



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

PORTARIA CONJUNTA Nº 15, DE 9 DE MAIO DE 2018.

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes
Terapêuticas da Síndrome de Turner.

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE e o SECRETÁRIO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS, no uso das suas atribuições,

Considerando a necessidade de se atualizarem parâmetros sobre a síndrome de Turner no Brasil e diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença;

Considerando que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

Considerando o Registro de Deliberação nº 334/2018 e o Relatório de Recomendação nº 352 - Abril de 2018 da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a atualização da busca e avaliação da literatura; e

Considerando a avaliação técnica do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE/MS), do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) e do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS), resolvem:

Art. 1º Fica aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Síndrome de Turner.

Parágrafo único. O Protocolo objeto deste artigo, que contém o conceito geral da Síndrome de Turner, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, disponível no sítio <http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso de procedimento ou medicamento preconizados para o tratamento da síndrome de Turner.

Art. 3º Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com essa síndrome em todas as etapas descritas no Anexo desta Portaria.

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

Art. 5º Fica revogada a Portaria nº 223/SAS/MS, de 10 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 88, de 11 de maio de 2010, seção 1, páginas 31-32.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

Secretário de Atenção à Saúde

MARCO ANTÔNIO DE ARAÚJO FIREMAN

Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos

Estratégicos

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

SÍNDROME DE TURNER

1. INTRODUÇÃO

A síndrome de Turner é a anormalidade dos cromossomos sexuais mais comum nas mulheres, ocorrendo em 1 a cada 1.500-2.500 crianças do sexo feminino nascidas vivas¹. A constituição cromossômica pode ser ausência de um cromossomo X (cariótipo 45,X), mosaicismo cromossômico (cariótipo 45,X/46,XX), além de outras anomalias estruturais do cromossomo X.

As anormalidades típicas da síndrome de Turner incluem baixa estatura, disgenesia gonadal que leva a um quadro de falha do desenvolvimento puberal e infertilidade, além de uma série de outras alterações fenotípicas como pescoço alado, linha posterior de implantação dos cabelos baixa, fâcies típica, tórax alargado com aumento da distância entre os mamilos, linfedema e cúbito valgo. Associa-se frequentemente a quadros de tireoidite autoimune com ou sem hipotireoidismo, anormalidades renais e cardiovasculares que variam de malformações graves como coarctação de aorta, com grande morbimortalidade, até quadros mais leves como válvula aórtica bicúspide. Alterações auditivas e deficiência cognitiva em algumas atividades, especialmente cálculos e inteligência espacial, são observadas nessa população, embora a inteligência média seja considerada normal²⁻⁵.

Baixa estatura é o achado mais consistente da síndrome de Turner. Caracteristicamente, há retardo leve do crescimento na fase intrauterina, redução progressiva da velocidade de crescimento durante a infância e uma marcada ausência de crescimento na fase puberal⁶. Pacientes com síndrome de Turner não tratada apresentam alturas médias muito inferiores ao limite da normalidade (136 a 147 cm), resultados que variam de acordo com a origem genética familiar⁷.

A identificação da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

Este Protocolo visa a estabelecer os critérios diagnósticos e terapêuticos da síndrome de Turner. A metodologia de busca e avaliação das evidências estão detalhadas no **Apêndice 1**.

2. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- Q96.0 Cariótipo 45,X
- Q96.1 Cariótipo 46,X iso
- Q96.2 Cariótipo 46,X com cromossomo sexual anormal, salvo iso
- Q96.3 Mosaicismo cromossômico, 45, X/46, XX ou XY
- Q96.4 Mosaicismo cromossômico, 45, X/outras linhagens celulares com cromossomo sexual anormal
- Q96.8 Outras variantes da síndrome de Turner

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico clínico da síndrome de Turner inclui as características fenotípicas já descritas, mas a variabilidade do fenótipo pode variar desde baixa estatura isolada até a presença das várias malformações associadas. Dessa forma, o cariótipo é o exame diagnóstico definitivo^{1, 3, 4, 8}. A monossomia do cromossomo X (45X) é a forma mais frequentemente encontrada, mas também confirmam o diagnóstico o isocromossomo Xq, mosaicismos, deleções Xp e cromossomo X em anel, entre outros³.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídas neste Protocolo as pacientes com diagnóstico de síndrome de Turner confirmado por meio de cariótipo e que apresente um dos critérios abaixo:

- idade mínima de 2 anos;

