



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

JOAB TEOTONIO DA SILVA

MELHORIA NO RASTREAMENTO DE GESTANTES COM HIPOTIREOIDISMO NA UBS  
RAIMUNDA CAVALCANTE SOUZA "MUNHOZ I", OSASCO-SP

SÃO PAULO  
2020

JOAB TEOTONIO DA SILVA

MELHORIA NO RASTREAMENTO DE GESTANTES COM HIPOTIREOIDISMO NA UBS  
RAIMUNDA CAVALCANTE SOUZA "MUNHOZ I", OSASCO-SP

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: SERGIO VINICIUS CARDOSO DE MIRANDA

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

A gravidez é um momento que induz algumas mudanças fisiológicas e com isso é comum o surgimento de desordens tireoidianas em mulheres na idade reprodutiva e gestacional. Um estudo da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto aponta que 57% grávidas desenvolvem hipotireoidismo gestacional. O hipotireoidismo materno e/ou fetal pode ocasionar complicações para as mães e o desenvolvimento dos fetos. Vários estudos têm demonstrado que filhos de mães com hipotireoidismo não tratado durante a gestação, podem apresentar comprometimento do desenvolvimento intelectual. Temos acompanhado um crescimento nos números de gestantes atendidas na UBS Raimunda Cavalcante Souza que apresentam hipotireoidismo. O objetivo geral do projeto de intervenção é identificar durante o pré-natal todas as gestantes com hipotireoidismo na UBS Raimunda Cavalcante Souza "Munhoz I", no município de Osasco-SP. A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde e o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez. Nesse sentido, este projeto de intervenção vem discutir e propor meios para que as mulheres possam se preparar para uma gestação ou tê-la com tranquilidade e com o menos risco de complicações possíveis.

## **Palavra-chave**

Pré-Natal. Tireoide. Gestantes.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

Hoje temos um grande número de gestantes na área de atuação e aproximadamente 20% destas sofrem com hipotireoidismo gestacional. Esse é um numero muito grande e infelizmente sabemos que após o parto não deverão ter os cuidados e a prevenção necessária, podendo assim agravar o quadro.

Na cidade de Osasco muitos desses casos são enviados para o ginecologia de risco na maternidade lá acompanhadas e depois do parto não existe nenhum acompanhamento e infelizmente nesse período de gestação em que elas são acompanhadas pela Maternidade o tratamento é disperso e não criasse uma rotina de monitoramento de dados e relatório em prontuário eletrônico, perdendo muitas vezes dados e controles importantes. Visando atenuar ou eliminar risco de complicações é importante que tenhamos um rastreamento eficaz nas gestantes com risco de hipotireoidismo, e isso deve ser rotineiramente para que possamos entrar com o tratamento a base de levotiroxina o quanto antes.

O acolhimento da gestante na UBS Raimunda Cavalcante Souza "Munhoz I busca a integralidade do cuidado com a escuta qualificada das mulheres e a avaliação dos fatores de risco gestacional por meio da consulta médica, além do acompanhamento de pré-natal que garante uma atenção resolutiva e articulada com os outros serviços de saúde da rede municipal de Osasco para a continuidade da assistência no pré-natal de alto risco.

Objetivo Geral:

Identificar durante o pré-natal todas as gestantes com hipotireoidismo na UBS Raimunda Cavalcante Souza "Munhoz I", no município de Osasco-SP.

Objetivos Específicos:

- \* Criar um banco de dados com informações de mulheres que queiram engravidar e que apresentem diagnóstico prévio de hipotireoidismo.
- \* Rastreamento e acompanhamento do hipotireoidismo em todas as gestantes atendidas no pré-natal na UBS.
- \* Desenvolver ações de educação em saúde para informar a equipe e mulheres de área de abrangência sobre a importância dos exames de rotina para o rastreamento do hipotireoidismo.

## ESTUDO DA LITERATURA

O hipotireoidismo é uma das doenças endócrinas mais comuns. O seu diagnóstico é feito usualmente por clínicos e atualmente também por outros especialistas, como ginecologistas e cardiologistas, conscientes dos seus efeitos indesejáveis (BRENTA *et al.*, 2013). Os distúrbios tireoidianos são comuns em mulheres adultas em fase reprodutiva e se devem, principalmente, à deficiência de iodo, que ainda ocorre em extensas áreas do planeta, ou a alterações imunológicas, em áreas suficientes neste elemento. As repercussões da disfunção tireoidiana na gestação são ainda maiores, tendo em vista as profundas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem neste período, bem como a dependência dos hormônios tireoidianos e do iodo maternos evidenciada no feto (MACIEL; MAGALHÃES, 2008).

De acordo com Smallridge (2002), a frequência de hipotireoidismo na gestação varia em cada país, porém estima-se em torno de 0,3% a 25%. Nos países que não apresentam deficiência de iodo, a doença tireoidiana auto-imune é a principal causa de hipotireoidismo. A disfunção está relacionada a um grande número de complicações para a mãe e para o desenvolvimento dos fetos, sendo as mais frequentes a hipertensão gestacional e o baixo peso fetal.

Em seu estudo a endocrinologista da USP, Dra Lea Maciel avaliou 191 gestantes atendidas em unidades básicas de saúde onde a mesma constatou que 57% delas têm menos iodo no organismo que o necessário, causando um déficit na produção dos hormônios T3 e T4, o hipotireoidismo. "O iodo é importante na síntese dos hormônios tireoidianos maternos, porque esse hormônio passa pela barreira placentária e o feto precisa desse hormônio para o desenvolvimento das estruturas cerebrais já na vida intrauterina" (MACIEL, 2017).

