onde restou constatado que apesar de não existir registro sobre o número de crianças com alergia à proteína do leite de vaca no país, alguns municípios implantaram um programa de atenção nutricional para acompanhamento dos usuários do Sistema Único de Saúde acometidos pela reação imunológica:

Não há pesquisas ou inquéritos nacionais, nem registros nos sistemas de informação do Ministério da Saúde (MS) sobre o número de crianças com APLV e sua prevalência. No entanto, em agosto de 2012 o MS encaminhou questionário para 178 municípios de médio e grande porte, dos quais 34 responderam, afirmando possuir serviços/programas de atenção nutricional estruturados para acompanhamento de crianças com APLV. Foi identificada média de acompanhamento de 0,4% (0,2% a 0,7%) de crianças com APLV nesses serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

PCDT: Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - Fórmulas nutricionais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca

O CONITEC preconizou o uso de fórmulas infantis, à base de soja, à base de proteína extensamente hidrolisada com ou sem lactose e à base de aminoácidos, para crianças de até vinte e quatro meses de idade que demonstram quadro clínico sugestivo e resultados positivos para o teste de provocação oral (TPO) compatíveis à proteína do leite de vaca ou, que apresentem reação alérgica de forma

⁶⁶ Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011: Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

generalizada importante em um ou mais órgãos desencadeada imediatamente ou em até duas horas após a ingestão de alimentos contendo proteína do leite de vaca (BRASIL, 2014, p.5).

A tabela 23 indica a padronização de dispensação das fórmulas infantis adotadas pelo Ministério da Saúde brasileiro para os lactentes ou crianças com Alergia à Proteína do leite de vaca (APLV), competindo ao nutricionista responsável pelo acompanhamento do paciente, a elaboração do cálculo das necessidades nutricionais da criança de acordo com as recomendações oficiais para a idade.

Tabela 23 - Indicação de uso das fórmulas infantis pelo Ministério da Saúde Brasileiro para indivíduos com alergia à proteína do leite da vaca

Tipo de fórmula	Contraindicação	Indicação de uso
Fórmulas nutricionais à base de soja (FS)	Crianças menores de seis meses de idade	Primeira opção: somente para crianças de seis a vinte e quatro meses com APLV mediadas por IgE; * Se houver manutenção ou piora dos sinais e sintomas, trocar para FEH; * Se houver manutenção ou piora dos sinais e sintomas com uso de FEH, deverá ser realizada troca para fórmulas à base de aminoácidos (FAA).
Fórmulas nutricionais à base de proteína extensamente hidrolisada (FEH)	-	Primeira opção: Crianças até vinte e quatro meses com APLV não mediada por IgE. * Se houver manutenção ou piora dos sinais e sintomas clínicos, deve ser realizada troca para fórmulas à base de aminoácidos (FAA).
Fórmulas nutricionais à base de aminoácidos (FAA)		Primeira opção: casos em que as crianças com APLV apresentem sintomas graves, como desnutrição protéico-energética moderada ou grave com descompensação metabólica (desidratação, acidose), sangramento intestinal intenso e anemia grave, dermatite atópica grave e generalizada, com hipoproteinemia e comprometimento no crescimento
Tabela elaborada a partir da referência: MINISTÉRIO DA SAUDE. Fórmulas nutricionais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília, 2014. 11 p.		

O Ministério da Saúde, até o ano de 2015, não conseguiu padronizar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para as doenças mais frequentes no Brasil. Contudo, em janeiro de 2014, foi publicada a Portaria nº 199 que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras.

A Portaria/MS nº 199/2014 estrutura a rede de atenção às pessoas com doenças raras em eixos. Os erros inatos do metabolismo, doenças que demandam a dispensação de dietas alimentares específicas, estão elencados no eixo I.

A assistência terapêutica integral é entendida como dispensação de medicamentos e produtos para a saúde cuja prescrição está de acordo com as diretrizes terapêuticas estabelecidas em Protocolos Clínicos para o agravo à saúde ou doença⁶⁷ (Artigo 19 M, Lei 8080/1990).

Nestes termos, a Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com doenças raras está baseada na incorporação e uso de tecnologias destinadas à prevenção, promoção e cuidado integral na Rede de Atenção à saúde (RAS), incluindo a dispensação de fórmulas nutricionais em âmbito do Sistema Único de Saúde⁶⁸ (Art. 6, inciso VI, Portaria/MS nº 199/2014).

A aquisição do produto na falta do Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica

A dispensação de medicamentos, produtos e serviços pelo Sistema Único de Saúde, quando não há Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica estabelecido, é realizada nos moldes do Artigo 19 P da Lei 8080/90:

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

⁶⁷ Lei 8080/1990 - **Art. 19-M**. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea d do inciso I do Art. 6º consiste em: I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no Art. 19-P;

⁶⁸ Portaria nº 199/2014 – **Art. 6º, VI** - incorporação e uso de tecnologias voltadas para a promoção, prevenção e cuidado integral na RAS, incluindo tratamento medicamentoso e fórmulas nutricionais quando indicados no âmbito do SUS, que devem ser resultados das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de avaliação e aprovação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde.(nn)

A dispensação das dietas industrializadas por integrar a Rede de Atenção Básica é de responsabilidade do Município. Nos casos em que a fórmula não esteja preconizada na Relação dos produtos dispensados pelo Município, a distribuição é feita com base na lista elaborada e pactuada no Conselho Municipal de Saúde.

As fórmulas industrializadas adquiridas pelo ente estatal não podem favorecer ou prestigiar marca comercial. A compra deverá especificar o produto a ser adquirido sem a indicação do nome comercial ou fabricante, nos termos do Artigo 15, parágrafo 7º da Lei 8666 de 21 de junho de 1993:

Art. 15. As compras, sempre que possível, deverão:

§ 7º Nas compras deverão ser observadas, ainda:

(...)

I - a especificação completa do bem a ser adquirido sem indicação de marca;

O comando normativo, portanto, impõe que o ente da administração pública adquirida as fórmulas dietéticas para distribuição no Sistema Único de Saúde de acordo com a especificação qualitativa, sem privilegiar qualquer marca ou fabricante.

4.3 A judicialização do acesso ao alimento especial como consequência da omissão do Estado

A exigência do cumprimento do direito à saúde exigida perante um Tribunal de Justiça é denominado judicialização da saúde. É possível afirmar que um dos motivos deste fato esteja na ineficácia das ações legislativas e executivas, insuficientes no provimento de um sistema de saúde eficiente capaz de atender as demandas sociais.

Flávia Piovesan ao citar Asbjorn Eide relata que caminhos podem e devem ser encontrados para que o Estado garanta o respeito e a proteção dos direitos

econômicos, sociais e culturais, prevenindo as condições para uma economia de mercado relativamente livre. "A ação governamental deve promover a igualdade social, enfrentar as desigualdades sociais, compensar os desequilíbrios criados pelos mercados e assegurar um desenvolvimento humano sustentável" (PIOVESAN, 2006, p.19).

A Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) não definiu de forma expressa o sujeito do vínculo aos direitos fundamentais, embora, o Artigo 5º, parágrafo 1º, estabeleça como regra geral a aplicabilidade imediata. Por conseguinte, o poder executivo e judiciário estão diretamente vinculados aos direitos fundamentais (MARTINS, 2005, p.167).

A exigibilidade⁶⁹ no cumprimento dos dispositivos dos direitos humanos está associada aos conceitos de judiciabilidade e de justiciabilidade.

Em 1990, o Comentário Geral nº 03 do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais afirmou a justiciabilidade dos direitos consagrados no Pacto Internacional sobre os direitos econômicos, sociais e culturais (PIDESC), isto é, a possibilidade de submissão à decisão judicial:

Entre as medidas que podem ser consideradas adequadas, para além da legislação, conta-se a previsão de vias judiciais de recurso relativamente a direitos que possam, em conformidade com o sistema jurídico interno, ser considerados justiciáveis [...] (parágrafo 5) (NAÇÕES UNIDAS, Ficha Informativa Sobre Direitos Humanos n.º 16, 2004, p.30)

A judicialização compreende uma relação complexa entre a saúde, alimentação e o direito. No intuito de auxiliar o magistrado na tomada de decisão nos processos judiciais, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) editou as Recomendações 31/2010 e 36/2011 que propõem aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais a disponibilização de "apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, observadas as peculiaridades regionais" (Recomendação 31, 2010).

⁶⁹ Exigibilidade é a possibilidade de exigir o respeito, a proteção, a promoção e o provimento de direitos, perante os órgãos públicos competentes (administrativos, políticos ou jurisdicionais), para prevenir as violações a esses direitos ou repará-las. Além disso, no conceito de exigibilidade está incluído, além do direito de reclamar, o direito de ter uma resposta e ação em tempo oportuno para a reparação da violação por parte do poder público (BURITY, Valéria [et al]. Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: ABRANDH, 2010, p. 70)

No Estado de Goiás, Câmara de Saúde do Judiciário - CSJ, nos termos da Recomendação nº 36/ 2011 foi instituída em 31.01.2012. O Termo de Cooperação Técnica 001/2012, publicado no Diário Oficial do Município de Goiânia nº 5.335 de 23/04/2012, dispõe sobre a implantação e operacionalização da Câmara de Saúde do Judiciário.

A referida Câmara é composta por uma equipe técnica multidisciplinar que serve de apoio aos magistrados para avaliação dos casos concretos aplicáveis ao tema da judicialização da saúde, explorando as capacidades máximas de cada ciência (direito, alimentação, saúde), viabilizando a fundamentação das decisões judiciais sobre o pedido formulado:

A interdisciplinaridade, enquanto princípio mediador entre as diferentes disciplinas, não poderá jamais ser elemento de redução a um denominador comum, mas elemento teórico-metodológico da diferença e da criatividade. A interdisciplinaridade é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão dos seus limites, mas, acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade (JANTSCH, 2008, p. 14).

Importante destacar, que o juiz não está obrigado a acatar as informações do relatório da equipe da Câmara de Saúde, contudo, as suas decisões devem ser fundamentadas obedecendo ao disposto no Artigo 93, inciso IX da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988⁷⁰.

