

# EFEITO DO HIPOTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO

## EFFECT OF HYPOTHYROIDISM ON PREGNANCY

Adilza dos Santos Oliveira<sup>1</sup>

### RESUMO

Este estudo discute o efeito do hipotireoidismo na gestação, com o objetivo primário de descrever a produção da literatura sobre os efeitos do hipotireoidismo para a mulher durante o período gestacional e os objetivos secundários de conhecer os fatores de riscos relacionados ao hipotireoidismo gestacional e identificar os efeitos do hipotireoidismo no feto. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica narrativa, construída a partir da análise de artigos científicos indexados no Portal CAPES, nas bases de dados da Biblioteca Regional da Medicina (BIREME), SciELO, além de livros. A compreensão das modificações que ocorrem no organismo da mulher no seu período gravídico é imprescindível para o entendimento das complicações clínicas geradas pelo hipotireoidismo. O impacto desta patologia na gestação é considerável, entretanto o déficit de iodo, as doenças auto-imune e ablação com iodo exacerbam essas alterações, dificultando muitas vezes, a elaboração do diagnóstico precoce. Desta forma, é importante o acompanhamento dos hormônios tireoidianos em gestantes, principalmente, em mulheres que fazem parte de grupo de risco para as doenças tireoidianas, de modo a prevenir complicações e promover uma melhor qualidade de vida.

**Palavras-chaves:** Hipotireoidismo. Complicações na gravidez. Hipotireoidismo Congênito.

### ABSTRACT

This study discusses the effect of hypothyroidism in pregnancy, with the primary objective to describe the production of the literature on the effects of hypothyroidism for women during the gestational period and the secondary objectives to meet the risk factors related to maternal hypothyroidism and identify the effects of hypothyroidism on the fetus. It is a bibliographical research narrative, constructed from the analysis of scientific articles indexed in CAPES Portal, in the databases of Regional Medicine Library (BIREME), SciELO, besides books. Understanding the changes that occur in the body of the woman in the gravid period is essential for the understanding of clinical complications generated by hypothyroidism. The impact of

---

<sup>1</sup>Pós-graduanda do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica. E-mail: adilzaoliveira.pos@bahiana.edu.br

Artigo apresentado a Escola de Medicina e Saúde Pública Bahiana como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstetra, sob orientação da professora Carolina Pedroza de Carvalho Garcia. Salvador, 2016.

this pathology in pregnancy is considerable, however the deficit of iodine, autoimmune diseases and iodine ablation exacerbate these changes hindering many of times on early diagnosis. In this way, it is important the monitoring of thyroid hormones in pregnant women, especially in women who are part of the Group at risk for thyroid disease, diseases to prevent complications and promote a better quality of life.

**Keywords:** Hypothyroidism. Pregnancy Complications. Congenital Hypothyroidism.

## 1 INTRODUÇÃO

A mulher no período gravídico vivencia uma relação de troca materno-fetal de grande importância para o amadurecimento e desenvolvimento do conceito. No entanto, esse relacionamento fica comprometido, caso ocorra alguma alteração que interfira nos níveis hormonais, que mantêm essa gravidez em equilíbrio, tornando mais evidente a manifestação de eventos anormais (MONTENEGRO; FILHO, 2008).

Entre a primeira e segunda metade da gestação, é detectado através de exames laboratoriais, uma acentuada elevação nos níveis do estrogênio, da globulina transportadora de tiroxina (TBG), triiodotironina (T3) e tiroxina (T4) totais, do hormônio estimulador da tireoide (TSH), da gonadotrofina coriônica humana (HCG), da ação das enzimas deiodase II e III, que de forma homeostática buscam suprir as necessidades hormonais do feto (COSTA et al., 2004).

Dessa forma, essas elevações surgem causando modificações significativas, que poderão comprometer o funcionamento normal da glândula tireoide materna. Existem situações em que essas mudanças não causam muitas repercussões, pois são influenciadas pelo próprio estado gravídico, pelo qual se encontra essa mulher, com intuito de prover nutrientes necessários para manutenção da gravidez (CASTRO, 2008).

Para que essa gestação possa ser sustentada até o final, é necessário que ocorra uma série de mudanças fisiológicas em todo o corpo da mulher. A forma e a intensidade que se apresentam essas modificações, é que determina a necessidade de um atendimento diferenciado, além disso, a pré-disponibilidade apresentada por algumas mulheres para patologias endócrinas, exacerbam essas alterações, contribuindo para o surgimento das doenças tireoidianas (FREITAS et al., 2006).