- idade entre 2 e 5 anos: a altura deverá ser inferior ao percentil 5 da altura prevista para a idade, conforme a curva da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁹;
- idade acima de 5 anos: a altura deverá ser inferior ao percentil 5 da altura prevista para a idade, conforme a curva do *National Center for Health Statistics (NCHS) /Center of Disease Control (CDC)* com idade óssea abaixo de 14 anos, estimada por radiografia de mãos e punhos¹⁰;
- função tireoideana basal (TSH, T4 livre) dentro dos limites da normalidade.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídas deste Protocolo para tratamento com somatropina as pacientes que apresentarem pelo menos uma das condições abaixo:

- doença neoplásica maligna ativa;
- anomalias congênitas renais e cardiovasculares graves não corrigidas, que causam instabilidade clínica ou necessidade de internação hospitalar e intervenção cirúrgica.
- doença aguda grave, isto é, que necessite internação e tratamento parenteral ou nada por via oral (NPO) ou tratamento em unidade de terapia intensiva (UTI);
- hipertensão intracraniana benigna;
- retinopatia diabética proliferativa ou pré-proliferativa;
- hipersensibilidade ou intolerância ao medicamento ou a um dos seus componentes.

6. CASOS ESPECIAIS

Em caso de doença aguda grave (com necessidade de internação e tratamento parenteral ou NPO ou tratamento em UTI), o tratamento deverá ser interrompido por 1-2 meses ou até que haja recuperação da paciente. Em caso de doença neoplásica maligna, o tratamento com somatropina somente poderá ser utilizado após liberação documentada por oncologista, decorridos 2 anos do tratamento e remissão completa da doença⁸.

Em caso de anomalias congênitas que necessitem correção cirúrgica, o tratamento deverá ser protelado ou interrompido durante o tempo necessário para que as correções sejam realizadas e a paciente se recupere.

Nos casos de hipotireoidismo, o tratamento com levotiroxina visa a restabelecer a função tireoideana normal e não impede o tratamento com somatropina.

7. TRATAMENTO

A síndrome de Turner tem seu tratamento basicamente centrado nas manifestações clínicas associadas. Entre as condutas adotadas, incluem-se tratamento cirúrgico das malformações associadas (principalmente cardíacas), terapia de reposição com estrogênios (devido à disgenesia gonadal), tratamento do hipotireoidismo, tratamento de doença renal (quando presente), uso de somatropina para promoção do crescimento, indução puberal, suplementação com estrógenos e progestágenos, e aconselhamento genético. Hipoacusia, hipertensão arterial, doenças autoimunes e problemas psicológicos também são comuns e podem requerer tratamento específico^{3-5,11}.

A indução puberal em meninas com insuficiência ovariana é usualmente iniciada entre 11 e 12 anos com baixas doses de estrogênios para não interferir no tratamento com somatropina. Estrógenos conjugados e beta-estradiol micronizado são os estrógenos mais comumente utilizados, embora se possam usar estrógenos transdérmicos (gel ou adesivos). Apresentações orais têm impacto na diminuição do LDL-colesterol a aumento HDL-colesterol, porém estrogênios transdérmicos são considerados opções mais seguras para níveis de glicemia, colesterol e densidade mineral óssea^{5,12,13}. Contudo, as evidências apresentadas na literatura são consideradas fracas¹². Os progestágenos mais usados são a medroxiprogesterona e a progesterona micronizada, iniciados após o sangramento vaginal ou 2 anos após o início dos estrogênios^{4,12}.

Os mecanismos que determinam baixa estatura nas pacientes com síndrome de Turner ainda não foram completamente entendidos, visto não haver deficiência de hormônio de crescimento. Provavelmente o que ocorre é uma falha na resposta à ação desse hormônio combinada com displasia esquelética¹⁴.

A somatropina, forma biossintética do hormônio de crescimento, está disponível desde 1985 e tem sido utilizada no tratamento de diferentes causas de baixa estatura, inclusive síndrome de Turner^{15,16}. Como não há uma deficiência do hormônio, foram estudados os efeitos da administração de doses supra-fisiológicas de

