



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Anne Caroline Barbosa Pereira de Oliveira

Implementação de estratégias de atendimento às
gestantes com hipotireoidismo na unidade de saúde
Marlei Alves Batista, Irani- Santa Catarina

Florianópolis, Janeiro de 2023

Anne Caroline Barbosa Pereira de Oliveira

Implementação de estratégias de atendimento às gestantes com
hipotireoidismo na unidade de saúde Marlei Alves Batista, Irani-
Santa Catarina

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Katheri Maris Zamprogna
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Anne Caroline Barbosa Pereira de Oliveira

Implementação de estratégias de atendimento às gestantes com hipotireoidismo na unidade de saúde Marlei Alves Batista, Irani-Santa Catarina

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Profa. Dra. Marta Inez Machado
Verdi**
Coordenadora do Curso

Katheri Maris Zamprogna
Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

Introdução: Disfunções tireoidianas são condições prevalentes na prática clínica e podem apresentar consequências significantes. O auxílio de testes de laboratório de qualidade é fundamental para o diagnóstico preciso dos distúrbios da tireoide, já que, na maioria dos pacientes, os sinais e sintomas da doença tireoidiana são sutis ou ausentes e apenas testes bioquímicos podem detectar o transtorno. **Objetivo:** Diminuir a incidência de gestantes com hipotireoidismo sem acompanhamento na UBS Marlei Alves Batista, cidade de Irani- Santa Catarina **Metodologia:** Realizar encontros mensais com a gestantes para explicarmos sobre a enfermidade, os riscos que provocam na gestação, e assim tirarem as dúvidas relacionadas ao hipotireoidismo; Buscar junto com as Agentes Comunitárias de Saúde as gestantes que não estão realizando os pré natais com frequência; Realizar planejamento mensal para aumento de frequência nos pré natais das gestantes acompanhadas na área; **Resultados Esperados:** Beneficiaremos não somente a população gestantes que atenderemos, bem como aos bebês que evitarão doenças, considerando, que há pelo menos três décadas, a literatura mundial vem mostrando que o hipotireoidismo materno na gestação é causa de déficit do desenvolvimento neuropsicológico do conceito, com repercussões sobre o quociente de inteligência (QI) de crianças em idade pré-escolar e escolar. Mas também proporcionar a nós profissionais da saúde um tempo para estudos, um tempo para que possamos parar nossas atividades e refletir sobre o nosso trabalho, nos avaliarmos e ainda nos encontrarmos quanto equipe.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Gestantes, Hipotireoidismo, Odontologia em Saúde Pública

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivo específico	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

O município de Irani está com 55 anos de fundação, foi colonizada pelos caboclos, Italianos e Alemães. A economia se baseia na agricultura familiar, pequenas indústrias moveleiras, temos também a Celulose Irani que proporciona muitos empregos à população. Temos uma população de aproximadamente 10 mil habitantes, e contamos com 4 ESF, tendo assim uma cobertura para todos os bairros e comunidades rurais.

Na ESF em que atuo, é dividida em 2 UBS, com a cobertura de 2046 pessoas, sendo que 1649 possuem 15 anos ou mais e 775 são mulheres de 10 a 59 anos, tendo 307 hipertensos e 78 diabéticos.

Os dois bairros no qual eu atendo tem um contexto social distinto entre si. No turno da manhã, atendo uma população com um nível maior de escolaridade e empregabilidade, seja no município ou cidades próximas, as famílias possuem casas próprias, temos escola municipal e creche que atende 100% das crianças no bairro, com isso a procura na UBS é menor, uma vez que só buscam quando há necessidade. As queixas de maior frequência são de faringites, nasofaringe, diarreia e o controle de Hipertensão Arterial, claro que também temos alguns problemas sociais relacionados ao consumo excessivo de álcool e psicotrópicos. Quando aos problemas sociais, são menores, as gestantes que realizamos os pré-natais não são de alto risco em sua maioria, inclusive, muitas delas realizam acompanhamento com obstetras que não, no Sistema Único de Saúde.

