



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 138/2020**

Vitória, 24 de janeiro de 2020

Processo n° [REDACTED]  
[REDACTED] impetrado por  
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública de Linhares-ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dr<sup>a</sup>. Cassia Jorge Tristão Guedes, sobre o procedimento: **Transferência hospitalar para leito de endocrinologia para acompanhamento e tratamento cirúrgico de adrenalectomia.**

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com o Termo de Reclamação, a Requerente, de 40 anos, está internada no Hospital Geral de Linhares (HGL) desde 02/12/2019, sendo diagnosticada com obesidade mórbida secundária, portadora de Síndrome de Cushing, infecção de parede abdominal e hipertensão arterial, já avaliada e tratada em vários hospitais. Tendo necessidade com urgência de transferência para hospital especializado para tratamento com endocrinologista, sendo indicado adrenalectomia. Pelo exposto, recorre a via judicial para conseguir a transferência.
2. Às fls. 18 consta relatório médico para judicialização do acesso à saúde, emitido em 10/01/2020 pela Dr<sup>a</sup> Georgia V. Modenezi, CRM ES 13950, onde descreve paciente obesa mórbida com indicação pelo endocrinologista de adrenalectomia. Já avaliada e tratada em vários hospitais. Com hipótese diagnóstica de Síndrome de Cushing, CID10: E24.8. Solicita transferência para hospital especializado em endocrinologia + cirurgia.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

3. Às fls. 21 a 28 consta espelho de solicitação para transferência, emitido em 16/12/2019, descrevendo paciente 40 anos, com obesidade mórbida, portadora da Síndrome de Cushing, admitida nesta instituição por apresentar infecção de parede abdominal em tratamento com antibioticoterapia (ciprofloxacino + vancomicina) + curativo local. Já avaliada por vários especialistas para investigação da obesidade. Já esteve internada no Instituto Estadual do Cérebro no RJ em dezembro de 2018, recebendo alta em 15/12/18, para acompanhamento com endocrinologista com indicação de adrenalectomia. Última evolução encontrada é do dia 08/01/2020 referindo que no momento paciente em regular estado geral, lúcida e orientada no tempo e no espaço, verbaliza, estável, apresenta cansaço aos esforços, em uso de O2 sob cateter tipo óculos, afebril, normotensa, dieta via oral, eliminações fisiológicas presentes e espontânea. Relata ser hipertensa, faz uso de medicação em domicílio (losartana e captopril), nega alergia. Necessitando de leito para acompanhamento com endócrino e avaliação cirúrgica para possível adrenalectomia.
4. Às fls. 29 consta sumário de alta hospitalar, em papel timbrado do Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer, emitido em 15/12/2018 pelo Dr. Lucas Caldeira Michietto, CRM RJ 52-0110952-9, descrevendo paciente proveniente do ambulatório de neuroendócrino, com história de ganho de peso importante (70kg), fraqueza muscular e aparecimento de estrias abdominais nos últimos 2 anos. Foi diagnosticada com Síndrome de Cushing sem identificação de foco até o momento. Apresenta estrabismo divergente (já prévio - sic), mobilizando os 4 membros, abdome obeso e de difícil examinação, membros inferiores com edemas importantes e cicatrizes de erisipela crônica. Realizou cateterismo de seio petroso, sem intercorrências, em 05/12/2018. Seguirá em acompanhamento com endocrinologista e programação de Adrenalectomia. Com diagnóstico de Síndrome de Cushing.
5. Às fls. 30 a 33 consta relatório, emitido por Alini Linhares F. Bitti em dezembro de 2015, apresentando vários exames com elevação de ACTH, potássio baixo e cortisol elevado. Consta informação de que a RNM de sela turca, de 11/11/15, evidenciou pequeno infradesnivelamento do assoalho selar à direita, sem evidenciar lesões.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

Hipófise com configuração, volume e intensidade de sinal normais, homoganeamente impregnado pelo contraste. RNM compatível com normalidade. (o exame foi revisto por outros 2 radiologistas, que excluíram a presença de adenoma hipofisário). Impressão diagnóstica: - Hipertensão arterial; Pré-diabetes; Obesidade centrípeta, mialgia proximal, moom facies, estrias largas e violáceas; Elevação do ACTH + não supressão do cortisol com 1 mg de dexta; hipocalcemia => Síndrome de Cushing ACTH-dependente.