somatropina nas pacientes com essa síndrome. Há evidências de que o uso desse medicamento aumenta significativamente a velocidade de crescimento e a altura final das pacientes. A meta-análise de Baxter et al.¹⁷ identificou quatro ensaios clínicos randomizados¹⁸⁻²³ que incluíram 365 indivíduos com síndrome de Turner tratados com somatropina nas doses de 0,3 a 0,375 mg/kg/semana. Apenas um ensaio clínico descreveu a altura final atingida por 61 mulheres tratadas (148 cm), que foi superior à encontrada em 43 mulheres não tratadas [141 cm, média de diferença de 7 cm, intervalo de confiança de 95% (IC 95% 6-8)]. Os demais estudos avaliaram um período menor de tempo, e demonstraram que existe aumento da velocidade de crescimento após 1 ano (média de 3 cm/ano, IC 95% 2-4) e após 2 anos de tratamento (média de 2 cm/ano, IC 95% 1-2,3). A idade óssea não foi acelerada com o tratamento e os eventos adversos não foram frequentes. Alguns estudos sugerem efeito sinérgico modesto de cerca de 2-5cm com a associação com oxandrolona 0,03 - 0,05 mg/kg/dia se o diagnóstico for tardio e o prognóstico estatural muito baixo. Contudo, há importantes efeitos adversos associados a virilização que precisam ser considerados¹² e faltam evidências para eficácia e segurança para esta associação.

O principal fator preditivo de melhor resposta é a idade de início do tratamento, com melhores resultados quando o início for mais precoce^{14,24,25}, não havendo, entretanto, definição de qual seria a idade ideal para iniciá-lo. Estudos que avaliaram o impacto do tratamento na qualidade de vida e sobre variáveis neuropsicológicas apresentaram resultados controversos²⁶⁻²⁹. Outros estudos sugerem efeito benéfico da somatropina sobre perfil lipídico, pressão arterial, alterações da voz/fala e proporções corporais das pacientes com síndrome de Turner³⁰⁻³².

O conjunto dos estudos sobre uso de somatropina em pacientes com síndrome de Turner apresenta grande variabilidade em termos de protocolo de tratamento, dose, idade de início e administração concomitante de estrógeno ou esteroide anabolizante. A terapia com estrógeno, que deve ser empregada para o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários nas pacientes com a síndrome e hipogonadismo, diminui a resposta à somatropina, portanto o início da terapia com estrógeno deve ser definido de modo a evitar o efeito negativo sobre o crescimento e a proporcionar a indução da puberdade em idade adequada^{11,33-35}.

7.1. FÁRMACOS

- Somatropina: frasco-ampola de 4UI, 12UI, 15UI, 16UI, 18UI, 24UI e 30UI.

Na fórmula de conversão, 1 mg equivale a 3 UI. Há apresentações comerciais com volumes de diluente diferentes para a mesma dose de hormônio, o que deverá ser observado na prescrição e orientação ao paciente.

- Estrógenos conjugados: comprimidos de 0,3 mg.
- Medroxiprogesterona: comprimidos de 10 mg.

7.2. ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

Somatropina: 0,135-0,15 UI/kg/dia (0,045-0,050 mg/kg/dia ou 0,3 a 0,375 mg/kg/semana) administrados via subcutânea, à noite, 6-7 vezes/semana^{12,36}. Excepcionalmente doses de até 0,2 U/Kg/dia podem ser prescritas em casos de baixa velocidade de crescimento e comprometimento da altura final, mantidos níveis de IGF-1 dentro dos valores de normalidade (idealmente menores de +2dp da média para idade)¹².

Estrógenos conjugados: inicialmente 0,3 mg/dia por via oral em dias alternados (1/10 a 1/8 da dose de adulto)³⁷. As doses são lenta e progressivamente elevadas a cada 4-6 meses ao longo de 2 a 4 anos, até as doses habituais para as adultas chegando a 1,25-2,5 mg, observando-se o efeito na indução puberal sem prejuízo para o crescimento.

Medroxiprogesterona: 5-10 mg dos dias 20-30 de ciclo mensal.

7.3. TEMPO DE TRATAMENTO – CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

O tratamento com somatropina deverá ser interrompido nas seguintes situações¹⁸:

- falha de reposta ao tratamento, definida como aumento da velocidade de crescimento no primeiro ano de tratamento inferior a 50% da velocidade de crescimento prévia ou como velocidade de crescimento menor do que 2 cm/ano, desde que a paciente esteja em vigência de, ao menos, um ano de tratamento efetivo;
 - idade óssea igual ou superior a 14 anos, de acordo com idade óssea estimada por radiografia de mãos e punhos¹².
 - velocidade de crescimento inferior a 2 cm/ano¹².
- A terapêutica com estrogênios deve ser mantida na vida adulta após ajuste progressivo da dose^{4,11,12,37}.