Já no bairro que atendo no período vespertino, possui também escola municipal e uma creche, mas o contexto social é bem diferente, as casas são bem simples algumas são barracos de lonas, temos água potável e fossas como esgotos, temos uma alta taxa de desempregados ou pessoas que vivem com o benefício da bolsa família, o índice de escolaridade é inferior, muitos adolescentes envolvidos com drogas, e os adultos com alto índice do uso de psicotrópicos, alguns utilizam por conta própria outros indicados pelos psiquiatras, com isso, a procura na UBS é intensa.

Realizamos agendamento, mas nossa livre demanda é maior, as queixas são sempre por faringite, Infecção do Trato Urinário, tosse, febre, diarreias e dores musculares. É frequente o atendimento a mesma pessoa uma vez por semana, sempre com queixas diferentes, nada relacionado a fisiopatologia, e sim à carência de atenção. O tabagismo vem sendo um desafio também nessa comunidade, muitos não querem realizar tratamento para deixar o vício, e com isso o uso de broncodilatadores é maior nessa classe de pacientes. As gestantes desse bairro que realizamos os pré-natais, algumas são de alto risco (idade avançada, hipotireoidismo, VDRL+), com isso, toda nossa equipe trabalha para termos 100% de frequência delas nas consultas.

Um dos problemas que temos enfrentado em nossa ESF, é o número crescente de gestações de Alto Risco, já nas primeiras consultas de pré-natais, temos um índice de

97% das gestantes com hipotireoidismo gestacional. Temos que ter uma atenção com essas gestantes, pois a deficiência do hormônio tireoidiano pode causar complicação futuras tanto para mãe como para o feto.

Assim, o problema selecionado para este trabalho se trata do acompanhamento contínuo de pacientes gestantes que realizam o pré-natal de alto risco e que apresentam hipotireoidismo gestacional.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Diminuir a incidência de gestantes com hipotireoidismo sem acompanhamento na UBS Marlei Alves Batista, cidade de Irani- Santa Catarina

2.2 Objetivo específico

Realizar encontros mensais com a gestantes para explicarmos sobre a enfermidade, os riscos que provocam na gestação, e assim tirarem as dúvidas relacionadas ao hipotireoidismo;

Buscar junto com as Agentes Comunitárias de Saúde as gestantes que não estão realizando os pré natais com frequência;

Realizar planejamento mensal para aumento de frequência nos pré natais das gestantes acompanhadas na área;

3 Revisão da Literatura

A tireoide é uma glândula que regula a função de órgãos importantes como o coração, o cérebro, o fígado e os rins. Ela produz os hormônios T3 (triiodotironina) e T4 (tiroxina). Dessa forma, garante o equilíbrio do organismo. A glândula possui forma de borboleta (com dois lobos) e se localiza na parte anterior do pescoço, logo abaixo do "Pomo de Adão". Em relação a outros órgãos do corpo humano, a tireoide é relativamente pequena, mas é uma das maiores glândulas já que pode chegar a até 25 gramas em um adulto. Ela atua diretamente no crescimento e desenvolvimento de crianças e de adolescentes, na regulação dos ciclos menstruais, na fertilidade, no peso, na memória, na concentração, no humor e no controle emocional. Quando a tireoide não funciona corretamente, pode liberar hormônios em quantidade insuficiente (hipotireoidismo) ou em excesso (hipertireoidismo). Nos dois casos, o volume da glândula aumenta, o que é conhecido como bócio. Esses problemas podem ocorrer em qualquer etapa da vida e são de simples de se diagnosticar (SBEM, 2018).

Disfunções tireoidianas são condições prevalentes na prática clínica e podem apresentar consequências significantes. O auxílio de testes de laboratório de qualidade é fundamental para o diagnóstico preciso dos distúrbios da tireoide, já que, na maioria dos pacientes, os sinais e sintomas da doença tireoidiana são sutis ou ausentes e apenas testes bioquímicos podem detectar o transtorno (CARVALHO; PEREZ; WARD, 2013).