6. Às fls. 24 consta laudo médico, emitido em 08/01/2020, carimbo ilegível, descrevendo quadro clínico da Requerente/paciente, e refere aguardar central de vagas para transferência hospitalar.

## II- ANÁLISE

### DA LEGISLAÇÃO:

1. A **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. Em seu Anexo II , item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
2. A **Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro - Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Parágrafo Segundo - Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

## **DA PATOLOGIA**

1. A **Síndrome De Cushing (SC)** pode ser dividida em dois grandes grupos segundo a sua etiologia: ACTH(corticotrofina)-dependente e ACTH-independente. A SC exógena ou iatrogênica é considerada a causa mais comum devido à vasta utilização de glicocorticóides (GC) sintéticos pela população e se encontra dentre as causas ACTH-independentes. É descrita a SC ACTH-dependente iatrogênica que está relacionada à administração de ACTH exógeno, o que representa menos de 1% de causas de SC de origem factícia. O acetato de megestrol e seu agente relacionado medroxiprogesterona são progestógenos utilizados no manejo da caquexia da SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida) e no tratamento de neoplasias da mama e próstata. Embora não sejam considerados GC, podem apresentar efeito GC quando utilizados em altas doses e inibir o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) causando SC e insuficiência adrenal quando interrompidos de maneira abrupta .
2. Algumas características devem chamar atenção sempre que presentes, principalmente em pacientes com diabetes ou obesidade, tais como fraqueza muscular proximal, atrofia cutânea, fragilidade capilar, estrias violáceas, fâcies arredondada e pletórica, acúmulo central de gordura, principalmente em fossa supraclavicular e região cervical posterior acne, hirsutismo e pele atrófica. Quando há suspeita clínica de Síndrome de Cushing, devemos caracterizar a presença ou não do estado de hipercortisolismo – diagnóstico sindrômico, e caso a suspeita seja confirmada, inicia-se a investigação do diagnóstico etiológico.
3. O diagnóstico da SC envolve a confirmação do hipercortisolismo e a investigação do



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

seu fator causal. Neste contexto, é fundamental a exclusão da SC decorrente do uso de glicocorticóides, incluindo preparações tópicas, colírios e gotas nasais, frequentemente omitidas pelos pacientes. Classicamente, os adenomas hipofisários secretores de ACTH (doença de Cushing) são a causa mais comum da SC endógena (cerca de 70% dos casos), seguida das patologias adrenais (tumores ou, mais raramente, hiperplasia adrenal bilateral) e a síndrome do ACTH ectópico (SAE).

4. Para a confirmação do hipercortisolismo, os exames mais utilizados são os testes de supressão com doses baixas de dexametasona (LDDST), a dosagem do cortisol livre urinário (UFC) e a determinação do cortisol (sérico ou salivar) entre 23 horas e meia-noite. Todos estão sujeitos a resultados falso-positivos e falso-negativos, e nenhum isoladamente permite uma distinção plena entre indivíduos com SC e aqueles com obesidade ou os chamados estados de pseudo-Cushing (por exemplo: ansiedade crônica, depressão e alcoolismo).
5. A SC não ACTH-dependente, resultante sobretudo de tumores adrenais, é aquela cujo diagnóstico e tratamento geralmente são os menos complicados. O ACTH tipicamente está suprimido e a imagem tumoral é facilmente detectável pela tomografia computadorizada. A maior dificuldade reside na distinção entre a DC e a SAE. Mesmo em serviços de referência, a despeito da disponibilidade de recursos diagnósticos ilimitados, a fonte do excesso de ACTH pode permanecer obscura. As razões para essas dificuldades são diversas e incluem o tamanho diminuto dos corticotropinomas e de muitos tumores carcinoides brônquicos secretores de ACTH, os incidentalomas hipofisários e os casos de hipercortisolismo cíclico. Além disso, os achados clínicos e laboratoriais podem ser idênticos em pacientes com DC ou com tumores carcinoides secretores de ACTH.
6. Na diferenciação entre DC e SAE, os exames mais usados são o teste de supressão com doses altas de DMS (HDDST), o teste de estímulo com o hormônio liberador da corticotrofina (CRH) ou a desmopressina (1-deamino-8-D-arginina vasopressina ou DDAVP), os estudos de imagem e o cateterismo bilateral do seio petroso inferior