De acordo com Costa *et al.* (2004) existem três sequências do hipotireoidismo na gestação. A primeira sequência de eventos começa durante a primeira metade da gestação e se mantém até o termo. Os hormônios tireoidianos são transportados no sangue através de três proteínas: globulina transportadora da tiroxina (TBG), transtirretina e albumina. Embora a TBG esteja presente em baixa concentração no nível sérico, apresenta alta afinidade com os hormônios tireoidianos sendo responsável por grande parte do transporte de T4 (68%) e T3 (80%).

A segunda sequência de eventos ocorre transitoriamente durante o primeiro trimestre e resulta da estimulação direta da tireoide materna por níveis elevados de gonadotrofina coriônica (hCG), que é acompanhada por uma inibição parcial do eixo hipófise-tireoide. Entre 8-14 semanas de gestação, há uma diminuição transitória no TSH sérico, coincidente com o pico na concentração de hCG.<sup>9,11</sup> Em aproximadamente 20% das grávidas normais são observados níveis de TSH no limite inferior da normalidade (COSTA *et al.*, 2004).

A terceira sequência de eventos inicia-se na segunda metade da gestação, sendo relacionada com modificações no metabolismo periférico dos hormônios tireoidianos maternos. Três enzimas cata-lizam a desiodação dos hormônios tireoideos nos tecidos humanos. A atividade da deiodase Tipo I provavelmente não é modificada durante a gravidez. A deiodase Tipo II é expressa na placenta e sua atividade pode representar um mecanismo homeostático para a manutenção da produção de T3 localmente, quando as concentrações de T4 estão reduzidas

(COSTA *et al.*, 2004).

Portanto, o rastreamento do hipotireoidismo durante a gestação é justificado devido às complicações obstétricas e fetais associadas com hipotireoidismo não tratado, assim como a avaliação das pacientes com risco para desenvolvimento de disfunção tireoidiana pós-parto, especialmente tireoidite pós-parto (TPP) (GLINOER, 2003).

Todas as mulheres portadoras de hipotireoidismo, especialmente aquelas com pretensão a engravidar, devem ser estimuladas a obter um bom controle da sua doença antes da concepção. As mulheres com diagnóstico e tratamento prévio à gestação devem ter o TSH e o T4 livre monitorados a partir do primeiro trimestre, com revisão a cada seis a oito semanas, devendo a dose da reposição com Levotiroxina (LT4) ser ajustada caso necessário (COSTA *et al.*, 2004).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos (BRASIL, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2012), a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez. A atividade de organizar as ações de saúde na Atenção Básica, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes das UBS com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária.

Mesmo antes que a gestante acesse a UBS, a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil. A equipe precisa conhecer ao máximo a população adscrita de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e/ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo. É importante que a equipe atente para a inclusão da parceria sexual na programação dos cuidados em saúde. Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe, quanto mais acolhedora for a equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal. Neste contexto, as equipes de atenção básica devem se responsabilizar pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando a referida população necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde (BRASIL, 2012).

## **AÇÕES**

Criar um banco de dados com mulheres que queiram engravidar e que apresentem diagnóstico prévio de hipotireoidismo, para um acompanhamento e tratamento prévio buscando minimizar os riscos gestacionais.

Criar um banco de dados com as gestantes que tenham hipotireoidismo, facilitando a monitorização das mesmas e priorizando seu acompanhamento não só na Maternidade mais na UBS, com relatórios e monitorização dos exames de TSH cada 6 e 8 semanas.

Fazer plastras de conscientização para a equipe da UBS, ACS e mulheres em geral da área de abrangência de nossa unidade sobre a importância dos exames de rotina bem como um planejamento antes de uma gestação.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Esperamos melhorar o acompanhamento do pré-natal para as gestantes do território de atuação da UBS Raimunda Cavalcante Souza "Munhoz I", rastreamento precoce do hipotireoidismo nas mulheres que tenham pretensão de engravidar e o controle da patologia nas mulheres que tenham hipotireoidismo e façam o tratamento. Além de ampliar os cuidados com as gestantes com hipotireoidismo conscientizando-as e mantendo um acompanhamento pós-parto e desenvolver ações de educação em saúde para o público sobre a temática.



## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

BRENTA, G. et al. Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. Arq Bras Endocrinol Metab.; 57(4). 2013.

COSTA, S.M. et al. Hipotireoidismo na gestação, 2004. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292004000400003](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000400003). Acesso em 15 de março de 2020.

COSTA, S.M. et al. Hipotireoidismo na gestação. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 4 (4): 351-358, out. / dez., 2004

GLINOER, D. Management of hypo-and hyperthyroidism during pregnancy. Growth Horm IGF Res.; 13: S45-S54. 2003.

MACIEL, L. Estudo da USP aponta hipotireoidismo em 57% das mulheres grávidas, 2017. Disponível em: <http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2017/02/estudo-da-usp-aponta-hipotireoidismo-em-57-das-mulheres-gravidas.html>. Acesso em 09 de abril de 2020.

MACIEL, L.M.Z.; MAGALHÃES, P.K.R. Tireóide e Gravidez. Arq Bras Endocrinol Metab.; 52(7), 2008.

SMALLRIDGE, R.C. Hypothyroidism and pregnancy. Endocrinologist; 12: 454-63. 2002.