4.4 Sistema de Informações do Sistema Único de Saúde - DATASUS: Mortalidade infantil por doenças ou situações clínicas que acometem o trato gastrointestinal

Os distúrbios do trato gastrointestinal que acometem crianças e lactentes estão definidos na Classificação Internacional de Doenças⁷¹ (CID) de acordo com a tabela 24. Esta classificação, em CID's específicas, possibilita o rastreamento das

⁷⁰ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Art. 93, inciso IX** : todos os julgamentos dos órgãos do Poder Judiciário serão públicos, e fundamentadas todas as decisões, sob pena de nulidade, podendo a lei limitar a presença, em determinados atos, às próprias partes e a seus advogados, ou somente a estes, em casos nos quais a preservação do direito à intimidade do interessado no sigilo não prejudique o interesse público à informação.

⁷¹ A CID-10 foi conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastrados-nacionais/cid-10>. Acesso em 06 Dez. 2015.

mortes infantis registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do DATASUS⁷².

Tabela 24 - Classificação Internacional de Doenças (distúrbios alimentares frequentes que afetam a população infantil)

Código	Descrição
E40	Kwashiorkor
E41	Marasmo nutricional
E42	Kwashiorkor – marasmático
E43	Desnutrição protéico-calórica grave não especificada
E44	Desnutrição protéico-calórica moderada leve
E46	Desnutrição protéico-calórica não especificada
E73	Intolerância à lactose
E84	Fibrose cística
K90.0	Má absorção intestinal

Os dados que serão explorados nesta pesquisa são definidos: **a) Quanto à área de abrangência:** Brasil por região (Centro-Oeste, Norte, Nordeste, Sudeste, Sul); **b) Quanto à faixa etária:** crianças até 01 ano de idade; **c) Quanto a CID:** todas as CID's indicadas na tabela 24 foram investigadas; **d) Quanto ao período de análise da mortalidade infantil:** 2006 – 2013.

Os dados foram coletados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do DATASUS, no link <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10>, utilizando os seguintes parâmetros:

- a) Mortalidade - 1996 a 2013, pela CID-10: Óbitos infantis
- b) Abrangência geográfica: Brasil por região e unidade da federação;
- c) “campo” Linha: Região
- d) “campo” Coluna: Faixa etária detalhada
- e) Período: 2006 – 2013
- f) “campo” seleções disponíveis:
 - f.1) Capítulo CID 10: IV: Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
 - f.2) Categoria CID 10 - Os códigos indicados na Tabela 25.

⁷² DATASUS: compromisso assumido pelo Governo Brasileiro, para a organização dos arquivos em meio magnético e implementação para disseminação eletrônica. O DATASUS (Departamento de Informática do SUS) possibilita a implantação em todo o território nacional, dos registros de Morbidade Hospitalar e Ambulatorial, compatibilizando estes registros entre todos os sistemas que lidam com morbidade. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cid-10>. Acesso em 06 Dez. 2015.

Em resumo, a análise dos dados obtidos no *Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)* do DATASUS retratou a mortalidade infantil brasileira (crianças menores de 01 ano de idade) por doenças ou situações clínicas que acometem o trato gastrointestinal nos períodos de 2006 – 2013 por região geográfica.

As figuras 04 e 05, cujos dados estão representados de forma quantitativa e percentual respectivamente, indicam que a região de maior mortalidade é a Nordeste, que segundo o Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é a região economicamente mais pobre do Brasil⁷³.

Figura 4 - Mortalidade infantil brasileira – Período: 2006 - 2013

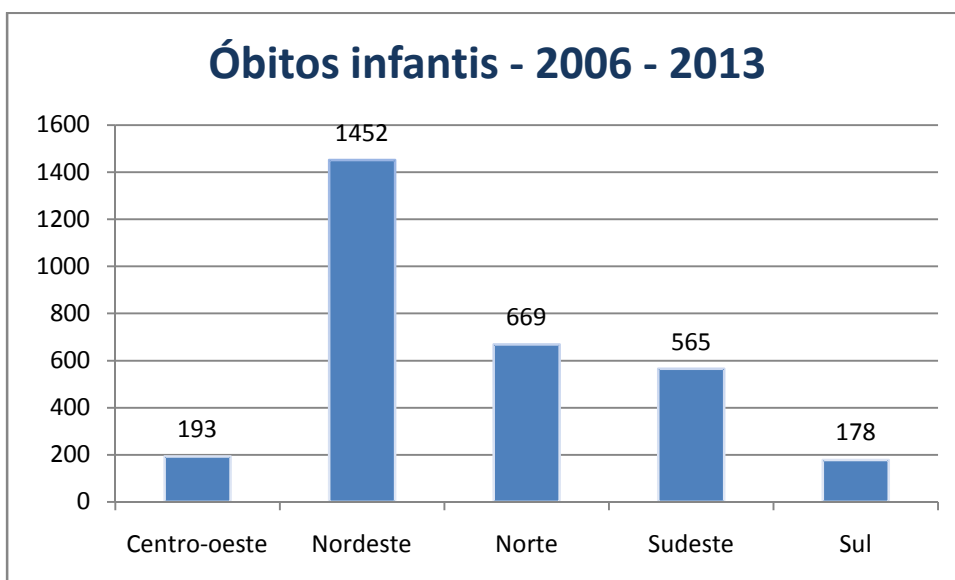
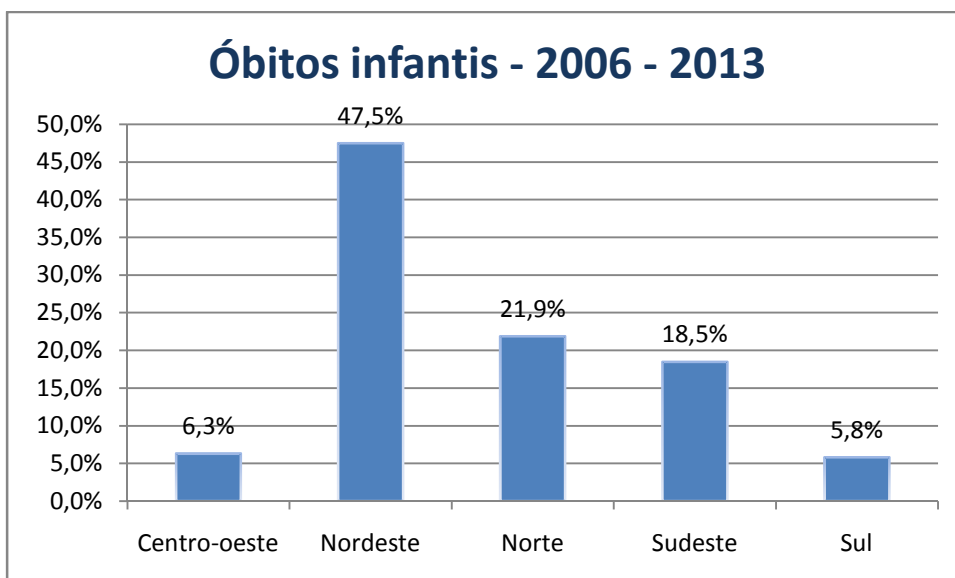


Figura 5 - Mortalidade infantil brasileira – Período: 2006 - 2013

⁷³ “Os dados do IBGE apontam que os 16,267 milhões de brasileiros extremamente pobres – 8,5% da população – estão concentrados principalmente na região Nordeste, totalizando 9,61 milhões de pessoas (59,1%), sendo a maioria no campo (56,4%).” Fonte: Blog do Planalto. **Brasil sem Miséria: foco será 16,267 milhões de brasileiros que vivem na extrema pobreza.** Disponível em: <http://blog.planalto.gov.br/brasil-sem-miseria-foco-sera-16267-milhoes-de-brasileiros-que-vivem-na-extrema-pobreza/>. Acesso em: 21 Dez. 2015.



Detalhamento por região brasileira

Os óbitos infantis por doenças ou situações clínicas que acometem o trato gastrointestinal dos indivíduos por região geográfica brasileira estão detalhados nos tópicos abaixo.

a) Região Centro-Oeste

A região Centro-Oeste⁷⁴ comporta os Estados de Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal.

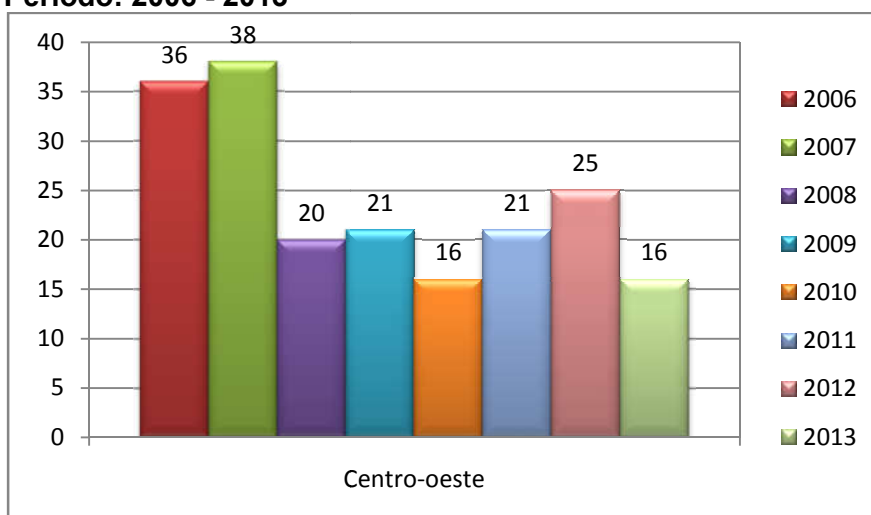
Os dados totais da mortalidade infantil em lactentes e crianças de 01 ano de idade completo, para as CID's indicadas na Tabela 24, considerando o período de 2006 – 2013 obtidos no *Sistema de Informações sobre mortalidade* do DATASUS estão demonstrados na tabela 25. A representação gráfica está na Figura 06.