O hipotireoidismo é incomum na gestação, mas, quando presente, está associado a efeitos adversos, tanto para a gestante quanto para o feto. Esses efeitos podem ser prevenidos com a terapia adequada com levotiroxina (L-T4). Até o momento, não existe consenso universal para disfunção tireoidiana na mulher grávida ou em mulheres na fase reprodutiva. Entretanto, é recomendado reconhecer grupos de mulheres que apresentem maior risco para desenvolver o hipotireoidismo, nas quais a dosagem de TSH deve ser realizada na primeira consulta de pré-natal ou no momento do diagnóstico da gravidez e, quando indicado, o apropriado início da terapia com L-T4 instituído (MACIEL; MAGALHAES, 2008).

Em áreas suficientes em iodo, a causa mais comum de hipotireoidismo na gestação é a doença autoimune tireoidiana (tireoidite de Hashimoto). Na maior parte dos casos remanescentes, a etiologia é secundária ao tratamento prévio de hipertireoidismo com iodo radioativo ou cirurgia para a doença de Graves ou pós tireoidectomia por carcinoma ou bócio nodular benigno. Causas mais raras de hipotireoidismo, como sarcoidose, amiloidose, hemocromatose, cistinose, tireoidite de Riedel, não foram relatadas durante a gestação. (ANDRADE et al., 2005)

Uma série de medicações que inclui o iodo, as drogas antitireoidianas, o lítio e a amiodarona, pode levar ao hipotireoidismo por interferência com a síntese, a liberação e/ou a

ação periférica dos hormônios tireoidianos (HT). Entre estas, a amiodarona, que, em face de sua eficácia como agente antiarrítmico, algumas vezes pode estar sendo utilizada em gestantes, poderá acarretar consequências, tanto para a mãe quanto para o feto. O hipotireoidismo secundário a doenças hipofisárias e hipotalâmicas pode ocorrer; nestas situações as concentrações séricas de TSH estarão normais, baixas ou discretamente elevadas, mas as concentrações de T4 estarão baixas (MACIEL; MAGALHAES, 2008)

Diagnóstico

“A dosagem do hormônio tireoestimulante (TSH) e o teste mais confiável para diagnosticar as formas primárias de hipotireoidismo e hipertireoidismo, principalmente em regime ambulatorial (CARVALHO; PEREZ; WARD, 2013)

Além disso, ocorre uma queda nos níveis de TSH durante o primeiro trimestre de gestação, de tal forma que valores subnormais de TSH sérico podem ser vistos em aproximadamente 20% das gestações normais. Essa diminuição no TSH é decorrente da atividade tireoide-estimulante da gonadotrofina coriônica humana (hCG), devido a sua homologia estrutural ao TSH. O pico de hCG e o nadir do TSH ocorrem juntos por volta da 10-12a semanas de gestação. A queda no TSH durante o primeiro trimestre da gravidez esta associada a um modesto aumento nos níveis de T4L, mas em apenas 10% dos casos (ou seja, 2% das gestações) ocasiona aumentos supra fisiológicos, que podem levar a graus variados de sinais e sintomas de tireotoxicose (hipertireoidismo fisiológico da gravidez) (CARVALHO; PEREZ; WARD, 2013).

O diagnóstico e tratamento precoces e adequados parecem ser essenciais para a prevenção destas complicações, visando-se manter os níveis de tiroxina livre no limite superior da normalidade, buscando-se o eutireoidismo clínico materno, com o uso da menor dose possível de medicação antitireoidiana (PINHEIRO et al., 2008)