7.4. BENEFÍCIOS ESPERADOS

- Aumento da velocidade de crescimento e da altura final.

8. MONITORIZAÇÃO

A monitorização do tratamento com somatropina deverá ser realizada a partir de consultas clínicas com aferição das medidas antropométricas a cada 3-6 meses. A resposta ao tratamento deve ser acompanhada pelas curvas de crescimento já citadas, preferencialmente também pela curva de altura de Lyon, específica para síndrome de Turner (**Anexo 1**)³⁸. Exames laboratoriais para avaliação da glicemia de jejum e função tireoidiana (TSH) e exame radiológico para avaliação da idade óssea devem ser realizados anualmente³⁹. No caso de glicemia acima do limite da normalidade, deve-se considerar a redução da dose de somatropina, e no caso de hipotireoidismo (TSH > 10 mUI/L) recomenda-se o tratamento desta situação clínica.

O exame complementar da somatomedina-C ou fator de crescimento insulina símile 1 (IGF-1) deve ser realizado anualmente e sempre que houver necessidade de alteração de dose, visto que essa molécula é um marcador da adesão ao tratamento com somatropina e um dos parâmetros para ajuste da dose deste medicamento. Idealmente, devem-se buscar os valores normais^{12,40}. Na presença de níveis elevados de somatomedina-C (ou IGF-1), a dose de somatropina deve ser reduzida; se os níveis estiverem diminuídos, deve-se, inicialmente, verificar a adesão da paciente ao tratamento e, somente se ela for satisfatória, aumentar a dose do medicamento. Em casos de boa adesão ao tratamento, mas níveis de somatomedina-C (ou IGF-1) baixos para a idade óssea e velocidade de crescimento aquém do desejado, recomenda-se ajuste de dose para o peso até 0,15 UI/kg/dia, visando a níveis satisfatórios e seguros de somatomedina C (ou IGF-1) e aumento da velocidade de crescimento.

A somatropina é um medicamento seguro, com raros efeitos adversos graves. Deve-se atentar para o risco de desenvolvimento de intolerância à glicose, hipotireoidismo e hipertensão intracraniana benigna⁴¹. Outros eventos associados ao uso de somatropina em pacientes com síndrome de Turner incluem escoliose, deslizamento da epífise femoral e pancreatite, sendo que a associação com o desenvolvimento de neoplasias e com dissecação/ruptura de aorta permanece controversa^{42,43}.

A monitorização para o tratamento de indução puberal se realiza através do exame clínico de evolução do estágio de Tanner das mamas (**Anexo 1**) a cada 4-6 meses até a observação aquisição da mama adulta^{44,45}, preferencialmente coincidindo com a finalização do tratamento para crescimento. Diferente do tratamento com somatropina, a terapêutica com estrogênios deve ser mantida na vida adulta para garantia da aquisição da massa óssea¹².

9. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes constantes neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das doses prescritas e dispensadas, a adequação de uso do medicamento e os critérios de interrupção do tratamento.

É preferível que as pacientes sejam atendidas por médicos especialistas em endocrinologia ou endocrinologia pediátrica e que sejam monitorizados os efeitos adversos e benefícios a longo prazo em serviços especializados.

Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

10. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

Deve-se cientificar o paciente, ou seu responsável legal, sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos preconizados neste Protocolo, levando-se em consideração as informações contidas no TER.