⁷⁴ IBGE. **Estados**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/>. Acesso em: 21 Dez. 2015.

Tabela 25 - Total geral por ano da mortalidade infantil na Região Centro-Oeste para as CIDs selecionadas

REGIÃO / CID	Total Geral/Ano
Centro-oeste	
2006	36
2007	38
2008	20
2009	21
2010	16
2011	21
2012	25
2013	16
Total	193

Figura 6 - Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Centro-Oeste – Período: 2006 - 2013



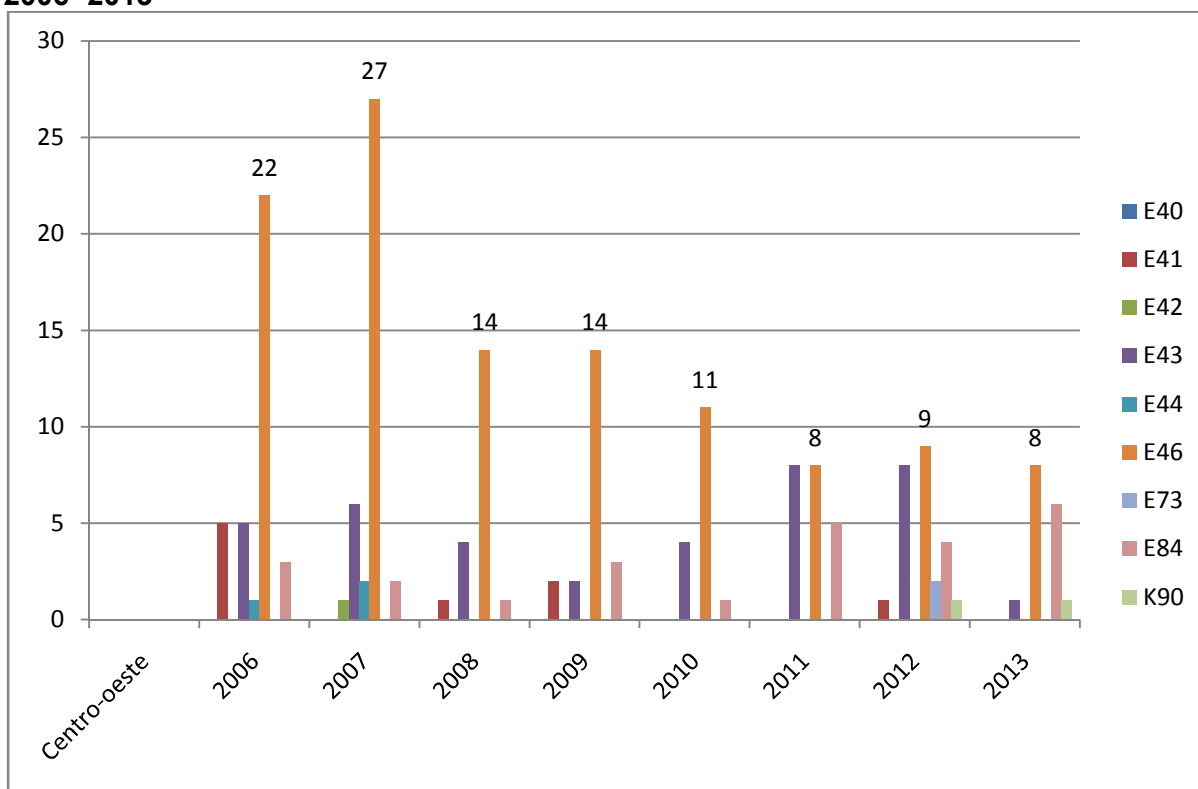
No mesmo período de 2006 a 2013, de acordo com o DATASUS, foram registrados 1.792.089 indivíduos nascidos vivos na região.

A tabela 26 ilustra detalhadamente a mortalidade infantil por quantidade de indivíduos por CID específica e ano da ocorrência. O gráfico dos dados da referida tabela está indicado na figura 07.

Tabela 26 - Detalhamento da mortalidade infantil na Região Centro-oeste para as CID's selecionadas – Período 2006 - 2013

REGIÃO / CID	E40	E41	E42	E43	E44	E46	E73	E84	K90	Total Geral/Ano
Centro-oeste										
2006	0	5	0	5	1	22	0	3	0	36
2007	0	0	1	6	2	27	0	2	0	38
2008	0	1	0	4	0	14	0	1	0	20
2009	0	2	0	2	0	14	0	3	0	21
2010	0	0	0	4	0	11	0	1	0	16
2011	0	0	0	8	0	8	0	5	0	21
2012	0	1	0	8	0	9	2	4	1	25
2013	0	0	0	1	0	8	0	6	1	16
Total	0	9	1	38	3	113	2	25	2	193

Figura 7 - Mortalidade infantil na Região Centro-oeste – CIDs específicas - Período: 2006 -2013



b) Região Nordeste

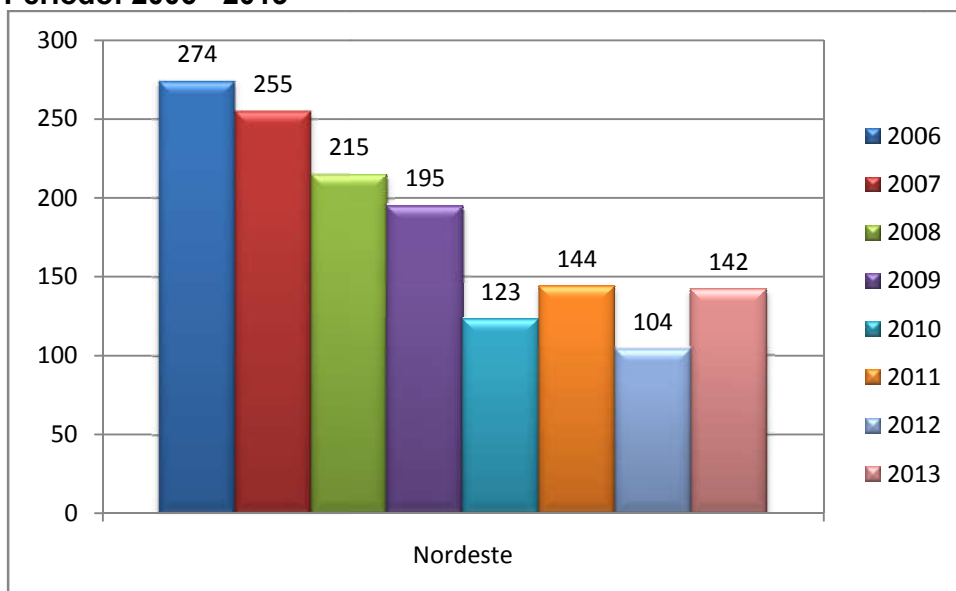
A região Nordeste⁷⁵ comporta os Estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Piauí e Sergipe.

Os dados totais da mortalidade infantil em lactentes e crianças de 01 de idade completo, para as CID's indicadas na Tabela 24, considerando o período de 2006 – 2013 obtidos no *Sistema de Informações sobre mortalidade* do DATASUS estão demonstrados na tabela 27. A representação gráfica está na Figura 08:

Tabela 27 - Total geral por ano da mortalidade infantil na Região Nordeste para as CIDs selecionadas

REGIÃO / CID	Total Geral/Ano
Nordeste	
2006	274
2007	255
2008	215
2009	195
2010	123
2011	144
2012	104
2013	142
Total	1452

Figura 8 - Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Nordeste – Período: 2006 - 2013



No mesmo período de 2006 a 2013, de acordo com o DATASUS, foram registrados 6.865.513 indivíduos nascidos vivos na região.

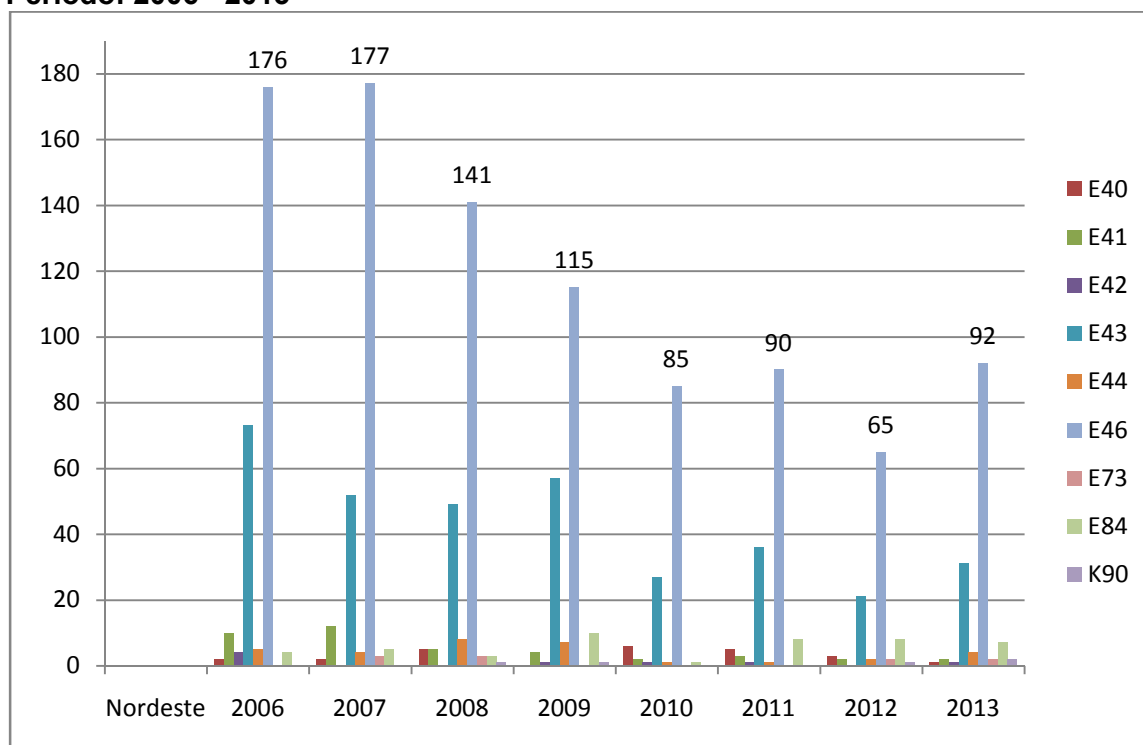
⁷⁵ IBGE. **Estados**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/>. Acesso em: 21 Dez. 2015.