O diagnóstico clínico do hipotireoidismo na gestação é difícil de ser estabelecido, a não ser quando os sintomas e os sinais sejam muito óbvios. Os principais sintomas são cansaço e ganho de peso, apesar de apetite diminuído, o que, muitas vezes, pode ser atribuído à gestação. Outros sintomas incluem: queda de cabelos, constipação intestinal, intolerância ao frio (sintoma pouco usual na gestante normal). Cerca de 20% a 30% das mulheres não apresentam qualquer sintoma, apesar de testes de função tireoidiana claramente anormais. O bócio pode ou não estar presente. A frequência cardíaca pode estar diminuída quando cotejada àquela esperada para a gestante normal. Na história, poderão ser identificadas irregularidades menstruais prévias à gestação, particularmente menorragia, o que se observa, com frequência, em pacientes com hipotireoidismo leve (MACIEL; MAGALHAES, 2008)

Ainda segundo MACIEL e MAGALHAES (2008) a elevação de TSH sérico confirma o diagnóstico do hipotireoidismo primário. A distinção entre o hipotireoidismo subclínica e o declarado dependerá das concentrações de T4 livre, que estarão normais ou diminuídas

para a idade gestacional, respectivamente. A determinação dos anticorpos antiperoxidase (anti- TPO) e antitireoglobulina (anti-Tg) confirma a origem autoimune do distúrbio. Como as concentrações de T4 livre diminuem durante a gestação, recomenda-se cuidado na interpretação de seus valores e que cada laboratório estabeleça sua faixa de normalidade para cada trimestre da gestação.

É comum o surgimento de desordens tireoidianas em mulheres na idade reprodutiva e durante a gestação. 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 autoimune 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. (COSTA et al., 2004)

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. (LEAO; AGUIAR, 2008)

O período gestacional representa um estresse para a glândula tireoide. Mulheres provenientes de regiões com deficiência moderada de iodo (ingestão <100 mg/dl) têm aumento da concentração de TSH durante a gestação, comparadas com mulheres de áreas suficientes de iodo. Esse aumento de TSH é maior naquelas que apresentam autoimunidade tireoidiana, podendo levar a hipotireoidismo materno e/ou fetal.^{3,6} Vários estudos têm mostrado que o desenvolvimento intelectual dos filhos das mães com hipotireoidismo pode ser comprometido. (COSTA et al., 2004)

Contextualizando o problema

O hipertireoidismo complica cerca de 0,1 a 0,4% das gestações, com a maioria dos casos sendo devidos à doença de Graves (DG). Outras causas, próprias da gestação, tais como a doença trofoblástica gestacional e tireotoxicose gestacional transitória, podem também levar ao excesso de hormônios tireóideos circulantes. Dependendo da etiologia da tireotoxicose, esta pode variar de branda e transitória a grave e duradoura. A DG, por exemplo, apesar de levar a uma tireotoxicose mais intensa, pode melhorar progressivamente ao longo da gestação, devido a uma maior tolerância imunológica^{4,5}. (PINHEIRO et al., 2008)

A gravidez está associada com a necessidade aumentada de secreção hormonal pela tireoide desde as primeiras semanas após a concepção. Para que esta maior demanda ocorra, a gestação induz uma série de alterações fisiológicas que afetam a função tireoidiana e, portanto, os testes de avaliação da função glandular. Para as mulheres grávidas normais

que vivem em áreas suficientes em iodo, este desafio em ajustar a liberação de hormônios tireoidianos para o novo estado de equilíbrio e manter até o término da gestação, geralmente, ocorre sem dificuldades. Entretanto, em mulheres com a capacidade funcional da tireoide prejudicada por alguma doença tireoidiana ou naquelas que residem em áreas de insuficiência iódica, isso não ocorre. O manejo de disfunções tireoidianas durante a gestação requer considerações especiais, pois tanto o hipotireoidismo quanto o hipertireoidismo podem levar a complicações maternas e fetais. (MACIEL; MAGALHAES, 2008)

Durante o período gestacional é de extrema importância o diagnóstico precoce de qualquer doença, especialmente aquelas sem sintomatologia aparente, ou com sintomas que se confundam com os da gravidez e nos quais o diagnóstico é essencialmente laboratorial, como as chamadas doenças subclínicas ou minimamente sintomáticas. O obstetra deve ter especial atenção a doenças como o hipotireoidismo, tendo em vista as consequências para o concepto e para a própria gestante. (ANDRADE et al., 2018)