11. REFERÊNCIAS

1. Saenger P. Turner's syndrome. *N Engl J Med.* 1996;335(23):1749-54.
2. Nussbaum R, McInnes R, Willand H. Thompson & Thompson Genetics in Medicine. 6th. ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2001.
3. Ranke MB. Why Treat girls with Turner Syndrome with Growth Hormone? *Growth and Beyond. Pediatr Endocrinol Rev.* 2015;12(4):356-65.
4. Gonzalez L, Witchel SF. The patient with Turner syndrome: puberty and medical management concerns. *Fertil Steril.* 2012; 98(4):780-6.
5. Pinsker JE. Clinical review: Turner syndrome: updating the paradigm of clinical care. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97(6):E994-1003.
6. Saenger P, Wikland KA, Conway GS, Davenport M, Gravholt CH, Hintz R, et al. Recommendations for the diagnosis and management of Turner syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001;86(7):3061-9.
7. Rochiccioli P, David M, Malpuech G, Colle M, Limal JM, Battin J, et al. Study of final height in Turner's syndrome: ethnic and genetic influences. *Acta Paediatr.* 1994;83(3):305-8.
8. Guidelines for the use of growth hormone in children with short stature. A report by the Drug and Therapeutics Committee of the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. *J Pediatr.* 1995;127(6):857-67.
9. World Health Organization. The WHO Child Growth Standards [Internet]. WHO; 2016 [acesso em 29/02/2016]. Disponível em <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>.
10. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Growth Charts [Internet]. Atlanta: CDC; 2010. [acesso em 29/02/2016]. Disponível em: http://www.cdc.gov/growthcharts/cdc_charts.htm.
11. Saenger P. Management of Turner syndrome (gonadal dysgenesis) [Internet]. UpToDate; 2014. [acesso em 29/02/2016]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-turner-syndrome-gonadal-dysgenesis>.
12. Gravholt CH, Andersen NH, Conway GS, Dekkers OM, Geffner ME, Klein KO et al. On behalf of the International Turner Syndrome Consensus Group. Clinical practice guidelines for the care of girls and women with Turner syndrome: proceedings from the 2016 Cincinnati International Turner Syndrome Meeting. *European Journal of Endocrinology* (2017) 177, G1–G70
13. Zaiem F, Alahdab F, Nofal AA, Murad MH, Javed A. Oral versus transdermal estrogen in turner syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine Practice*: April 2017, Vol. 23, No. 4, pp. 408-421.
14. Gault E, Donaldson M. Efficacy of growth hormone therapy in Turner's Syndrome [Internet]. Bristol: BSPED; 2003 [acesso em 10/12/2009]. Disponível em: <http://bspe.shf.ac.uk2003>.
15. Cave C, Bryant J, Milne R. Recombinant growth hormone in children and adolescents with Turner's syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(3):CD003887.
16. Gharib H, Cook DM, Saenger PH, Bengtsson BA, Feld S, Nippoldt TB, et al. American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for growth hormone use in adults and children--2003 update. *Endocr Pract.* 2003;9(1):64-76.
17. Baxter L, Bryant J, Cave CB, Milne R. Recombinant growth hormone for children and adolescents with Turner syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(1):CD003887.
18. Canadian Growth Hormone Advisory Committee. Growth hormone treatment to final height in Turner Syndrome: A randomized controlled trial. *Horm Res.* 1998;50:25.
19. Stephure DK, Holland FJ, Alexander D, Bailey J, Best T, Boulton BC, et al. Human growth hormone and low dose ethinyl estradiol treatment in Turner syndrome: a prospective randomized controlled trial to final height. In: Hibi I, Takano K, editors. *Basic and clinical approach to Turner syndrome.* Amsterdam: Elsevier Science Publishers; 1993. p. 287-91.
20. Stephure DK. Impact of growth hormone supplementation on adult height in turner syndrome: results of the Canadian randomized controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005;90(6):3360-6.
21. Rosenfeld RG. Acceleration of growth in Turner syndrome patients treated with growth hormone: summary of three-year results. *J Endocrinol Invest.* 1989;12(8 Suppl 3):49-51.
22. Kollmann F, Damm M, Reinhardt D, Stover B, Heirich U, Brendel L, et al. Growth-promoting effects of human recombinant growth hormone in subjects with Ullrich-Turner syndrome (UTS). In: Ranke MB, Rosenfeld RG, editors. *Turner Syndrome: Growth Promoting Therapies.* Vol. 924. Amsterdam: Elsevier Science Publishers B.V.; 1991. p. 201-7.
23. Quigley CA, Crowe BJ, Anglin DG, Chipman JJ. Growth hormone and low dose estrogen in Turner syndrome: results of a United States multi-center trial to near-final height. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87(5):2033-41.