A tabela 28 ilustra detalhadamente a mortalidade infantil por quantidade de indivíduos por CID específica e ano da ocorrência. O gráfico dos dados da referida tabela está indicado na figura 09.

Tabela 28 - Detalhamento da mortalidade infantil na Região Nordeste para as CIDs selecionadas – Período 2006 - 2013

REGIÃO / CID	E40	E41	E42	E43	E44	E46	E73	E84	K90	Total Geral/Ano
Nordeste										
2006	2	10	4	73	5	176	0	4	0	274
2007	2	12	0	52	4	177	3	5	0	255
2008	5	5	0	49	8	141	3	3	1	215
2009	0	4	1	57	7	115	0	10	1	195
2010	6	2	1	27	1	85	0	1	0	123
2011	5	3	1	36	1	90	0	8	0	144
2012	3	2		21	2	65	2	8	1	104
2013	1	2	1	31	4	92	2	7	2	142
Total	24	40	8	346	32	941	10	46	5	1452

Figura 9 - Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Nordeste - Período: 2006 - 2013



c) Região Norte

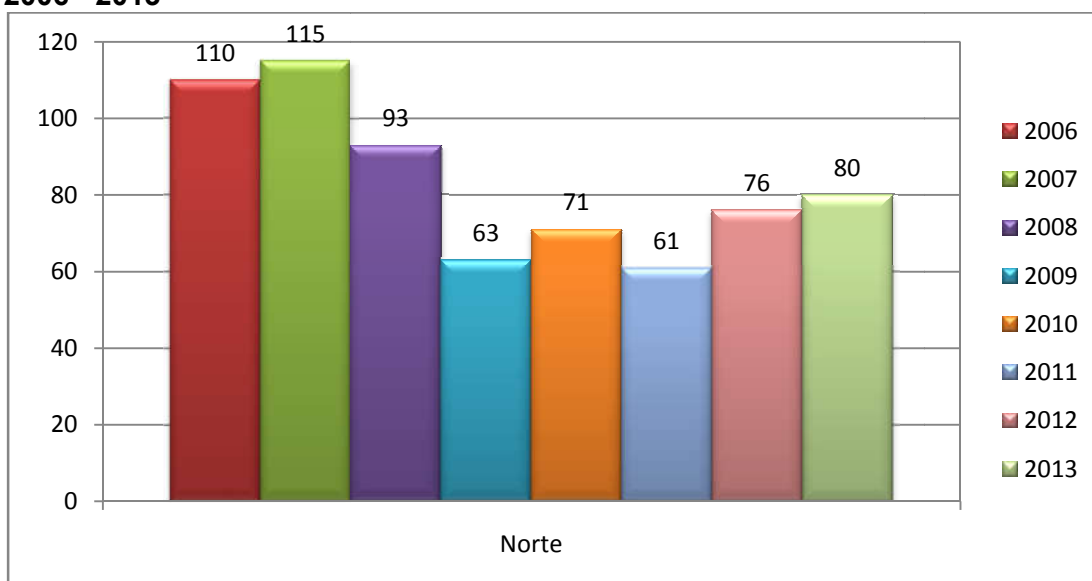
A região Norte⁷⁶ comporta os Estados de Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins.

Os dados totais da mortalidade infantil em lactentes e crianças de 01 de idade completo, para as CID's indicadas na Tabela 24, considerando o período de 2006 – 2013 obtidos no *Sistema de Informações sobre mortalidade* do DATASUS estão demonstrados na tabela 29. A representação gráfica está na Figura 10:

Tabela 29 - Total geral por ano da mortalidade infantil na Região Norte para as CIDs selecionadas

REGIÃO / CID	Total Geral/Ano
Norte	
2006	110
2007	115
2008	93
2009	63
2010	71
2011	61
2012	76
2013	80
Total	669

Figura 10 - Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Norte – Período: 2006 - 2013



⁷⁶ IBGE. **Estados**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/>. Acesso em: 21 Dez. 2015.

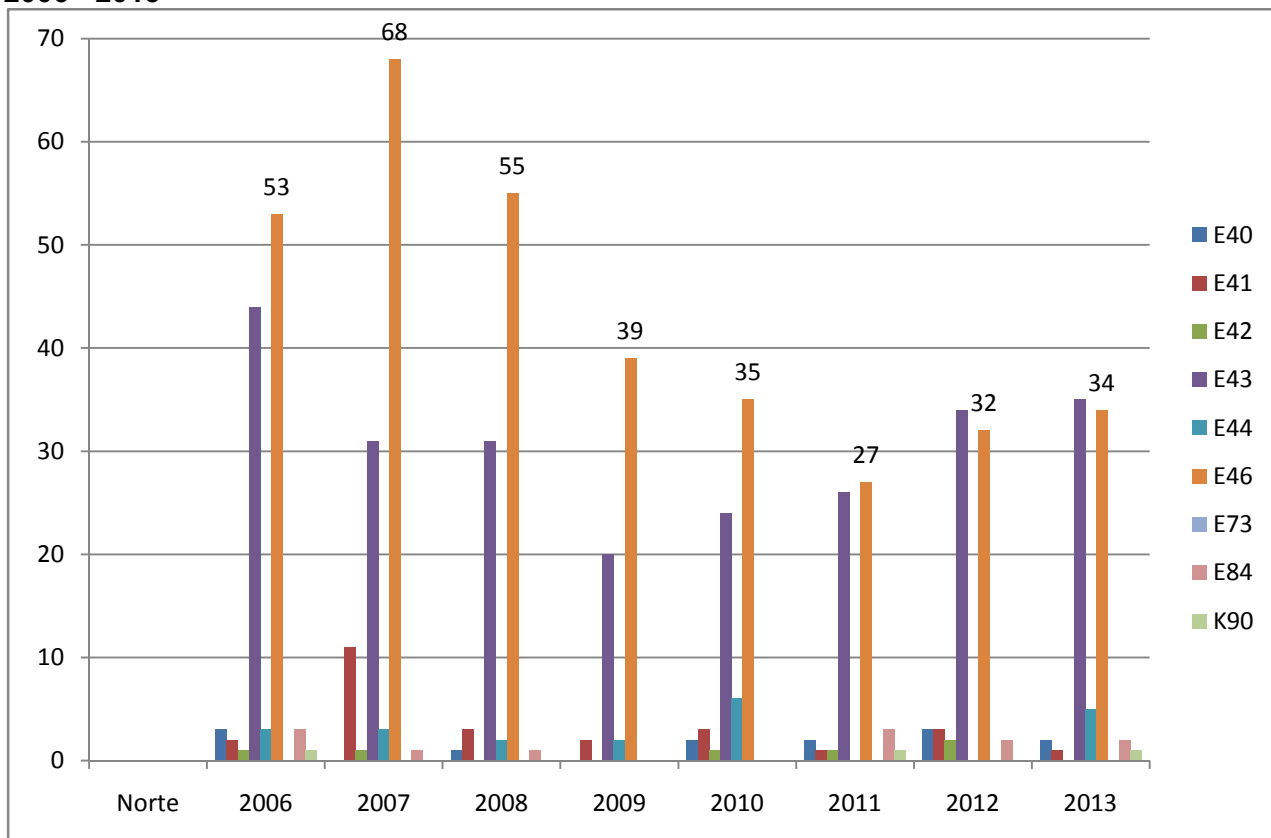
No mesmo período de 2006 a 2013, de acordo com o DATASUS, foram registrados 2.503.844 indivíduos nascidos vivos na região.

A tabela 30 ilustra detalhadamente a mortalidade infantil por quantidade de indivíduos por CID específica e ano da ocorrência. O gráfico dos dados da referida tabela está indicado na figura 09.

Tabela 30 - Detalhamento da mortalidade infantil na Região Norte para as CIDs selecionadas – Período 2006 - 2013

REGIÃO / CID	E40	E41	E42	E43	E44	E46	E73	E84	K90	Total Geral/Ano
Norte										
2006	3	2	1	44	3	53	0	3	1	110
2007	0	11	1	31	3	68	0	1	0	115
2008	1	3	0	31	2	55	0	1	0	93
2009	0	2	0	20	2	39	0	0	0	63
2010	2	3	1	24	6	35	0	0	0	71
2011	2	1	1	26	0	27	0	3	1	61
2012	3	3	2	34	0	32	0	2	0	76
2013	2	1	0	35	5	34	0	2	1	80
Total	13	26	6	245	21	343	0	12	3	669

Figura 11 - Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Norte – Período: 2006 - 2013



d) Região Sudeste

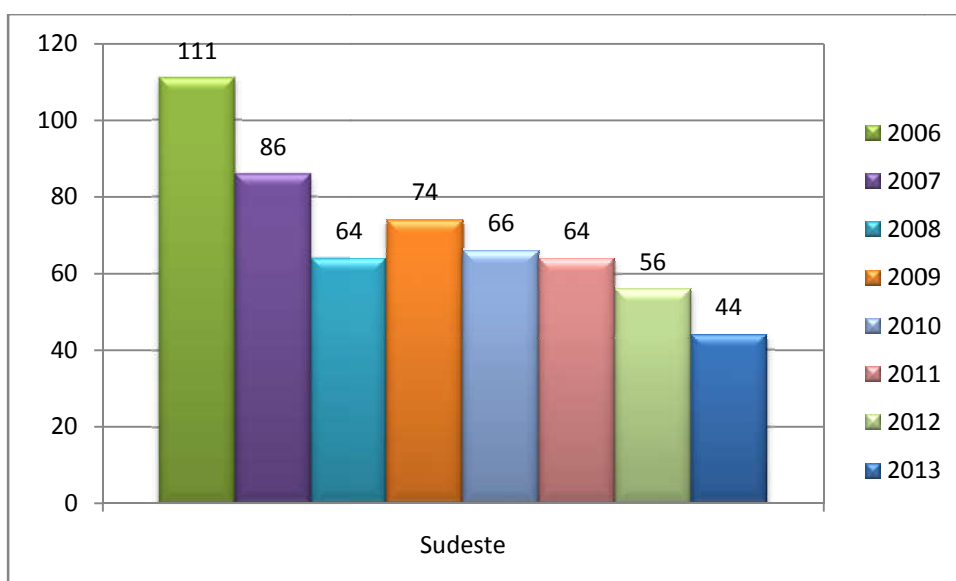
A região Sudeste⁷⁷ comporta os Estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo.