“Há pelo menos três décadas, a literatura mundial vem mostrando que o hipotireoidismo materno na gestação é causa de déficit do desenvolvimento neuropsicológico do concepto, com repercussões sobre o quociente de inteligência (QI) de crianças em idade pré-escolar e escolar. (MAGALHAES; SAPIENZA; ZUGAIB, 2003)

Quando o hipertireoidismo não regride com a evolução da gestação, comprometendo, particularmente, o segundo e terceiro trimestres, várias complicações maternas e fetais são referidas. Entre estas complicações, podem ser citadas maiores incidências de eclampsia, insuficiência cardíaca congestiva, edema agudo de pulmão, arritmias cardíacas e crise tireotóxica. Além disso, também têm sido relatadas maiores taxas de abortamento, natimortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer e malformações fetais (MENDES; SANTOS; BRINGEL, 2013)

Políticas públicas de saúde - subsídios para intervenção

Hoje a triagem da gestante para hipotireoidismo nas políticas públicas não está inclusa, nos exames de rotina da gestação, não faz parte, não há pactuação pelo ministério da saúde, ou seja, sobra para a municipalidade arcar com os custos, ou ainda a própria gestante. Este é grande fator de muitas gestantes não realizarem o exame de prevenção.

Triagem significa seleção, separação de um grupo ou mesmo escolha entre inúmeros elementos e define, em saúde pública, a ação primária dos programas de triagem, ou seja, a detecção, por meio de testes aplicados em uma população, de um grupo de indivíduos com probabilidade elevada de apresentarem determinadas patologias. (MENDES; SANTOS; BRINGEL, 2013) E principalmente na saúde pública se faz tão importante, esta ação, pois a grande maioria das gestantes são atendidas na saúde pública, e sabendo que o exame de TSH não está na rotina dos exames de gestação.

Distinguir a realidade e a prevalência das doenças que acometem a população das gestantes favorece a elaboração e o aprimoramento das políticas públicas voltadas para

a saúde da gestante, minimiza gastos desnecessários em serviços de alta complexidade e contribui para a redução da taxa de mortalidade infantil.(GHETTI, 2014)

O rastreamento das gestantes com risco de hipotireoidismo deve ser realizado rotineiramente, pois o tratamento com levotiroxina pode atenuar ou eliminar o risco de complicações. (ALMEIDA et al., 2005)

A relevância do problema

“A gravidez é um período que induz algumas mudanças fisiológicas, modificando dessa forma a função tireoidiana. Três séries de eventos ocorrem em tempos diferentes, resultando em efeitos complexos que podem ser somente transitórios ou persistir até o termo. (COSTA et al., 2004)

Dados colhidos em maio de 2018, na UBS Marlei Alves Batista, cidade de Irani- Santa Catarina onde temos um número crescente de gestações de Alto Risco, já nas primeiras consultas de pré- natais, temos um total de 27 gestantes, atendidas neste período, e 25 apresentaram hipotireoidismo gestacional, isto corresponde à 92,59 % de todas as gestantes, atendidas no mês de maio de 2018 (IRANI, 2018)

O diagnóstico e tratamento precoces e adequados parecem ser essenciais para a prevenção destas complicações, visando-se manter os níveis de tiroxina livre no limite superior da normalidade, buscando-se o eutireoidismo clínico materno, com o uso da menor dose possível de medicação antitireoidiana (PEZZUTI; LIMA; DIAS, 2009)

A maior relevância do presente trabalho é evitar as complicações maternas e fetais, isto se dá com trabalho preventivo, conscientização, e como temos um alto índice de gestantes com hipotireoidismo, através deste trabalho queremos implantar um serviço com resultados maiores e melhores, realizar uma busca ativa de qualidade, e conseguir diminuir as taxas de prevalência da doença.