24. Davenport ML, Crowe BJ, Travers SH, Rubin K, Ross JL, Fechner PY, et al. Growth hormone treatment of early growth failure in toddlers with Turner syndrome: a randomized, controlled, multicenter trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007;92(9):3406-16.
25. Linglart A, Cabrol S, Berlier P, Stuckens C, Wagner K, de Kerdanet M, et al. Growth hormone treatment before the age of 4 years prevents short stature in young girls with Turner syndrome. *Eur J Endocrinol.* 2011;164(6):891-7.
26. Rovet J, Holland J. Psychological aspects of the Canadian randomized controlled trial of human growth hormone and low-dose ethinyl oestradiol in children with Turner syndrome. The Canadian Growth Hormone Advisory Group. *Horm Res.* 1993;39 Suppl 2:60-4.
27. Ross JL, Feuillan P, Kushner H, Roeltgen D, Cutler GB. Absence of growth hormone effects on cognitive function in girls with Turner syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 1997;82(6):1814-7.
28. van Pareren YK, Duivenvoorden HJ, Slijper FM, Koot HM, Drop SL, de Muinck Keizer-Schrama SM. Psychosocial functioning after discontinuation of long-term growth hormone treatment in girls with Turner syndrome. *Horm Res.* 2005;63(5):238-44.
29. Carel JC, Elie C, Ecosse E, Tauber M, Léger J, Cabrol S, et al. Self-esteem and social adjustment in young women with Turner syndrome--influence of pubertal management and sexuality: population-based cohort study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;91(8):2972-9.
30. Bannink EM, van der Palen RL, Mulder PG, de Muinck Keizer-Schrama SM. Long-term follow-up of GH-treated girls with Turner syndrome: metabolic consequences. *Horm Res.* 2009;71(6):343-9.
31. Bannink EM, van der Palen RL, Mulder PG, de Muinck Keizer-Schrama SM. Long-term follow-up of GH-treated girls with Turner syndrome: BMI, blood pressure, body proportions. *Horm Res.* 2009;71(6):336-42.
32. Andersson-Wallgren G, Ohlsson AC, Albertsson-Wikland K, Barrenäs ML. Growth promoting treatment normalizes speech frequency in Turner syndrome. *Laryngoscope.* 2008;118(6):1125-30.
33. Chernausek SD, Attie KM, Cara JF, Rosenfeld RG, Frane J. Growth hormone therapy of Turner syndrome: the impact of age of estrogen replacement on final height. Genentech, Inc., Collaborative Study Group. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000;85(7):2439-45.
34. van Pareren YK, de Muinck Keizer-Schrama SM, Stijnen T, Sas TC, Jansen M, Otten BJ, et al. Final height in girls with Turner syndrome after long-term growth hormone treatment in three dosages and low dose estrogens. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88(3):1119-25.
35. Ross JL, Quigley CA, Cao D, Feuillan P, Kowal K, Chipman JJ, et al. Growth hormone plus childhood low-dose estrogen in Turner's syndrome. *Obstet Gynecol Surv.* 2011;66(8):486-7.
36. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of human growth hormone (somatropin) in children with growth failure. Technology Appraisal Guidance No. 42 [Internet]. Londres; 2002 [acesso em 21/05/2010] Disponível em: www.nice.org.uk/nicemedia/live/11458/32368/32368.pdf.
37. Bondy CA. Care of girls and women with Turner syndrome: a guideline of the Turner Syndrome Study Group. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007;92(1):10-25.
38. Lyon AJ, Preece MA, Grant DB. Growth curve for girls with Turner syndrome. *Arch Dis Child.* 1985;60(10):932-5.
39. Bettendorf M, Doerr H, Hauffa BP, Lindberg A, Mehls O, Partsch CJ. Prevalence of autoantibodies associated with thyroid and celiac disease in Ullrich-Turner syndrome in relation to adult height after growth hormone treatment. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2006;19(2):149-54.
40. Cutfield W, Lundgren F. Insulin-like growth factor I and growth responses during the first year of growth hormone treatment in KIGS patients with idiopathic growth hormone deficiency, acquired growth hormone deficiency, Turner syndrome and born small for gestational age. *Horm Res.* 2009;39-45.
41. Drug Facts and Comparisons 2002. 56 ed. St Louis: Facts and Comparisons; 2002.
42. Bolar K, Hoffman AR, Maneatis T, Lippe B. Long-term safety of recombinant human growth hormone in Turner syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93(2):344-51.
43. van den Berg J, Bannink EM, Wielopolski PA, Pattynama PM, de Muinck Keizer-Schrama SM, Helbing WA. Aortic distensibility and dimensions and the effects of growth hormone treatment in the Turner syndrome. *Am J Cardiol.* 2006;97(11):1644-9.
44. Tanner JM. Growth at adolescence. 2nd ed. Oxford: Blackwell field, IL: Charles C Thomas; 1962.
45. Carel JC, Léger J. Clinical practice. Precocious puberty. *N Engl J Med.* 2008;358(22):2366-77.
46. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde. Torna pública a decisão de incorporar as apresentações do medicamento somatropina, nas concentrações de 15UI, 16UI, 18UI, 24UI e 30UI, para o tratamento da Síndrome de Turner e Deficiência do Hormônio do Crescimento-Hipopituitarismo no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Portaria nº 47, de 1 de novembro de 2017.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Estrogênios conjugados, medroxiprogesterona e somatropina.