Os dados totais da mortalidade infantil em lactentes e crianças de 01 de idade completo, para as CIDs indicadas na Tabela 24, considerando o período de 2006 – 2013 obtidos no *Sistema de Informações sobre mortalidade* do DATASUS estão demonstrados na tabela 31. A representação gráfica está na Figura 12.

Tabela 31 - Total geral por ano da mortalidade infantil na Região Sudeste para as CIDs selecionadas

REGIÃO / CID	Total Geral/Ano
Sudeste	
2006	111
2007	86
2008	64
2009	74
2010	66
2011	64
2012	56
2013	44
Total	565

Figura 12 – Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Sudeste – Período: 2006 - 2013



No mesmo período de 2006 a 2013, de acordo com o DATASUS, foram registrados 9.079.649 indivíduos nascidos vivos na região.

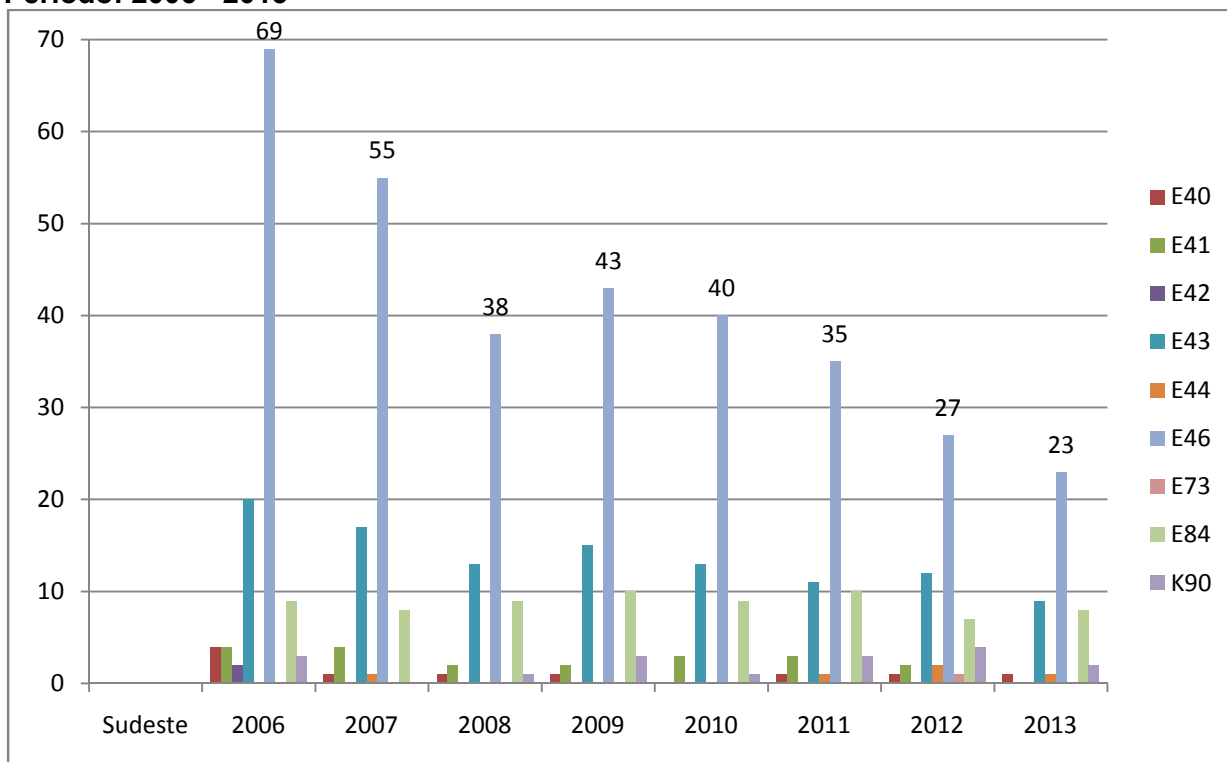
⁷⁷ IBGE. **Estados**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/>. Acesso em: 21 Dez. 2015.

A tabela 32 ilustra detalhadamente a mortalidade infantil por quantidade de indivíduos por CID específica e ano da ocorrência. O gráfico dos dados da referida tabela está indicado na figura 13.

Tabela 32 - Detalhamento da mortalidade infantil na Região Sudeste para as CIDs selecionadas – Período 2006 - 2013

REGIÃO / CID	E40	E41	E42	E43	E44	E46	E73	E84	K90	Total Geral/Ano
Sudeste										
2006	4	4	2	20		69		9	3	111
2007	1	4		17	1	55		8		86
2008	1	2		13		38		9	1	64
2009	1	2		15		43		10	3	74
2010		3		13		40		9	1	66
2011	1	3		11	1	35		10	3	64
2012	1	2		12	2	27	1	7	4	56
2013	1			9	1	23		8	2	44
Total	10	20	2	110	5	330	1	70	17	565

Figura 13 – Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Sudeste – Período: 2006 - 2013



e) Região Sul

A região Sul⁷⁸ comporta os Estados de Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

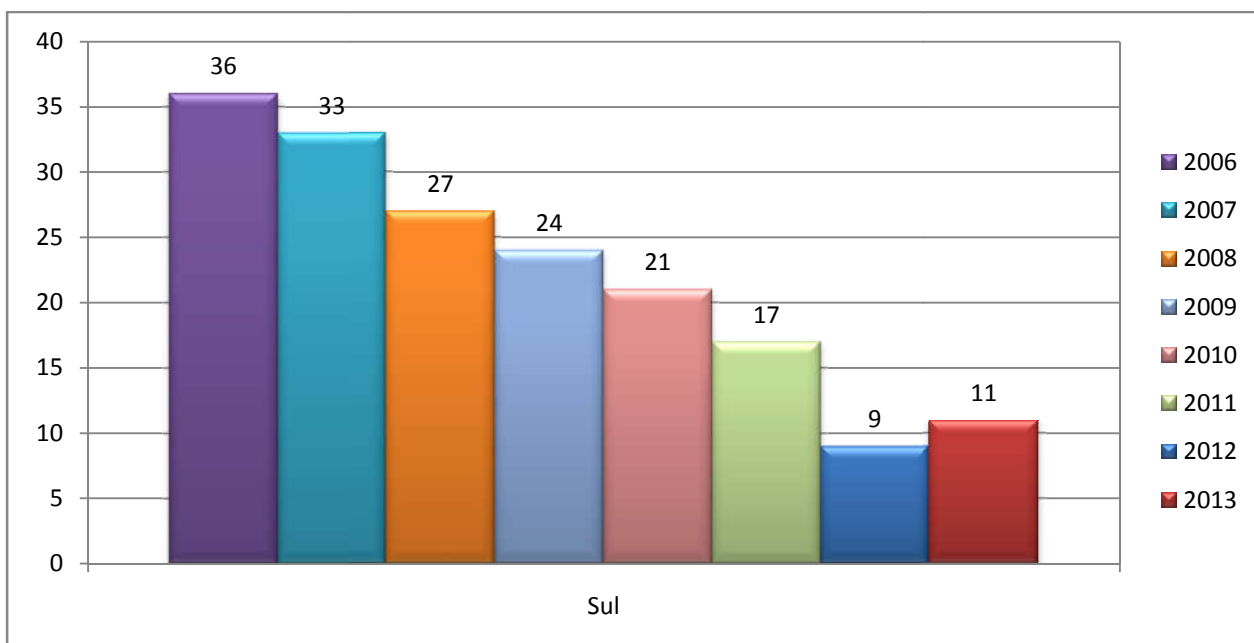
Os dados totais da mortalidade infantil em lactentes e crianças de 01 de idade completo, para as CID's indicadas na Tabela 24, considerando o período de 2006 – 2013 obtidos no *Sistema de Informações sobre mortalidade* do DATASUS estão demonstrados na tabela 33. A representação gráfica está na Figura 14.

Tabela 33 - Total geral por ano da mortalidade infantil na Região Sul para as CIDs selecionadas

REGIÃO / CID	Total Geral/Ano
Sul	
2006	36
2007	33
2008	27
2009	24
2010	21
2011	17
2012	9
2013	11
Total	178

Figura 14 – Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Sul – Período: 2006 – 2013

⁷⁸ IBGE. **Estados**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/>. Acesso em: 21 Dez. 2015.