Neste contexto, o hipotireoidismo surge como uma alteração endócrina que pode atingir homens, idosos, crianças e mulheres em idade fértil, daí a importância

do acompanhamento médico periódico e da dosagem do TSH, pois, a tireoide é estimulada ao funcionamento descontrolado, justamente pela elevação desse hormônio, trazendo como consequência, a redução na produção de T3 e T4, que são essenciais para o desenvolvimento do concepto (ANDRADE et al., 2005).

Sendo assim, é de grande relevância a realização de um acompanhamento sistemático, pela equipe de saúde, que acompanha essa mulher, acerca dos fatores de riscos que ela está exposta, pois isso irá ajudar no diagnóstico precoce e possível tratamento imediato. Vale ressaltar que a deficiência nutricional de iodo e as doenças autoimunes como a Tireoidite de Hashimoto constituem-se nos principais fatores de riscos desencadeantes das patologias tireoidianas (MACIEL; MAGALHÃES, 2008).

Estudos demonstram que das complicações diagnosticadas na gestante relacionada com hipotireoidismo não tratado, as que se manifestam com maior frequência são à hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, descolamento prévio da placenta, malformações congênitas e abortos espontâneos. Além desses efeitos, o feto poderá apresentar sofrimento fetal, nascer prematuro, com hipotireoidismo congênito e comprometimento neurológico (BARTH; COSTA; SLONGO, 2010).

Essas alterações que acometem as mulheres antes, durante e após a gestação tem maior prevalência, nos países que apresentam deficiência de iodo. Logo, calcula-se que dos 0,3% a 25% de casos confirmados na gestação, 0,1 a 0,3% evoluem para complicações, devido às semelhanças sintomatológicas, que mascara a doença, dificultando a elaboração de um diagnóstico preciso e tratamento adequado (COSTA et al., 2004).

Neste sentido, tendo em vista que vários são os efeitos do hipotireoidismo para as mães e seus bebês, a realização do rastreamento durante a gestação como forma de prevenir a doença e sua evolução, é justificada pelo fato dos índices de complicações obstétricas e fetais estarem relacionadas com a doença, quando não tratada. Assim, a qualidade do atendimento prestado é o diferencial para se obter resultados satisfatórios e melhoria de vida (COSTA et al., 2004).

Diante do exposto, considerando a pré-disposição, os fatores de riscos, e o diagnóstico tardio e/ou tratamento ineficaz, que caracteriza a mulher hipotireoidiana, este estudo visa responder a seguinte pergunta de investigação: Qual a produção da literatura sobre os efeitos do hipotireoidismo para a mulher durante o período gestacional?

Como objetivo primário do estudo, descrever a produção da literatura sobre os efeitos do hipotireoidismo para a mulher durante o período gestacional e como objetivos secundários, conhecer os fatores de riscos relacionados ao hipotireoidismo gestacional e identificar os efeitos do hipotireoidismo no feto.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica narrativa. Por ser um estudo de revisão de literatura, foi construído a partir da análise de artigos científicos, dissertação e livros já publicado, com o objetivo de identificar os diversos métodos científicos disponíveis para elaboração do proposto tema, conforme explica Marconi e Lakatos (2011).

Para a busca dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores, no idioma português: Hipotireoidismo; Complicações; Gravidez na base de dado, Scientific Eletrnic Library Online (SciELO), através da Biblioteca Regional da Medicina (BIREME) e no Portal CAPES, bem como consulta a livros.

Para escolha dos estudos analisados nesta pesquisa, foram utilizados alguns critérios de seleção do conteúdo disponível na literatura, obedecendo às exigências do tema proposto. Sendo assim, foram utilizadas para seleção dos estudos, publicações disponíveis na íntegra, independente do ano de publicação, que respondessem aos objetivos do estudo e que estivessem nos idiomas português e espanhol.

Mediante consulta ao descritor hipotireoidismo em Biblioteca Regional da Medicina (BIREME), com restrição para complicação, onde foram encontrados 5.331 resultados.

