



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**FABIANA PIRES RODRIGUES DE ALMEIDA LOPES**

**Hipotireoidismo e gestação: importância do pré-natal no  
diagnóstico, tratamento e acompanhamento**

**PALMAS-TO  
2016**

**FABIANA PIRES RODRIGUES DE ALMEIDA LOPES**

**Hipotireoidismo e gestação: importância do pré-natal no diagnóstico, tratamento e acompanhamento**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins para a obtenção do título de Mestre.

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup> Dra. Gessi  
Carvalho de Araújo Santos

**PALMAS - TO  
2016**

FOLHA DE APROVAÇÃO

FABIANA PIRES RODRIGUES DE ALMEIDA LOPES

HIPOTIREOIDISMO E GESTAÇÃO: IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL NO  
DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO


Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional  
em Ciências da Saúde da Universidade Federal do  
Tocantins para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 17 / 12 / 2016

BANCA EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. GESSI DE CARVALHO DE ARAÚJO SANTOS  
Orientadora  
Universidade Federal do Tocantins

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. SOLANGE MARIA MIRANDA SILVA  
Examinadora Externa  
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP-ULBRA

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. LEILA RUTE OLIVEIRA GURGEL DO AMARAL  
Examinadora Interna  
Universidade Federal do Tocantins

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

- L864h Lopes, Fabiana Pires Rodrigues de Almeida.  
Hipotireoidismo e gestação: importância do pré-natal no diagnóstico, tratamento e acompanhamento. / Fabiana Pires Rodrigues de Almeida Lopes. – Palmas, TO, 2016.  
47 f.  
Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências da Saúde, 2016.  
Orientadora : Gessi Carvalho de Araújo Santos  
1. Hipotireoidismo. 2. Hormônios tireoidianos. 3. Gestação. 4. Alto risco. I. Título

**CDD 610**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

*A **Deus**, aos meus **pais, irmãos, esposo, cunhados e amigos** por encorajar-me a nunca desistir diante das dificuldades.*

***Dedico***

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a *Deus*, por ter permitido realizar esse sonho e me abençoando em todos os momentos de minha vida.

Aos meus pais *João Rodrigues Sobrinho e Maria de Lourdes Almeida Rodrigues*, e irmãos: *Fernanda e Júnior*, meus cunhados *Luciano e Jacinta* e meu esposo *Silvano*.

À minha orientadora *Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Gessi de Carvalho de Araújo Santos*, que acreditou em mim e no meu projeto; agradeço ainda pela caminhada que juntas fizemos, sempre com muita dedicação e amizade.

À banca examinadora composta por *Prof.<sup>a</sup> Dra. Solange Maria Miranda Silva e Prof.<sup>a</sup> Dra. Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral*, contribuindo com suas sugestões e ensinamentos para a conclusão deste estudo.

Ao HMDR e o CSSR, por permitir a realização deste estudo.

**Obrigada a todos!!**

## RESUMO

A pesquisa teve por objetivo investigar o perfil epidemiológico do Hipotireoidismo na Gestação na cidade de Palmas-TO. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório do tipo documental, com abordagem quantitativa, realizado na Maternidade Pública e no Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva. Analisaram-se 15 prontuários de mulheres portadoras do hipotireoidismo, sendo onze no Hospital e Maternidade Dona Regina e quatro no Centro de Saúde Sexual e Reprodutivo. A idade materna média foi de 29 anos; a idade gestacional média, de 16,3 anos; o número de gestações anteriores foi identificado em 9 prontuários; o local de residência foi encontrado em 3 prontuários e moravam na zona urbana; o histórico pessoal da doença contempla 14 indivíduos; história familiar, em apenas 1 prontuário houve registro; a história de abortos contempla 5; casos de prematuridade, não foram encontrados registros nos prontuários investigados; para o tratamento de infertilidade, em apenas 1 prontuário foi observado o registro; com relação à história de bócio/nódulo, obteve-se 2 registros; cirurgia anterior, não foram encontrados registros; a reposição hormonal ocorreu em 4 gestantes. Com relação aos exames repetidos durante a gestação, obteve-se 11 registros nos prontuários. Conclui-se que o acompanhamento se deu de forma pontual com intervenções pertinentes, entretanto, é preciso melhorar a qualidade dos registros nos prontuários, uma vez que informações não preenchidas dificultaram o entendimento do prognóstico dessas mulheres no pré-natal de alto risco.