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

(CBSPI). Supressão do cortisol sérico ou do UFC > 50% no HDDST, bem como incremento do ACTH  $\geq$  35% e/ou aumento do cortisol  $\geq$  20% após estímulo com CRH ovino ou DDAVP, são indicativos da doença de Cushing. Contudo, exceções a essa regra não são raras, principalmente com o HDDST. O ACTH plasmático tipicamente encontra-se normal ou elevado na DC e elevado na SAE, mas há grande superposição nos níveis desse hormônio. A ressonância magnética permite a visualização de cerca de 60% dos corticotropinomas, cujo diâmetro médio é de 5,6 mm. O Cateterismo bilateral do seio petroso inferior (CBSPI) tem sido considerado o exame mais acurado na distinção entre DC e SAE. O CBSPI é um procedimento invasivo que requer um radiologista habilitado e experiente com o método, e pode raramente se acompanhar de complicações neurológicas ou tromboembólicas. O CBSPI, que nem sempre é conseguido devido a dificuldades técnicas, tem sua maior indicação nos casos em que a avaliação hormonal e os exames de imagem são discordantes

### **DO TRATAMENTO**

1. A cirurgia hipofisária é o tratamento de escolha para a doença de Cushing (DC). É realizada geralmente por via transesfenoidal (abordagem microscópica ou endoscópica), mesmo nos casos de macroadenomas, sendo reservada a via transcraniana para casos específicos com tumores inacessíveis a via transesfenoidal. De um modo geral, não é realizado tratamento medicamentoso de rotina objetivando a redução do cortisol no pré-operatório, sendo preferível a cirurgia o mais precoce possível. Por outro lado, é sempre realizado vigoroso tratamento pré-operatório das morbidades associadas, especialmente da HAS e DM, além do tratamento da hipocalcemia, dislipidemia, hipovitaminoses (D, B12) entre outras com o objetivo de melhorar as condições clínicas para a cirurgia.
2. Após falha cirúrgica inicial, normalmente é instituído um tratamento medicamentoso. Os medicamentos são classicamente divididos em três classes: medicamentos com ação no tumor corticotrófico, inibidores da esteroidogênese adrenal e antagonista do



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

receptor do cortisol. As duas primeiras classes são compostas por vários medicamentos, alguns em uso e vários outros não disponíveis ou em pesquisa, refletindo a dificuldade do controle do cortisol nos pacientes com DC, não existindo um tratamento ideal. Entretanto, a cabergolina e o cetozonazol são os dois medicamentos mais utilizados difusamente.

3. Outra opção de tratamento é a radioterapia hipofisária, especialmente naqueles casos com invasão parasselar (seios cavernosos). Atualmente, é praticamente somente realizada por técnica estereotáxica, fracionada ou em dose única. O efeito pode começar aos 6 meses, mas normalmente começa em torno de 12-18 meses, aumentando com o tempo de seguimento. Ocorre controle do cortisol urinário em cerca de dois terços dos casos. Ressalta-se aqui que radioterapia é uma modalidade combinada ao tratamento medicamentoso.
4. Por último, pode ser indicada a **adrenalectomia bilateral**. É uma modalidade menos utilizada mas ainda com um papel relevante. É indicada naqueles casos refratários aos outros tratamentos, em casos severos onde o controle do hipercortisolismo se faz rápido e pode ser uma opção em mulheres que desejam manter a fertilidade. Atualmente é feita basicamente por via laparoscópica diminuindo em muito as complicações pós-operatórias. Os dois grandes inconvenientes desta modalidade são a necessidade contínua de reposição de glicocorticóide e a possibilidade de progressão corticotrófica tumoral (síndrome de Nelson) em torno de 20% dos casos.