Para selecionar nos resultados encontrados, os artigos que mais responderam ao tema, foi utilizado o filtro para encontrar os textos que fossem completos, abordando hipotireoidismo, hipotireoidismo congênito e complicações na gravidez, como assunto principal e que estivessem nos idiomas português e espanhol, resultando em 101 publicações entre artigos e dissertação, dos quais somente nove traziam conteúdos mais específicos sobre o tema.

Ao realizar o cruzamento dos descritores, foram encontrados vários artigos para cada cruzamento, sendo 2.648 resultados encontrados para hipotireoidismo e gravidez, onde desse total somente cinco eram textos completos nos idiomas

português e espanhol e tinham como assunto principal complicações na gravidez e hipotireoidismo congênito.

Da mesma forma aconteceu no cruzamento entre hipotireoidismo e complicações, do total de 8.320, ao utilizar os mesmos critérios de filtro, somente cinco foram os mais completos e objetivo. Destes 19 artigos, somente oito foram utilizados para o artigo.

Ao realizar a busca na base de dados do portal CAPES, utilizando os mesmos descritores, foram encontrados 13 artigos, dos quais somente dois respondiam ao tema em estudo, totalizando dez artigos selecionados para compor a autoria deste estudo.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados dos dez estudos analisados revelaram que a compreensão das modificações que ocorrem no organismo da mulher, no período gestacional é imprescindível para o entendimento das complicações oriundas dessas alterações. Vários estudos demonstram que o hipotireoidismo é uma patologia não específica da gravidez e que as mudanças na função tireoidiana durante a gestação são sutis, desde quando a glândula e a ingestão de iodo estejam normais (COSTA et al., 2004).

Assim, os ajustes verificados no organismo materno devem ser considerados normais, desde que determinem pequenos sintomas molestos à gestante, entretanto, é recomendado reconhecer grupos de mulheres, que apresentem maior risco para desenvolver o hipotireoidismo gestacional (MACIEL; MAGALHÃES, 2008).

Quando se analisa os desfechos do hipotireoidismo durante a gestação, observa-se que nem sempre é possível traçar o diagnóstico clínico de forma precoce, por ser difícil de ser estabelecidos, devidas semelhanças na sintomatologia, a não ser quando os sintomas são bem evidentes. Sendo assim, a boa evolução da gravidez nas mulheres hipotireoidianas dependerá dos esforços para identifica-las e tratá-las adequadamente (MACIEL; MAGALHÃES, 2008).

Considerando-se as evidências disponíveis na literatura, pode-se dizer que o impacto do hipotireoidismo na gestação é considerável, no entanto, o déficit de iodo na alimentação diária da mulher, é uma das causas de alterações tireoidianas, que podem ser evitadas, se comparada com a facilidade de acesso ao mineral e sua importância na síntese dos hormônios tireoidianos (BRASIL, 2007).

A prevalência do hipotireoidismo na gestação varia em cada país. Quando a mulher é residente de área suficiente em iodo, a incidência se dá através da doença autoimune (tireoidite de Hashimoto) e/ou destruição da glândula, por ablação com iodo ou cirurgia. Por conta disso, é de grande importância a avaliação da função tireoidiana, antes ou durante o início da gestação para identificar possíveis anormalidades no desenvolvimento da gravidez (COSTA et al., 2004).

Sabe-se que não se podem obter resultados favoráveis, se não houve um comprometimento da equipe responsável pelos cuidados prestados, desde a atenção primária, que é onde se encontra a base para se montar um plano de cuidados, até a terciária se necessário, garantindo em todo tempo, uma assistência individualizada e contínua, com resolutividade das ações desenvolvidas.

A partir dos resultados dos dez estudos analisados emergiram três categorias de análise, a saber: (a) Efeitos do hipotireoidismo para a mulher durante o período gestacional; (b) Fatores de riscos relacionados ao hipotireoidismo gestacional e (c) Efeitos do hipotireoidismo no feto.

## EFEITOS DO HIPOTIREOIDISMO PARA A MULHER DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL

Vários são os efeitos do hipotireoidismo não tratado para as mães e seus fetos. Smallridge, et al. (2002), acompanharam 68 mulheres, com hipotireoidismo durante toda gestação, das quais, 23 apresentavam hipotireoidismo clínico e 45 subclínico. Como resultado do estudo, a prevalência de hipertensão gestacional foi elevada em ambos os grupos, sendo 22% para o clínico e 15% no subclínico, comparado com 7,6% do grupo sem disfunção (BARTH; COSTA; SLONGO, 2010).