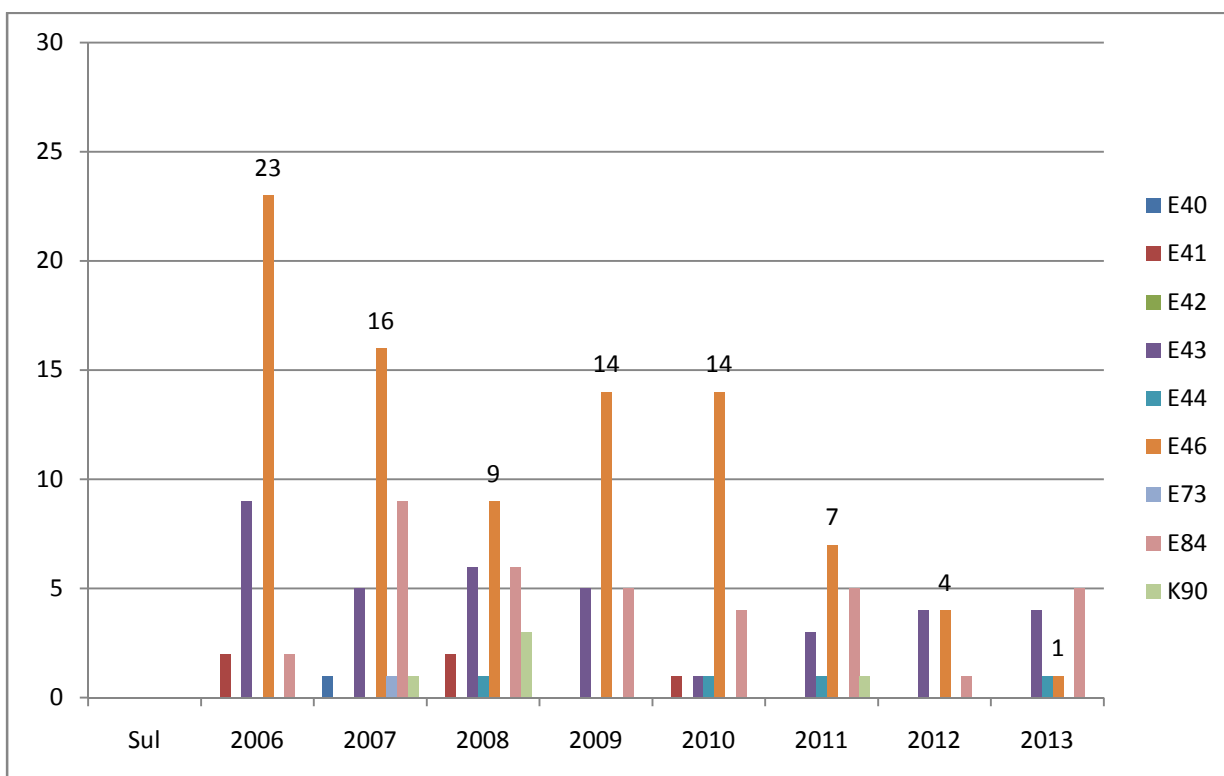
No mesmo período de 2006 a 2013, de acordo com o DATASUS, foram registrados 2.996.414 indivíduos nascidos vivos na região.

A tabela 34 ilustra detalhadamente a mortalidade infantil por quantidade de indivíduos por CID específica e ano da ocorrência. O gráfico dos dados da referida tabela está indicado na figura 15.

Tabela 34 - Detalhamento da mortalidade infantil na Região Sul para as CIDs selecionadas – Período 2006 - 2013

REGIÃO / CID	E40	E41	E42	E43	E44	E46	E73	E84	K90	Total Geral/Ano
Sul										
2006	0	2	0	9	0	23	0	2	0	36
2007	1	0	0	5	0	16	1	9	1	33
2008	0	2	0	6	1	9	0	6	3	27
2009	0	0	0	5	0	14	0	5	0	24
2010	0	1	0	1	1	14	0	4	0	21
2011	0	0	0	3	1	7	0	5	1	17
2012	0	0	0	4	0	4	0	1	0	9
2013	0	0	0	4	1	1	0	5	0	11
Total	1	5	0	37	4	88	1	37	5	178

Figura 15 – Mortalidade infantil para as CIDs selecionadas na Região Sul – Período: 2006 - 2013



A observação dos dados, do período de 2006 a 2013, obtidos no DATASUS revela que houve significativo decréscimo na mortalidade infantil cuja causa esteja associada aos distúrbios alimentares e à desnutrição. O resultado pode ser atribuído ao acordo firmado pelos gestores do Sistema de Saúde, no Pacto pela Saúde no ano de 2006, que tinha por objetivo reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação padronizada de suplementos alimentares e alimentos para dietas especiais a serem ofertadas gratuitamente a população exige um estudo bem delimitado e preciso que abranja um significativo número de patologias.

O entendimento do processo saúde-doença se dá por uma intrincada rede de estudos complexos em diversos campos científicos. A interação dos fatores genéticos, ambientais e sociais de um povo pode determinar as patologias que os acometem. Além dessa relação, o cosmopolitismo, a globalização, as migrações favorecem a intensificação dos convívios sociais promovendo os deslocamentos

regionais das pessoas, constituindo em outra fonte de estudos para origem das doenças.

É sabido que cada campo científico de forma isolada não promove a sabedoria para diagnosticar, prevenir ou tratar a doença, é necessário analisar as influências recíprocas. O relacionamento entre os campos de estudos é definido como interdisciplinaridade.

A elaboração de políticas públicas que efetivem o direito humano à alimentação adequada deve satisfazer as necessidades físicas e psíquicas indispensáveis ao desenvolvimento do indivíduo, garantindo o mínimo existencial.

Nas palavras de BARROSO (2015, p.288), o mínimo existencial é uma condição necessária à prática da autonomia (elemento que integra o conteúdo mínimo da dignidade humana), correspondendo ao “núcleo essencial dos direitos fundamentais sociais”, cujo conteúdo equipara às condições “para o exercício dos direitos individuais e políticos, autonomia privada e pública”.

O direito à alimentação está ligado à saúde do indivíduo. O fornecimento de dietas especiais às pessoas com necessidades específicas é apenas um dos ramos deste direito, que se mostrou complexo, uma vez que engloba a garantia do fornecimento de alimentos, suplementos e até mesmo a reforma agrária.

A morte dos lactentes e crianças pelas doenças ou sinais clínicos que provocam distúrbios alimentares ao ponto de comprometer a absorção dos nutrientes ou hipersensibilidades específicas que impedem a ingestão dos alimentos, está inserida no contexto geral de mortalidade infantil.

A mortalidade infantil, de acordo com Relatório *Diarreia: Por que as crianças continuam morrendo e o que pode ser feito*⁷⁹ da UNICEF e da Organização Mundial de Saúde (OMS) a diarreia mata mais crianças do que a AIDS, a malária e o sarampo juntos.

Consta ainda no referido Relatório que a diarreia pode ter várias origens, entretanto: a) 88% (oitenta e oito por cento) das mortes por diarreia são atribuídas à má qualidade da água, saneamento inadequado e falta de higiene; b) Poucos organismos são capazes de provocar casos graves. Mas, o rotavírus, é responsável por mais de 40% de todas as internações de crianças menores de cinco anos de

⁷⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diarrhoea:** Why children are still dying and what can be done. 2009. Disponível em: http://www.unicef.org/media/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf. Acesso em 15 Out. 2015.

idade; c) Os casos graves de diarreia acarretam perda significativa de líquidos e, na sequência desidratação. Quando os líquidos não são substituídos rapidamente, a criança pode morrer; d) A lavagem das mãos com sabão e água diminui a incidência de doenças diarreicas em mais de 40% (WHO, 2009).

Ao fazer o recorte para o estudo da mortalidade infantil específica para as doenças ou sintomas clínicos que alteram os hábitos alimentares, transitórios ou definitivos, seja em função de alterações metabólicas, fisiológicas ou patológicas, constata-se que o acordo firmado em 2006 pelos Gestores do Sistema Único de Saúde – SUS (Pacto pela Vida) foi válido, ou seja, é possível observar um decréscimo nas mortes de crianças e lactentes nas regiões brasileiras.

Ainda sobre o tema em debate, é relevante comentar acerca da similaridade das fórmulas alimentares dispensadas pelo Poder Público.

Como já citado no item 3.7 deste trabalho, existem várias fórmulas dietéticas disponíveis no mercado para o consumo e, o Poder Público pode eleger as apresentações que serão disponibilizadas gratuitamente à população de acordo com a conveniência e a legislação vigente.

A respeito deste assunto, aborda-se o fornecimento das dietas alimentares de marcas e fabricantes alheias à Lista já preconizada pelo Estado, ou seja, apesar de já contemplada um tipo de dieta para determinada classe, as condições clínicas do paciente demandam outra marca específica, que não está preconizada na Relação do Poder Público Municipal.

Para facilitar a explicação, citamos como exemplo os produtos Aminomed® do fabricante Comidamed, Neocate® LCP do fabricante Support e Amix® do fabricante Pronutrition do Brasil. Todos os produtos, de acordo com os seus fabricantes são classificados como elementares e totalmente hidrolisados. A tabela abaixo detalha a composição de cada produto:

PRODUTO / Formula	AMIX	NEOCATE LCP	AMINOMED
Carboidratos	53g	52g	53g
Lactose	0g	0g	0g
Proteínas	13g	14g	14g
Aminoácidos livres	16g	N/A	N/A
Gorduras totais	23g	25g	24,8g
Gorduras saturadas	7,0 g	10g	9,81g
Gorduras trans	0g	0g	0g
Gorduras monoinsaturadas	N/A	N/A	11,3g
Gorduras poliinsaturadas	N/A	N/A	3,69g

Colesterol	N/A	N/A	1,1mg
Fibra Alimentar	0g	0g	0 mg
Sódio	120 mg	189mg	122mg
Cálcio	327 mg	561mg	496 mg
Ferro	5,5 mg	6,2mg	6,1 mg
Cloreto	293 mg	N/A	337 mg
Potássio	433mg	525mg	519 mg
Fósforo	233mg	397mg	267 mg
Magnésio	35mg	51mg	63 mg
Iodo	87mcg	N/A	84 µg
Cobre	247mcg	410µg	350 µg
Zinco	4,0 mcg	5,3 mg	5,3 mg
Manganês	400 mcg	0,20mg	0,40 mg
Selênio	10 mcg	N/A	14 µg
Cromo	7,3 mcg	N/A	10 µg
Molibdênio	10 mcg	11µg	25 µg
Vitamina A	500 mcg	406µg RE	801 µg RE
Vitamina D3	8,0 mcg	N/A	N/A
Vitamina D	N/A	8,8µg	10 µg
Vitamina E	4,4 mg	4,6mg α TE	9,0 mg TE
Vitamina K	20mcg	42µg	22 µg
Vitamina C	50 mg	52mg	80 mg
Vitamina B1 (tiamina)	400mcg	0,54mg	0,42 mg
Vitamina B2	500 mcg	0,54mg	0,90 mg
Niacina	4500mcg	4,9mg	5,4 mg
Vitamina B6	300mcg	0,54mg	0,51 mg
Ácido fólico	50mcg	64µg	63 µg
Ácido pantotênico	2600mg	2,9mg	3,6 mg
Vitamina B12	1,0mcg	1,3µg	1,2 µg
Biotina	8,0mcg	19µg	12 µg
Colina	107mg	95mg	69 mg
Mio-inositol	133mg	N/A	N/A
Inositol	N/A	108mg	46 mg
L-carnitina	9mg	9,5mg	8,8 mg
Taurina	30mg	30mg	36 mg
Ácido linoléico	N/A	3565mg	3040mg
Ácido alfa-linolênico	N/A	441mg	N/A
Ácido linolênico	N/A	N/A	480mg
Ácido docosahexaenÓico (DHA)	N/A	86mg	45mg
Ácido araquidônico (ARA)	N/A	86mg	80mg
Cloro	N/A	386mg	N/A
Nucleotídeos	N/A	24mg	N/A
Citidina-5-monofosfato	N/A	8,2mg	N/A
Uridina-5-monofosfato	N/A	5,7mg	N/A