### **DO PLEITO**

1. **Transferência hospitalar para acompanhamento endocrinológico e tratamento cirúrgico de adrenalectomia.**



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

### **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. No presente caso, a Requerente apresenta obesidade mórbida secundária, portadora de Síndrome de Cushing, diabetes mellitus e hipertensão arterial, já avaliada e tratada em vários hospitais. Solicita com urgência transferência para hospital especializado para acompanhamento com endocrinologista, e avaliação cirúrgica para adrenalectomia, já indicada anteriormente por médico assistente.
2. A consulta com endocrinologista: Procedimento oferecido pelo SUS, sob o código 03.01.01.007-2/225155 – médico endocrinologista e metabologista, sendo considerado de média Complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP); quanto ao procedimento de cirurgia de supradrenal temos os seguintes códigos: 04.02.02.001-4 - suprarrenalectomia bilateral; 04.02.02.002-2 - suprarrenalectomia unilateral, ambos de média complexidade, podendo ser feitos pela cirurgia geral referentes a outros transtornos adrenogenitais, hiperaldosteronismo primário ou hiperfunção adrenomedular, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).
3. A última avaliação da paciente data de 08/01/2020. Não constam resultados de exames atuais que demonstrem uma descompensação da Síndrome de Cushing que justifique uma transferência imediata para hospital com leito de endocrinologia para melhor avaliação. O que consta nos espelhos evolutivos é que a paciente internou com uma infecção de parede e que possui várias comorbidades sendo a principal a Síndrome de Cushing que ocasionou a obesidade mórbida apresentada.
4. Assim, este NAT conclui que caso a Requerente apresente descompensação aguda, como por exemplo queda acentuada do potássio, que não consiga de forma alguma compensar no hospital em que se encontra internada, a transferência para hospital com leito clínico/endocrinologia está indicada. Caso contrário o acompanhamento é ambulatorial com agendamento da cirurgia a partir do ambulatório. Caso o motivo da solicitação de transferência seja a dificuldade do hospital em tratar a infecção/ferida





## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

de parede, com piora do quadro, a transferência também estaria indicada, neste caso para um leito cirúrgico.

5. **Sem maiores dados, isto é, sem as informações acima, o NAT não tem como se posicionar de forma mais efetiva.**
6. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.



### **REFERENCIAS**

Romanholi, Daniella J.P.C et al; Síndrome de Cushing Exógena e Retirada de Glicocorticóides; Arq Bras Endocrinol Metab 2007;51/8; disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v51n8/12.pdf>

Vilar, Lúcio et al; Síndrome de Cushing Endógena: Características ClínicoLaboratoriais em 73 Casos; Arq Bras Endocrinol Metab 2007;51/4; disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v51n4/a10v51n4.pdf>

Rollin, Guilherme A. F. S. et al; Síndrome de Cushing: É Possível Simplificar e Padronizar Sua Abordagem Diagnóstica?; Arq Bras Endocrinol Metab vol 47 n° 4 Agosto 2003; disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n4/a09v47n4.pdf>



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e metabologia; Doença de Cushing;  
Márcio Carlos Machado; Doença de Cushing: diagnóstico de tratamento; disponível em:  
[http://eventus.com.br/endocrinologia2018/arquivos/Marcio\\_Machado.pdf](http://eventus.com.br/endocrinologia2018/arquivos/Marcio_Machado.pdf)