Eu, _____ (nome da paciente), declaro ter sido informada claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **estrogênios conjugados, medroxiprogesterona e somatropina**, indicados para o tratamento da síndrome de Turner.

Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informada de que o medicamento que passo a receber pode trazer o benefício do aumento da altura e velocidade de crescimento.

Fui também claramente informada a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- **estrogênios conjugados e medroxiprogesterona:** medicamentos classificados na gestação como fator de risco X (seu uso é contraindicado para gestantes ou para mulheres planejando engravidar);

- **somatropina:** medicamento classificado na gestação como categoria C quando utilizado no primeiro e segundo trimestres de gestação (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, mas não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos);

- **efeitos adversos dos estrogênios conjugados:** coceira, dor na barriga, gases intestinais, candidíase vaginal, sangramento urinário e uterino; inflamação na vagina, fraqueza; câibras nas pernas

- **efeitos adversos da medroxiprogesterona:** sangramento uterino, corrimento vaginal, dor de cabeça, náusea, depressão, insônia, nervosismo, tontura, alopecia, acne, urticária, prurido, aumento de peso, fadiga, dor e sensibilidade nas mamas, entre outros.

- **efeitos adversos da somatropina:** reações no local da injeção, como dor, inchaço e inflamação. Algumas reações mais raras incluem dor de cabeça, dor nos músculos, fraqueza, aumento da glicose no sangue, resistência à insulina, dor no quadril e/ou nos joelhos, leucemia e hipotireoidismo;

- os medicamentos estão contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao fármaco;

Estou ciente de que estes medicamentos somente podem ser utilizados por mim, comprometendo-me a devolvê-los caso não queira ou não possa utilizá-los ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser assistida, inclusive se desistir de usar os medicamentos.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

() estrogênios conjugados

() medroxiprogesterona

() somatropina

Local:	Data:
Nome do paciente:	
Cartão Nacional de Saúde:	
Nome do responsável legal:	

Documento de identificação do responsável legal:

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Médico Responsável:

CRM:

UF:

Assinatura e carimbo do médico

Data: _____

NOTA: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos referidos.

APÊNDICE 1

METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Foi realizada uma revisão de literatura com pesquisa nas bases de dados MEDLINE/PubMed e Embase usando a estratégia de busca “turner syndrome”[mesh] AND “growth hormone”[mesh] AND “drug therapy”[mesh] e utilizando como limites: tipo de estudo, ensaios clínicos, metanálises, ensaios clínicos randomizados. Foram identificados 40 artigos, excluídos os duplicados, sendo que 22 preencheram os critérios de inclusão neste protocolo.

Foram também utilizados para elaboração do protocolo o UpToDate versão 17.2, livros texto e artigos não indexados.

Em 29/02/2016 foi realizada atualização da busca na literatura.

Na base MEDLINE/PubMed foi utilizada a estratégia de busca “(“Turner Syndrome”[Mesh]) AND “Therapeutics”[Mesh] com os seguintes filtros Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, Meta-Analysis, Systematic Reviews, Publication date from 2009/01/01, Humans, English, Spanish, Portuguese” e foram localizadas 30 referências. Dessas, três foram selecionadas para avaliação na íntegra.

Na base Embase, com a estratégia “‘turner syndrome’/exp AND ‘therapy’/exp AND ([cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [controlled clinical trial]/lim OR [randomized controlled trial]/lim OR [meta analysis]/lim) AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim) AND [humans]/lim AND [2009-2016]/py”, foram localizados 64 estudos. Desses, quatro foram selecionados.