Com o objetivo de avaliar as repercussões que a doença trás para a mulher durante a gestação, Davis et al. (1988), acompanharam 16 mulheres com hipotireoidismo clínico, e dessas, 7 apresentaram pré-eclâmpsia e 3, placenta prévia e hemorragia pós-parto. Foi observado baixo peso fetal (<2000g) em cinco e dois natimortos. Das 12 gestantes com hipotireoidismo subclínico avaliadas, 2 apresentaram pré-eclâmpsia e hemorragia pós-parto (COSTA et al., 2004).

Neste sentido, percebeu-se que a forma subclínica da doença tem uma alta prevalência se comparado ao hipotireoidismo declarado, devido dificuldade para elaboração do diagnóstico, fazendo com que o profissional passasse despercebido,

ou simplesmente não levasse em consideração, algumas queixas incomuns a gestação. Como consequências, houve altos índices de abortos espontâneos, partos prematuros e complicações obstétricas (ANDRADE et al., 2005).

Estudos anteriores aos supracitados, relacionaram os abortos espontâneos, no primeiro trimestre, com o hipotireoidismo não tratado. Por outro lado, investigações mais recentes, sugerem melhor prognóstico destas gestações, graças a melhor qualidade de cuidados perinatais, tais como monitorização fetal, diagnóstico precoce de sofrimento fetal e cuidados fetais mais efetivos, que beneficiou estas mulheres (MACIEL; MAGALHÃES, 2008).

No entanto, mesmo com os altos investimentos em avanços tecnológicos e preparação de profissionais para lidar com estas situações, percebe-se ainda, dificuldade no fechamento do diagnóstico de forma precoce, de modo a evitar a evolução da doença, pois as manifestações clínicas em geral, não são específicas, podendo estar associado a múltiplos fatores (HERNÁNDEZ; PEREA, 2012).

Além do mais, as tireoidopatias podem se apresentar de forma assintomática e a depender da suscetibilidade da mulher e dos fatores de risco, que a mesma está exposta, o organismo tenta responder aos constantes estímulos, que recebe através de sinais e sintomas parecidos com os mesmos desconfortos da gravidez, sendo necessários uma atenção maior e um diagnóstico diferenciado para descartar possíveis complicações (ANDRADE et al., 2005).

É importante ressaltar que estes sintomas, além de limitantes são desconfortantes, causando na maioria das vezes, preocupação e ansiedade para esta mulher, que peregrina pelas emergências dos hospitais, em busca de atendimento que possa solucionar o seu problema e proporcionar bem-estar (MACIEL; MAGALHÃES, 2008).

Como método avaliativo, o TSH é o hormônio mais sensível, logo, para confirmação do diagnóstico é necessário que os níveis desse hormônio, no sangue estejam elevados e o T4 livre em declínio. Para garantir uma boa evolução dessa gestação é importante iniciar imediatamente, o tratamento adequado, com reposição hormonal de levotiroxina sódica, conforme prescrição médica (COSTA et al., 2004).

Em estudo, Abalovich e Cols (2002), avaliando 150 gestações, observaram que o tratamento adequado foi fundamental para evolução destas gestações, pois, quando inadequado, ocorreram 60% de abortos e 20% de parto prematuro, nas mulheres, com hipotireoidismo declarado, em relação a 71,4% e 7,2%, das que

tinham na forma subclínica. As mulheres que realizaram tratamento, a frequência de parto a termo foi de 100%, em relação a 90,5%, das que apresentaram hipotireoidismo subclínico (MACIEL; MAGALHÃES, 2008).

Sendo assim, conhecer as modificações que acometem o corpo gravídico é assegurar a esta mulher uma assistência integral qualificada, voltada para a prevenção e promoção da saúde, pautada no conhecimento técnico científico e livre de intervenções desnecessárias e danos decorrentes de negligência, imperícia ou imprudência (BARTH; COSTA; SLONGO, 2010).

Portanto, é importante salientar que a qualidade dos serviços ofertados a esta clientela vai repercutir nos resultados esperados e contribuir ativamente para o sucesso do tratamento, minimizando os riscos de complicações gravídicas por doenças tireoidianas (BARTH; COSTA; SLONGO, 2010).