Adenosina-5-monofosfato	N/A	5,0mg	N/A
Guanosina-5-monofosfato	N/A	1,7mg	N/A
Inosina-5-monofosfato	N/A	3,2mg	N/A

As fórmulas não podem ser consideradas similares ainda que se enquadrem na mesma classificação como “elementares e hidrolisadas”⁸⁰. O dicionário Michaelis (2015) instrui que similar é: “Que se assemelha com outro, ou outros, de um modo geral, ou tem com eles características comuns.” Analisando também o significado do termo assemelhar, o mesmo dicionário descreve que é o mesmo que imitar.

Resta evidente que para qualquer pessoa de conhecimento mediano que as fórmulas não podem ser consideradas similares, porque existem variações significativas em quantidade e qualidade dos componentes.

A estratégia de alimentação complementar saudável por meio do atendimento diferenciado e especializado para as crianças de maior risco nutricional estão contidas nas definições dos princípios da integralidade e equidade do acesso ao sistema público de saúde.

Vale lembrar que a atenção à saúde, levando em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupo de pessoas é descrito como princípio da integralidade, enquanto o princípio da equidade busca reduzir as desigualdades sociais e regionais existentes no Brasil.

Utilizando as ponderações de Humenhuk (2004, p.31) *apud* Felipe Asensi (2012, p.9), todas as esferas do Poder público (Municípios, Estados, Distrito Federal e União) devem proteger e promover de forma gratuita a saúde, uma vez que o investimento do Estado em recursos públicos “não visa explorar economicamente essa atividade, mas visa prestar um serviço público básico ao direito fundamental da dignidade da pessoa humana”.

Portanto, os lactentes e as crianças que por condições clínicas ou doenças que afetam o seu desenvolvimento ou qualidade de vida, ou até mesmo as expõem a risco de morte, têm direito ao fornecimento de dietas específicas para alimentação independentemente da preconização ou não na Relação de Produtos fornecidos pelo Poder Público, uma vez que o acesso à saúde é universal e gratuito, devendo ser garantido o acesso integral ao tratamento médico prescrito pelo médico que assiste ao paciente.

⁸⁰ Sobre a classificação das dietas, vide tópico 3.7 deste trabalho.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEM. Ciências sociais e biológicas no curso médico. **Enfoque interdisciplinar**. OPAS/ABEM. 1989

ALEXY, Robert. Direitos fundamentais no estado constitucional democrático. In: HECK, Luís Afonso (Org.). **Constitucionalismo discursivo**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011. 168p.

ARENDT, Hannah. As perplexidades dos Direitos do Homem. In: IDEM. **Origens do totalitarismo**. Trad. Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1998, p.324-336.

ARRUDA, B. K.G de; ARRUDA, I. K. G de. Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil: Breve enfoque dos Delineamentos Conceituais e Propositivos. In: TADDEI, José Augusto de Aguiar C. et al (Org.). **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

ASENSI, Felipe Dutra. Direito à saúde no Brasil. In ASENSI, Felipe; PINHEIRO, Roseni (Org.). **Direito sanitário**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948. **Declaração universal dos direitos humanos**. Disponível em: <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml#ap>. Acesso em 04 abr. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA (ASBAI); SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (SBAN). **Guia prático de diagnóstico e tratamento da Alergia às Proteínas do Leite de Vaca mediada pela imunoglobulina E**. Rev. bras. alerg. imunopatol. vol. 35, n. 6, p. 203-233, 2012.

BALEEIRO, A. *apud* MENDES, Sergio. **Administração financeira e orçamentária**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2011.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Apresentação de Celso Lafer. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 7ª reimpressão.

BOSI, M. L.M; UCHIMURA, K.Y. Avaliação de Políticas e Programas em Alimentação e Nutrição. In: TADDEI, J.A.de Aguiar *et al.* **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

BRASIL. Decreto nº 49.974-A, de 21 de Janeiro de 1961. Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 03 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jan. 1961. Seção 1, p. 761. [revogada]

_____. **Decreto n. 68.806, de 25 de junho de 1971**. Institui a Central de Medicamentos (Ceme). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D68806.htm. Acesso em: 26 mai. 2014.

_____. **Decreto nº 72.552 de 30 de Julho de 1973**. Dispõe sobre as Políticas e Diretrizes Gerais do Plano Diretor de Medicamentos e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de jul. 1973. Seção 1.

_____. **V Conferência Nacional da Saúde**. 1975. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf. Acesso em 24 out. 2015.

_____. Ministério da saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS, 1986.

_____. **Constituição Federal**. 1988. São Paulo. Saraiva: 2014.

_____. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 26 mai. 2014.

_____. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 26 mai. 2014.

_____. **Lei 8.666 de 21 de junho de 1993**: Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm. Acesso em: 26 mai. 2014.

_____. **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Promulgação. Brasília: Casa Civil, 1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0591.htm. Acesso em: 04 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria/ANVISA nº 31, de 13 de janeiro de 1998. Aprova o Regulamento Técnico referente a Alimentos Adicionados de Nutrientes Essenciais, constante do anexo desta Portaria. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 1998. Seção 1, p. 4

_____. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 dez. 1999. p.10.

_____. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 63 de 06 de julho de 2000: Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral, constante do Anexo desta Portaria. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 jul. 2000. Seção 1, p. 89.

_____. **11ª Conferência Nacional de Saúde** - O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56p.

_____. **Resolução RDC nº 269, de 22 de setembro de 2005**: O "regulamento técnico sobre a ingestão diária recomendada (idr) de proteína, vitaminas e minerais".

Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 set. 2005. Seção 1, p. 372.

_____. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**: Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em 31 mar. 2015.

_____. **Portaria nº 11.346 de 15 de setembro de 2006**: Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11346.html. Acesso em 31 mar. 2015.

_____. **Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009**: Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2982_26_11_2009_rep.html. Acesso em: 31 mar. 2015

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 114 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p.

_____. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011**: Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm. Acesso em 25 mai. 2015.

_____. Decreto 7.508 de junho de 2011: Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 2011. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 43 de 19 de setembro de 2011: Dispõe sobre o regulamento técnico para fórmulas infantis para lactentes. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set. 2011. Seção 1, p. 90-92.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 44 de 19 de setembro de 2011**: Dispõe sobre o regulamento técnico para fórmulas infantis de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set. 2011. Seção 1, p. 92-94.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 45 de 19 de setembro de 2011: Dispõe sobre o regulamento técnico para fórmulas infantis para lactentes destinadas a necessidades dietoterápicas específicas e fórmulas infantis de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância destinadas a necessidades dietoterápicas específicas. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set. 2011. Seção 1, p. 94-95.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 05 jul. 2015.

_____. **Lei 12.864 de 24 de setembro de 2013**: Altera o caput do Art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm. Acesso em: 05 jul. 2015.

_____. **Portaria nº 199, de 30 de Janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html. Acesso em 30 nov. 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16p.

_____. **Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014:** Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html.

Acesso em: 18 jun. 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 46 de 25 de setembro de 2014: Altera a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 43, de 19 de setembro de 2011, que dispõe sobre o regulamento técnico para fórmulas infantis para lactentes. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 set. 2014. Seção 1, p. 45.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 47 de 25 de setembro de 2014: Altera a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 44, de 19 de setembro de 2011, que dispõe sobre o regulamento técnico para fórmulas infantis de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 set. 2014. Seção 1, p. 45.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 48 de 25 de setembro de 2014: Altera a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 45, de 19 de setembro de 2011, que dispõe sobre o regulamento técnico para fórmulas infantis para lactentes destinadas a necessidades dietoterápicas específicas e fórmulas infantis de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância destinadas a necessidades dietoterápicas específicas. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 set. 2014. Seção 1, p. 45.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Fórmulas nutricionais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 11p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.

BURITY, V. *et al.* **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional.** Brasília: 2010. 204 p.

CHWALS, J. Walter. Terapia nutricional na criança e no recém-nascido em estresse metabólico. *In*: JUNIOR, M. T; LEITE, H.P. **Terapia nutricional no paciente nutricional grave**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

CLANDININ, M. Thomas et al. Growth and development of preterm infants fed infant formulas containing docosahexaenoic acid and arachidonic acid. **The Journal of Pediatrics**, April 2005, volume 146, Issue 4, Pages 461–468. Disponível em: < [http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(04\)01117-5/abstract](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(04)01117-5/abstract)>. Acesso em: 09 nov. 2015.

CNJ. **Recomendação Nº 36 de 12/07/2011**: Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, com vistas a assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde suplementar. DJE/CNJ nº 129/2011, de 14/07/2011, p. 3-4.

Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU. Comentário Geral n.º 12: o direito à alimentação. Genebra: ONU, 1999. Disponível em: <http://www.abrandh.org.br/downloads/Comentario12.pdf>>. Acesso em 18 set. de 2014.