E ainda evitar danos maternos e danos fetais, de acordo com, (MACIEL; MAGALHAES, 2008), ao contrário do que se pensava no passado, os hormônios tireoidianos maternos atravessam a barreira placentária, antes e após o início da função tireoidiana fetal. O T4 é encontrado no fluido celômico entre a quarta e a sexta semana de gestação (15). A demonstração de que neonatos com agenesia da glândula ou defeitos completos de organificação apresentavam concentrações de T4 correspondentes a 30% dos níveis normais circulantes sugere que a transferência transplacentária continua até o nascimento.

4 Metodologia

O presente trabalho deseja inserir um projeto de intervenção para diminuir a incidência de gestantes com hipotireoidismo sem acompanhamento na UBS Marlei Alves Batista, cidade de Irani- Santa Catarina. Pretende-se que este projeto de intervenção seja duradouro, sem data para findar.

Pretende-se monitorar as taxas de prevalência e incidência do hipotireoidismo e implantar estratégias de otimização do acolhimento e de educação para prevenção e tratamento desta doença entre as gestantes desta unidade, bem como, realizar o acolhimento destas pacientes em todas as consultas. Este monitoramento será feito nas consultas tanto clínicas quanto nas consultas de enfermagem através de uma planilha de acompanhamento das gestantes com todos os resultados dos exames das mesmas. E ainda serão discutidas em reuniões semanais com a equipe toda estas taxas prevalência e incidência, para monitorarmos com mais eficácia.

Realizar planejamento mensal da equipe multidisciplinar, onde buscaremos a inserção do NASF, e de toda a equipe de ESF, para o aumento de frequência nos pré natais das gestantes acompanhadas na área; através de rodas de conversa, com a equipe, onde utilizaremos nossa reunião semanal para realizar estas rodas de conversa, e também aproveitamos para ocupar este momento como uma forma de capacitação para a equipe. Este planejamento iniciaremos a partir do mês de janeiro de 2019, onde iremos divulgar amplamente o trabalho, através dos ACS, através de mídias locais. Nestas reuniões de planejamento de equipe utilizaremos um espaço próprio da UBS, onde utilizaremos mídias como Datashow, apresentação de vídeos, até WEBs conferências do Telessaúde, para podermos nos amparar melhor.

No mês de fevereiro de 2019, buscaremos realizar encontros mensais com a gestantes para explicarmos sobre a enfermidade, os riscos que provocam na gestação, e assim tirarem as dúvidas relacionadas ao hipotireoidismo; estes encontros serão amplamente divulgados pelos ACS, nas reuniões de equipe, nas mídias locais, para captarmos um número maior de gestantes. Estes encontros com as gestantes serão coordenados pela clínica médica e enfermagem, mas com suporte do NASF, e ainda com a participação dos ACS para captarmos um número maior de gestantes.

Também a partir de fevereiro de 2019, iremos buscar junto com as Agentes Comunitárias de Saúde as gestantes que não estão realizando os pré natais com frequência; para que as mesmas possam realizar esta busca ativa nas residências das gestantes e trazê-las para o acompanhamento de pré natal. Esta busca ativa faremos através de uma planilha das gestantes, onde nomearemos as participantes e os ACS buscarão as faltantes.

5 Resultados Esperados

Conhecendo que a baixa cobertura no acompanhamento às gestantes com hipotireoidismo no município de Irani- SC, é realidade e é um problema de saúde pública, vivenciamos em nosso dia a dia, as consequências que esta baixa cobertura pode provocar nas gestantes. Assim como para [ANDRADE et al. \(2005\)](#), na gestação, o hipotireoidismo clínico tem uma prevalência de 0,3 a 0,7%; já estudos sobre o hipotireoidismo subclínico, relatados na literatura, apresentam uma prevalência bem maior em relação ao hipotireoidismo manifesto, com índice de prevalência em torno de 2,5%.

Neste mesmo pensamento é que queremos evitar situações como estas, buscando as gestantes para realizarem seu pré natal como preconizado pelo Ministério da Saúde, e também pelo município de Irani-SC.