Sendo assim, é relevante ressaltar que algumas situações agravantes vivenciadas por determinadas mulheres durante a gestação, poderiam ser evitadas, pelo comprometimento de profissionais de saúde, com a assistência prestada a mulher no período gestacional.

Desse modo, é imprescindível que as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde possam sensibilizar esta mulher de forma a estabelecer um vínculo de confiança fundamental para efetivação dos cuidados, que serão prestados para promover a saúde e prevenir os agravos. Nesta mesma perspectiva, há de se refletir na necessidade de mudanças de velhos paradigmas assistenciais, que tem negligenciado a qualidade da assistência.

## FATORES DE RISCOS RELACIONADOS AO HIPOTIREOIDISMO GESTACIONAL

Dentre os fatores abordados pela literatura analisada neste estudo, aqueles que mais pré-dispõem a mulher grávida, a grupo de risco para desenvolver a doença tireoidiana são: mulheres que possuem história individual ou familiar de doenças autoimunes ter realizado tratamento com iodo radioativo e tireoidectomia; ter uma baixa ingestão de iodo na alimentação, sendo residente de áreas deficientes em iodo; além das mulheres que possuem antecedentes de parto prematuro ou aborto (MACIEL; MAGALHÃES, 2008).

Para as mulheres que não apresentam nenhuma intercorrência que implique na evolução da gestação e residem em áreas suficientes em iodo, o aumento da

secreção hormonal, tem pouco impacto na homeostase da função da glândula, em relação àquelas que moram em regiões, onde o consumo deste nutriente é inadequado e/ou possuem alguma patologia, que a torna susceptível a desenvolver a doença e suas possíveis complicações (FREITAS et al., 2006).

Sendo assim, não é preconizado o rastreio das tireoidopatias em todas as gestantes, entretanto, deve-se considerar a sua história clínica para que sejam identificados previamente, alterações no funcionamento da glândula e, se for o caso, tratar a disfunção. Este poderia ser um motivo justificável para o rastreio, pois, é uma forma de garantir uma assistência segura, além de evitar consequências para as mães e o desenvolvimento dos fetos (COSTA et al., 2004).

Entretanto, a alta prevalência de disfunções tireoidianas, associadas às repercussões obstétricas nas gestantes, bem como o papel da disfunção da tireóide materna influenciando o desenvolvimento fetal, constitui em forte argumento para a avaliação da função tireoidiana durante a gestação, tendo em vista a prevenção de complicações materno-fetais (ANDRADE et al., 2005).

Todavia, a restrição para o rastreio em todas as gestantes é por não está bem estabelecido os efeitos terapêuticos para as mulheres que não têm um diagnóstico definido. Por outro lado, pesquisas atuais preconizam a busca e o acompanhamento das mulheres que fazem parte de grupo de risco, por entender que as mesmas precisam ser monitoradas, com dosagem hormonal, exames radiológicos da glândula e tratadas de modo a prevenir prejuízos (VILA et al., 2012).

Neste sentido, considerando os riscos que a gestante pode estar exposta decorrentes de doenças pré-existentes, é de fundamental importância que a mulher autoconheça seu estado de saúde, de maneira que possa interagir e participar ativamente do autocuidado, fornecendo informações que contribuirão para investigações de doenças, que se apresentam de forma silenciosa. Neste sentido, surge a necessidade do fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e a mulher, para garantir uma assistência eficaz.

## EFEITOS DO HIPOTIREOIDISMO NO FETO

No que diz respeito ao feto, existem publicações associando as complicações obstétricas e fetais com o hipotireoidismo não tratado. Assim, os estudos dizem que filhos de mães com a doença descompensada durante a gravidez, podem

apresentar inadequado desenvolvimento cognitivo, pois os hormônios tireoidianos exercem um importante papel no desenvolvimento do sistema nervoso fetal (BARTH; COSTA; SLONGO, 2010).

O resultado do estudo realizado por Leung et al. (1993), que acompanharam 68 gestantes, com hipotireoidismo na gravidez, comprovou que 23 apresentavam a doença na sua forma clínica e 45, na subclínica, sendo encontrado baixo peso nos filhos das mães, que apresentaram a patologia na forma clínica e 22%, com presença de malformações congênitas e natimortos foram observadas, nas que não fizeram reposição hormonal adequadamente (COSTA et al., 2004).