COMISSÃO ESPECIAL DE MONITORAMENTO DE VIOLAÇÃO DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA. Secretaria dos Direitos Humanos. **Relatório anual**. Brasília, 2011. Disponível: <http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/cddph/relatorios/relatorioc.e-alimentacao-adequada>. Acesso em: 16 ago. 2015

DECLARAÇÃO DE VIENA. **Conferência mundial sobre os direitos do homem**, 1993. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/viena/viena.html>. Acesso em 13 dez. 2015.

DOUZINAS, Costas. **O fim dos direitos humanos**. 1ª edição. Rio Grande do Sul: Unisinos, 2009.

FERREIRA, F. P.; STAPE, A. Nutrição enteral. *In*: TORRE, F. P. La et al. **Emergências em Pediatria**: Protocolos da Santa Casa. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2013.

FOLLARI, Roberto A. Interdisciplina e dialética: sobre um mal-entendido. *In*: JANTSCH, Ari Paulo; BIANCHETTI, Lucídio (Org.). **Interdisciplinaridade**. 8ªed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

GARRAFA, Volnei, OSELKA, Gabriel & DINIZ, Débora. Saúde Pública, Bioética e Equidade. **Bioética** (CFM), 5(1): 27-33, 1997.

HOWLETT et al. **Política Pública**: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral. Campus/Elsevier, Rio de Janeiro, 2013.

HUNT, Lynn. **A Invenção dos Direitos Humanos**: uma história. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

INESC. **Orçamento e Direitos**: Construindo um Método de análise do Orçamento à luz dos Direitos Humanos. Brasília, DF: INESC, 2011.

IPEA. **A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano a Alimentação no Brasil**: Documento elaborado para a visita ao Brasil do Relator Especial da Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas sobre Direito a Alimentação. Brasília, 2002. 69 p.

LAFER, Celso. A internacionalização dos direitos humanos: o desafio do direito a ter direitos. In: AGUIAR, Odílio Alves; PINHEIRO, Celso de Moraes; FRANKLIN, Karen (Orgs.). **Filosofia e direitos humanos**. Fortaleza: Editora UFC, 2006, p. 13-32.

LEAO, Marília M; RECINE, Elisabetta. O direito humano à alimentação adequada. In: **Nutrição em Saúde Pública**. TADDEI, José Augusto de Aguiar C. et al (Org.) Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

LEAO, Marília (Org.). **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013. 263p.

LOPES, R. de Almeida; MARTINS, H. S. Diarreia aguda. In: MARTINS, H. S et. Al (Col.). **Emergências clínicas**: abordagem prática. 8ª ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole, 2013.

LUHMANN, Niklas. O paradoxo dos direitos humanos e três formas de seu desdobramento. Tradução, prefácio e notas: Ricardo Henrique Arruda de Paula e Paulo Antônio de Menezes Albuquerque. **Themis**, Fortaleza, v. 3, n 1, p 153-161, 2000.

MAHAM, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **MAHAM & ESCOTT-STUMP: Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 13ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 1227 p.

MENDES, Gilmar Ferreira. **Curso de direito constitucional**. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

MENDES, Gilmar Ferreira. **Curso de direito constitucional**. 10ª ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2015.

MENDES, Sergio. **Administração financeira e orçamentária**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2011

MICHAELLIS. Dicionário de Português Online. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=similar>. Acesso em: 22 Dez. 2015.

MINAYO, M. C. S.. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação** (Online) (Ponta Grossa), v. 10, p. 435-442, 2010.

MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE. LALONDE, Marc. **A new perspective on the health of Canadians**. Canada, 1981. 77 p.

MIQUEL E, Isabel; ARANCIBIA S, M. Eugenia. Alergia a proteína de leite de vaca en el menor de un año. **Rev. chil. pediatr.**, Santiago, v. 83, n. 1, feb. 2012. Disponível em http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000100010&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2015.

MORI, Marcelo; NEUFELD, Clarice Blaj. Alimentação no primeiro ano de vida. In: LA TORRE, F. P. F. et. Al (Coord.). **Emergências em pediatria: protocolos da Santa Casa**. 2ª ed. Barueri, SP: Manole, 2013.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do Milênio**. Lisboa: United Nations Information Centre, 2000.

_____. **Ficha Informativa Sobre Direitos humanos n.º 16: O Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais**, 2004. Disponível em: www.gddc.pt. Acesso em: 12 Dez. 2015.

NELSON, Robert M. Kliegman et al. **Tratado de pediatria**. Vol. 2. 18ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

NEVES, Marcelo. A força simbólica dos Direitos Humanos. **Revista Eletrônica de direito do Estado**. Salvador: Instituto de Direito Público da Bahia, 2005, p. 1-35 (n. 4, out-dez/2005) - versão original: La fuerza simbólica de los derechos humanos. DOXA: Cuadernos de Filosofía del Derecho, n. 27, 2004, p.143-180. p.6

NICHOLS, B. L. Prática da alimentação infantil – parte I. In: CARRAZA, Francisco Roque; MARCONDES, Eduardo. **Nutrição clínica em pediatria**. São Paulo: Sarvier, 1991.

OFICINA EN MÉXICO DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS (OACNUDH). **Políticas Públicas y Presupuestos con Perspectiva de Derechos Humanos**. México, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE (OPS). **Leche materna: primer alimento para campeones**, 2010. 2 p. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5660&Itemid=4075&lang=es. Acesso em 06 Dez. 2015.

PACTO INTERNACIONAL DOS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. Disponível em: <http://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2014.

PEQUENO, Marconi. O sujeito dos direitos humanos. In **Direitos Humanos: Capacitação de educadores**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2008.

PIOVESAN, Flávia. Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional. **Caderno de Direito Constitucional V**. Escola da Magistratura do Tribunal Regional Federal da 4ª região. 2006.

PORTAL DA SAÚDE. Do sanitarismo à municipalização. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>. Acesso em 24 de Out. 2015

RAÓ, Vicente. **O Direito e a Vida dos Direitos**. 6ª ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2004.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009. 182p.

RISSONI, Roberta Machado; TOPOROVSKI, Mauro. Doença diarreica na infância. In: LA TORRE, F. P. F. et. Al (Coord.). **Emergências em pediatria: protocolos da Santa Casa**. 2ª ed. Barueri, SP: Manole, 2013.

ROTHENBURG, Walter Claudius. **Direito constitucional**. São Paulo: Verbatim, 2010.

RUIZ, Castor Bartolomé. Os direitos humanos como direitos do outro. In: FERREIRA, L.G.; ZENAIDE, M.N.T.; PEQUENO, M. (Orgs.). **Direitos Humanos na Educação Superior**. Subsídios para a educação em direitos humanos na filosofia. João Pessoa: UFPB, 2010. p.219 a 220

SAMPAIO, M. M. S. C. Alergia. In: MARCONDES, Eduardo; LIMA, I.N (Orgs.). **Dietas em pediatria clínica**. 3ª ed. São Paulo: Sarvier, 1987.
SARLET, Ingo Wolfgang. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Revista dos Tribunais. 2012.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DO BRASIL. Comissão Especial de monitoramento de violações do direito humano à alimentação adequada. Relatório Anual da Comissão Especial de Monitoramento de Violação do Direito Humano à Alimentação Adequada. Brasília: 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE. Estado do Espírito Santo. Portaria 054-R de 28 de abril de 2010. Institui e homologa os critérios de uso para a dispensação de Fórmulas Infantis e Dietas Enterais de uso adulto e infantil clínico na rede pública estadual de saúde, conforme descrito nos anexo I, II e III da esta Portaria. **Diário Oficial dos Poderes do Estado**, Poder Executivo Vitória, ES, 29 abr. 2010. p. 25-30

SHILS, M. E. et al. **Tratado de Nutrição moderna na Saúde e na Doença**. 9ª ed. São Paulo: Manole Vol. 2, 2003.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros, 2006.

VALDARES, E.R; OLIVEIRA, L.R. Erros inatos do metabolismo. In: **Pediatria ambulatorial**. LEO, Ennio et al (Org.) Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

VERSCHRAEAGEN, Gert. Human Rights and Modern Society: A Sociological Analysis from the Perspective of Systems Theory. **Journal of law and society**, v. 29, n.2, junho 2002, p. 258-281.

TRAHMS, Cristiane M. Nutrição durante a lactância. In: ESCOTT-STUMP, Sylvia; MAHAN, Kathleen L. (Org.). **Alimentos, nutrição & dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2005.

UNESCO. Rede IBFAN Brasil, Projeto I ENSAPI. **Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância**. Organização Mundial de Saúde: 2003.

VALLE, Joyce do; AUGUSTO, A. L. P. Alergia alimentar. In: **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. ACCIOLY, Elizabeth et al. Rio de Janeiro: Cultura médica: Guanabara Koogan, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Centro Colaborador do SUS. PARECER TÉCNICO CIENTÍFICO – PTC 02/2015. **Avaliação comparativa de dietas e suplementos para terapia nutricional**. Minas Gerais, 2015.

WAITZBERG, D.L.; LOGULLO, P. Evolução histórica do cuidado na criança em estresse metabólico. In: JUNIOR, M. T; LEITE, H.P. **Terapia nutricional no paciente pediátrico grave**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

WEIL, Pierre; D' AMBROSIO, Ubiratan; CREMA, Roberto. **Rumo à nova transdisciplinaridade: Sistemas Abertos de Conhecimento**. São Paulo: Summus, 1993.

WORLD ALLERGY ORGANIZATION (WAO), 2005. **World allergy organization lança, em congresso, na Alemanha, o dia 8 de julho como dia mundial da alergia**. Disponível em: <http://www.sbai.org.br/secao.asp?s=51&id=272>. Acesso em 02 nov. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición. **Constitución de la organización mundial de la salud**. Octubre de 2006. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Acesso em 15 mai. 2014

_____. **Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done**. 2009. Disponível em:

[http://www.unicef.org/media/files/Final Diarrhoea Report October 2009 final.pdf](http://www.unicef.org/media/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf).
Acesso em 15 out. 2015.