

Vitória (ES), Quarta-feira, 30 de Abril de 2014.

15

**PORTARIA 030-R DE 29/04/2014**

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 15, inciso I, do Decreto n.º 196-N, de 15 de dezembro de 1971, e tendo em vista o que consta do processo nº 66104203 /2014/SESA,

**CONSIDERANDO**

que o compromisso do Governo do Estado do Espírito Santo, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, é de garantir assistência integral à saúde da população capixaba;

a Portaria SAS/MS nº 110, de 12 de maio de 2010, que institui o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDTMS) de Deficiência de Hormônio do Crescimento (DGH) - Hipopituitarismo, no qual é preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) a realização do teste provocativo para dosagem de Hormônio do Crescimento (GH) como confirmação de diagnóstico, sendo este exame exigido pelo Fluxograma de Dispensação de Somatropina existente neste protocolo;

que atualmente a rede pública estadual de saúde não disponibiliza este tipo de dosagem, sendo necessária a sua implantação para promover o acesso das crianças portadoras de DGH ao tratamento farmacológico necessário, padronizado e normatizado pelo MS;

que a Secretaria de Estado da Saúde, representada pela Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica elaborou e validou os referidos critérios, normas e fluxos;

**RESOLVE**

**Art.1º** - Instituir e homologar os critérios para a realização do teste provocativo no diagnóstico de Deficiência do Hormônio do Crescimento em crianças no Serviço de Referência, conforme descrito no Anexo I a esta Portaria.

**Art.2º** - Instituir as Normas Técnicas e Fluxo Administrativos para a realização deste teste, conforme descrito no Anexo II a esta Portaria.

**Art.3º** - Instituir, conforme os critérios constantes no Anexo I a esta Portaria, que este teste será realizado no Serviço de Referência indicado pela Secretaria de Estado da Saúde, conforme os critérios constantes no Anexo II a esta Portaria.

**Art. 4º** - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Vitória 29 de abril de 2014  
**JOSÉ TADEU MARINO**  
 Secretário de Estado da Saúde

**ANEXO I**

**CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DO TESTE PROVOCATIVO NO DIAGNÓSTICO DE DEFICIÊNCIA DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO EM CRIANÇAS NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA**

**INTRODUÇÃO** <sup>1,2,3,4,5</sup>

Por definição uma criança apresenta baixa estatura quando sua altura é inferior ao percentil 2,5 da população de referência ou quando o escore de desvio padrão da altura para a idade e sexo (Z da altura) é menor ou igual a -2. As crianças que possuem altura dentro da faixa de normalidade, mas com desaceleração do crescimento e/ou altura incompatível com a sua altura familiar, também devem ser avaliadas.

As doenças que envolvem diversos sistemas e comprometem o crescimento de maneira distinta, podem ser responsáveis por desaceleração do crescimento e conseqüente baixa estatura (Ex: variantes do crescimento normal, desnutrição, doenças hormonais, doenças renais, doenças cardíacas, doenças hematológicas, doenças gastrointestinais, doenças respiratórias, doenças imunológicas, doenças congênitas, causas psicossociais ou etiologia idiopática).

A Deficiência do Hormônio do Crescimento (DGH) é uma causa hormonal de baixa estatura e redução da velocidade de crescimento. Pode ser hereditária, por um padrão de herança autossômica dominante, recessiva ou ligada ao cromossomo X, adquirido por mutação genética e, após o parto, por lesão intracraniana, irradiação ou tumores do Sistema Nervoso Central. No adulto a DGH pode estar relacionada à persistência da deficiência iniciada na infância ou pode ser adquirida na vida adulta por lesão intracraniana, irradiação, tumores ou doença inflamatório-infecciosa do Sistema Nervoso Central (SNC). Nesse caso, manifesta-se por mudança da composição corporal, do metabolismo lipídico, diminuição da densidade mineral óssea, disfunção cardiovascular e piora da qualidade de vida.

A DGH pode ocorrer de maneira isolada ou associada à deficiência de outros hormônios hipofisários. A presença de condição predisponente, como a lesão intracraniana ou a irradiação do SNC, assim como a ocorrência de hipoglicemia, icterícia prolongada, micropênis e defeitos de linha média no período neonatal, reforçam a suspeita de DGH e sugerem a deficiência de outros hormônios hipofisários.

O diagnóstico de DGH em crianças requer a realização do teste provocativo para a dosagem do Hormônio do Crescimento (GH). **Em crianças** os testes provocativos envolvem estímulos como a administração de insulina, clonidina, levodopa e glucagon, conforme protocolos específicos. O teste com hipoglicemia insulínica não deve ser realizado em crianças com menos de 20 kg, com história de convulsões ou cardiopatias. Nos casos de suspeita de deficiência isolada de GH, são necessários dois testes provocativos para que se estabeleça o diagnóstico. Em pacientes que apresentam lesão anatômica ou defeitos da região hipotálamohipofisária, história de tratamento com radioterapia e/ou deficiência associada a outros hormônios hipofisários, apenas um teste provocativo é necessário para o diagnóstico.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDTMS) de Deficiência de Hormônio do Crescimento (DGH) - Hipopituitarismo (Portaria SAS/MS nº 110, de 12 de maio de 2010) preconiza a realização do teste provocativo para dosagem de Hormônio do Crescimento (GH) como confirmação de diagnóstico, sendo este exame exigido pelo Fluxograma de Dispensação de Somatropina existente neste protocolo.

Portanto, como se trata de uma exigência do MS, a Secretaria de Estado da Saúde, representada pela Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica, definiu os critérios para realização do teste provocativo no diagnóstico de Deficiência do Hormônio do Crescimento (GH) em crianças.

**CLASSIFICAÇÃO CID 10**

Código	Descrição
E 23.0	Hipopituitarismo

QUADRO 1 - Classificação CID 10  
 Fonte: CID 10, 2013.