Beneficiaremos não somente a população gestantes que atenderemos, bem como aos bebês que evitarão doenças, assim como define [MAGANHA, SAPIENZA e ZUGAIB \(2003\)](#), que há pelo menos três décadas, a literatura mundial vem mostrando que o hipotireoidismo materno na gestação é causa de déficit do desenvolvimento neuropsicológico do conceito, com repercussões sobre o quociente de inteligência (QI) de crianças em idade pré-escolar e escolar.

Mas também proporcionar a nós profissionais da saúde um tempo para estudos, um tempo para que possamos parar nossas atividades e refletir sobre o nosso trabalho, nos avaliarmos e ainda nos encontrarmos quanto equipe.

Buscamos trazer os adolescentes para a UBS, para podermos realizar a prevenção em saúde nesta fase da vida que é tão importante. Proporcionar um atendimento melhor, de mais qualidade, um atendimento com mais resolução, e que nós profissionais buscamos nos aprimorar no assunto para podermos resolver de maneira mais eficiente o problema do paciente, que também as rodas de conversa nos amparem para podermos diagnosticar com mais precisão, e com precocidade, para podermos tratar, e abordar estes pacientes cada vez melhor.

Referências

- ALMEIDA, C. A. de et al. Hipertireoidismo por doença de graves durante a gestação. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, p. 263–267, 2005. Citado na página 16.
- ANDRADE, C. L. O. de et al. Hipotireoidismo congênito como fator de risco para os transtornos do processamento auditivo central. *Rev. paul. pediatria*, p. 1–20, 2018. Citado na página 16.
- ANDRADE, L. J. et al. . detecção do hipotireoidismo subclínico em gestantes com diferentes idades gestacionais. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, p. 923–929, 2005. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 21.
- CARVALHO, G. A. de; PEREZ, C. L. S.; WARD, L. S. Utilização dos testes de função tireoidiana na prática clínica. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, p. 193–204, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- COSTA, S. M. da et al. Hipotireoidismo na gestação. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, p. 351–358, 2004. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- GHETTI, F. de F. Prejuízo da vasodilatação muscular durante estresse mental em mulheres com hipotireoidismo subclínico. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, p. 750–757, 2014. Citado na página 16.
- IRANI. *Secretaria Municipal de Saúde de Irani: Ubs Marlei Alves Batista*. 2018. Disponível em: <<https://www.irani.sc.gov.br>>. Acesso em: 22 Nov. 2018. Citado na página 17.
- LEAO, L. L.; AGUIAR, M. J. B. de. Triagem neonatal: o que os pediatras deveriam saber. *J. Pediatr. (Rio J.)*, p. 80–90, 2008. Citado na página 15.
- MACIEL, L. M. Z.; MAGALHAES, P. K. R. Tireóide e gravidez. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, p. 1084–1095, 2008. Citado 4 vezes nas páginas 13, 14, 16 e 17.
- MAGANHA, C. A.; SAPIENZA, A. D.; ZUGAIB, M. Qual é a importância do rastreamento e do tratamento do hipotireoidismo subclínico na gravidez? *Rev. Assoc. Med. Bras.*, p. 231–232, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 21.
- MENDES, L. C.; SANTOS, T. T. dos; BRINGEL, F. de A. . evolução do programa de triagem neonatal no estado do tocantins. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, p. 112–119, 2013. Citado na página 16.
- PEZZUTI, I. L.; LIMA, P. P. de; DIAS, V. M. A. Hipotireoidismo congênito: perfil clínico dos recém-nascidos identificados pelo programa de triagem neonatal de minas gerais. *J. Pediatr. (Rio J.)*, p. 72–79, 2009. Citado na página 17.
- PINHEIRO, A. T. et al. Hipertireoidismo na gravidez: repercussões materno-fetais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, p. 452–458, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- SBEM. *SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA*. 2018. Disponível em: <<http://www.tireoide.org.br/o-que-e-a-tireoide/>>. Acesso em: 23 Nov. 2018. Citado na página 13.