Nesta perspectiva, as evidências têm demonstrado que vários são os efeitos do hipotireoidismo para o feto, quando a gestante não é avaliada e tratada precocemente. Na presença desta doença, elevam-se as taxas de intercorrências obstétricas e fetais como prematuridade, baixo peso ao nascimento, natimorto, sofrimento fetal e ao recém-nascido, o hipotireoidismo congênito pode acarretar em moderada ou severa, anormalidade neurológica (BARTH; COSTA; SLONGO, 2010).

O feto só produz hormônios tireoidianos, a partir da segunda metade de gestação, logo, é dependente dos hormônios materno durante os primeiros meses. Estes hormônios são responsáveis pela organogênese do sistema nervoso central até os dois anos de vida. Sendo assim, a mãe necessita de um aporte maior de iodo para produzir os hormônios e suprir a dependência fetal, eliminando com isso, as possibilidades desta criança desenvolver hipotireoidismo congênito (SOUZA et al., 2011).

Do mesmo modo que, o reconhecimento precoce das manifestações clínicas da doença no RN, possibilitará um tratamento imediato, com redução de riscos para a criança. Contudo, os sinais clínicos nem sempre se apresentam de forma aparente, podendo-se retardar ainda mais, o início do tratamento e repercutir com déficit no desenvolvimento e crescimento da criança (SETIAN, 2007).

Neste sentido, estudos têm demonstrado que recém-nascidos com hipotireoidismo congênito mostram-se normal ao nascer, devida a transferência placentária de hormônio tireoidiano materno (T4) para a circulação fetal. Por conta disso, o quadro clínico se estabelece lentamente e a maior parte das manifestações é inespecífica, dificultando o diagnóstico da criança, no período neonatal (NASCIMENTO, 2011).

Por esse motivo, o Ministério da Saúde implantou no Brasil, o Programa Nacional de Triagem Neonatal ou teste do pezinho pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mediante portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001. O Programa visa promover a detecção de doenças congênitas em fase pré-sintomática em todos os nascidos vivos, de modo a estabelecer o diagnóstico e iniciar o tratamento precoce (NASCIMENTO, 2011).

O momento ideal para a realização do teste do pezinho deve ser antes da alta da maternidade, preferencialmente até o 5º dia de vida. No entanto, quando isso não é possível faz-se necessário orientar esta família acerca da importância de realizar a triagem neonatal o quanto antes possível e qual unidade de saúde que ela poderá estar se dirigindo para realizar o procedimento (SETIAN, 2007).

Desse modo, o teste do pezinho é um exame de grande relevância para a saúde pública, pois quando realizado precocemente, é possível diagnosticar várias doenças, que se não tratadas podem causar danos irreparáveis no neonato. Na atenção básica, a realização da triagem faz parte do programa saúde da criança, sendo uma excelente forma de prevenção das complicações do hipotireoidismo diagnosticado na infância.

Desta forma, percebe-se que é possível minimizar os danos causados pelo hipotireoidismo no período gestacional. No entanto, para que isso possa acontecer com eficiência, o ideal seria que a mulher em idade fértil que pretende engravidar, planejasse sua gravidez, através de acompanhamentos periódicos, visando conhecer seu estado de saúde para que seja identificada precocemente, qualquer intercorrência, que possa comprometer o desenvolvimento natural da gestação.

Por esta razão, é imprescindível que a equipe de saúde, que assiste a mulher gestante, atue com competência e responsabilidade, assegurando a mesma, uma assistência que promova confiança e segurança nos cuidados prestados.

#### **4 CONCLUSÃO**

Considerando o conteúdo estudado, conclui-se que é necessária a realização da triagem obstétrica em gestantes, que fazem parte de grupo de risco para as doenças tireoidianas, por entender que cada mulher trás consigo, uma história de vida que a pré-dispõe a uma série de fatores e a torna vulnerável a desenvolver complicação materno-fetal, no decorrer da gestação.

A literatura analisada apontou a lacuna de estudos que avaliam o impacto que a reposição hormonal pode causar em gestantes, que não apresentam sintomas de um hipotireoidismo declarado, mas que estão sendo acompanhadas e tratadas. No entanto, faz-se desnecessário a indicação de rastreio desta população, por não se mensurar o risco, benefício da terapia medicamentosa em relação a seu bem-estar.

Sendo assim, é aconselhável que a assistência primária prestada a essa população seja integral, individualizada, contínua, que previna complicações, reduza custos e promova uma melhor qualidade de vida ao trinômio mãe-filho-pai.