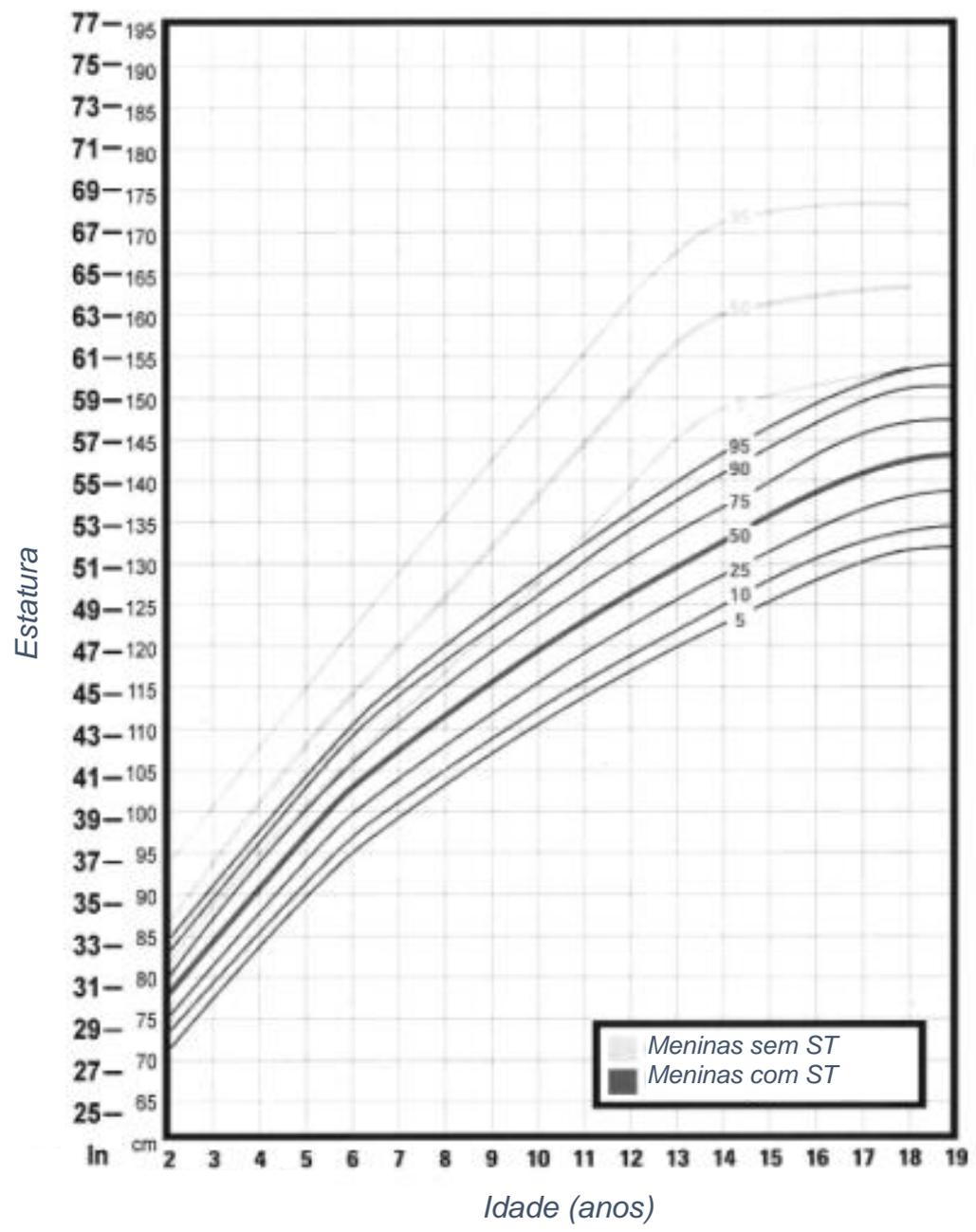
Na biblioteca Cochrane, com a estratégia “Turner Syndrome” in Title, Abstract, Keywords, Publication Year from 2009 to 2016 in Cochrane Reviews”, foi localizada uma revisão sistemática da Cochrane, a qual não foi selecionada.

Foram excluídos estudos avaliando desfechos não clínicos ou procedimentos cirúrgicos, estudos com delineamento aberto, sobre medicina reprodutiva, bem como estudos avaliando terapias não disponíveis no Brasil. Foi ainda consultado o capítulo atualizado da base eletrônica UpToDate versão 19.3 sobre o tema.

Também foram artigos de conhecimento dos autores, sendo que a atualização da busca resultou na inclusão de 9 novas referências.

Em 01/11/2017, após a publicação da incorporação das apresentações de 15UI, 16UI, 18UI, 24UI e 30UI de somatropina⁴⁶, o texto foi revisado e 4 referências incluídas no PCDT.

ANEXO 1 - Curva de crescimento da síndrome de Turner. Adaptado de Lyon³⁸



ANEXO 2

CRITÉRIOS DE TANNER PARA EVOLUÇÃO DAS MAMAS
(Adaptado de Tanner⁴⁴, Carel & Léger J⁴⁵)

Meninas - Desenvolvimento Mamário