Portanto, a importância desse trabalho se reflete em sensibilizar profissionais da saúde, comunidade acadêmica e sociedade em geral acerca da importância de se conhecer os efeitos do hipotireoidismo para a mulher durante o período gestacional, de modo a criar estratégias que possam identificar e tratar precocemente, as alterações, evitando a hospitalização por complicações materno-fetal.

Desta forma, este estudo objetivou descrever a produção da literatura sobre os efeitos do hipotireoidismo para a mulher durante o período gestacional. Além disso, reforça a importância da compreensão das modificações, que ocorrem no organismo da mulher, no período gestacional para o entendimento das complicações oriundas dessas alterações.

Sendo assim, o referido estudo enfatiza o déficit de iodo na alimentação diária da mulher, como uma das causas de alterações tireoidianas, que podem ser evitadas. No entanto, quando a mulher é residente de área suficiente em iodo, a incidência se dá através da doença autoimune (tireoidite de Hashimoto) e/ou destruição da glândula, por ablação com iodo ou cirurgia.

Diante do contexto, é válido ressaltar que vários são os efeitos do hipotireoidismo para as mães e seus fetos. Sendo que, a forma subclínica da doença tem maior prevalência se comparado ao hipotireoidismo declarado. Por outro lado, não é preconizado o rastreio das tireoidopatias em todas as gestantes, todavia, deve-se considerar a sua história clínica, como forma de identificar previamente, alterações no funcionamento da glândula.

Na presença do hipotireoidismo quando não acompanhado e tratado, elevam-se as taxas de intercorrências obstétricas e fetais. Entretanto, a literatura analisada além de restringir o rastreio dessa patologia para mulheres que fazem parte de

grupo de riscos, revela uma falta de consenso sobre os benefícios terapêuticos para as mulheres que não têm um diagnóstico da doença definido.

Sendo assim, visando efetivação da assistência com medidas eficazes, que assegure resultados favoráveis ao prognóstico da gestante, recomenda-se que a palpação da tireoide no exame físico da região cervical e a dosagem dos hormônios tireoidianos sejam práticas a ser realizadas em todas as mulheres grávidas e que mais estudos sejam realizados para avaliar o risco benefício terapêuticos nas mulheres, que não apresentam o diagnóstico da doença bem estabelecido.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. J. O. et al. **Deteção do hipotireoidismo subclínico em gestantes com diferentes idades gestacionais.** São Paulo, v. 49, n. 6, Dez. 2005. 923-929p.

BARTH, N. et al. **Avaliação dos efeitos do hipotireoidismo na gestação.** Rio Grande do Sul, v. 42 n. 2, 2010. 145-148p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Carências de Micronutrientes.** Brasília, n. 20, 2007.

CASTRO, L. F. A. O. **Diagnóstico da função tireoidiana no primeiro trimestre da gestação de mulheres sem doença autoimune e suas repercussões no desfecho da gestação.** 2008. 45p. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Endocrinologia). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

COSTA, S. M. et al. **Hipotireoidismo na gestação.** Recife, v. 4, n. 4, out./dez. 2004. 1-7p.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícias.** Porto Alegre, Artmed, 5. ed., 2006. 680p.

HERNÁNDEZ, M. C. H.; PEREA, H. M. **Hipotiroidismo y bócio en el embarazo.** Cuba, v. 23, n. 3, 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do Trabalho Científico.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 244p.

MACIEL, L. M. Z.; MAGALHÃES, P, H. R. **Tireóide e Gravidez.** São Paulo, v. 52, n. 7, 2008. 1084-1095p.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental.** 11. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2008. 607p.

NASCIMENTO, M. L. **Situação atual da triagem neonatal para hipotireoidismo congênito: críticas e perspectivas.** Santa Catarina, 2011. 55-58p.

SETIAN, N. **Hipotireoidismo na criança: diagnóstico e tratamento.** Porto Alegre, 2007. 209-216p.

SOUZA, M. A. et al. **O hipotireoidismo congênito: esclarecendo a sua manifestação a partir de princípios morfofuncionais.** Rio Grande do Norte, 2011. 65-70p.

VILA, L. et al. **Detección de la disfunción tiroidea en la población gestante: está justificado el cribado universal.** España, v. 139, n. 11, nov. 2012.