### **Descritores:**

Hipotireoidismo. Hormônios tireoidianos. Gestação de alto risco.

## **ABSTRACT**

The research aimed to investigate the epidemiological profile of Hypothyroidism in Pregnancy in the city of Palmas-TO. This is a descriptive and exploratory study of documentary type, with quantitative approach, carried out at the Public Maternity and at the Center of Sexual and Reproductive Health. The analysis comprised 15 medical records of women with hypothyroidism, of these, eleven at the Maternity and four at the Center of Sexual and Reproductive Health (CSRH). The average maternal age was 30.2 years; the average gestational age was 16.3 years; the number of previous pregnancies was identified in 9 records; place of residence was found in 3 records and lived in urban areas; the disease personal history comprises 14 individuals; the history family in just 1 records were recorded; the history of abortions comprises 5; cases of prematurity, was not found records in medical charts; for the treatment of infertility in only 1 records noted the record; regarding the history of goiter / lump, there was obtained 2 registers; previous surgery, was not found records; hormone replacement occurred in 4 pregnant women. Regarding the repeated examinations during pregnancy, it was obtained one case in the medical records. We conclude that monitoring occurred in a timely manner with pertinent interventions; however, it is necessary to improve the quality of the medical records, since that unfilled information hindered the understanding of the prognosis of women under high risk prenatal.

### **Keywords:**

Hypothyroidism. Thyroid hormones. High-risk pregnancy.



## **Listas de Siglas**

TSH – Hormônio Estimulante da Tireoide

T3 - Triiodotironina

T4 - Tiroxina

ATA - Thyroid Association

ES - Endocrine Society

CNS - Conselho Nacional de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

HMDR – Hospital e Maternidade Dona Regina

CSSR – Centro de Saúde Sexual e Reprodutivo

PAAF - punção aspirativa por agulha fina

QI - Quociente de Inteligência

Anti – TPO - Anticorpo Anti-tireoperoxidase

## Lista de Gráficos e Quadros

Quadro 1: Recomendações do consumo de iodo conforme a idade e o período gestacional.....	11
Gráfico 1: Faixa etária das gestantes.....	22
Gráfico 2: Idade gestacional que iniciou o rastreio.....	23
Gráfico 3: Números de gestações anteriores.....	24

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....</b>	<b>12</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
3.1 Objetivo geral.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
<b>4.1 TIPO DE PESQUISA.....</b>	<b>18</b>
<b>4.2 LOCAL DE PESQUISA.....</b>	<b>18</b>
<b>4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....</b>	<b>19</b>
<b>4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....</b>	<b>19</b>
<b>4.5 ANÁLISES DOS DADOS.....</b>	<b>19</b>
<b>4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....</b>	<b>20</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>21</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>43</b>

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, observa-se que o estudo das disfunções tireoidianas vem aumentando significativamente. A importância dos hormônios produzidos e liberados por esta glândula vem ganhando destaque por ser essencial na manutenção e maturação de vários órgãos e tecidos, dentre outras funções metabólicas.

A glândula tireóide tem seu nome derivado do grego thyreós, que significa escudo, denominado em 1956 por Wharton. É constituída por dois lobos localizada na região inferior do pescoço, ficando apoiada frouxamente sobre a traquéia, ligados pelo ístmo que lembra o formato de borboleta (GYTON, 2013).

Sua principal função é produzir, armazenar e liberar os hormônios tireoidianos  $T_3$  (Triiodotironina) e  $T_4$  (Tiroxina) na corrente sanguínea, onde, os mesmos agem em todas as células do corpo, ajudando a controlar suas funções. A secreção da tireóide é controlada primariamente pelo hormônio tireo-estimulante TSH, secretado pelo lobo anterior da hipófise, e quando os níveis desses hormônios estão diminuídos no organismo, há uma queda do metabolismo basal; se os níveis dos hormônios estiverem aumentados, existirá excessos de secreções da glândula podendo causar elevação do metabolismo basal acima do normal (CAMPOS, 2005).

O Hipotireoidismo é característico quando apresenta baixa produção de hormônios da glândula tireoide, onde os níveis sanguíneos dos hormônios ( $T_3$ ) triiodotironina e ( $T_4$ ) tiroxina encontram-se diminuídos (AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009). As alterações na produção dos hormônios tireoidianos afetam praticamente todas as funções do sistema orgânico, nos quais os hormônios apresentam efeitos reguladores na atividade metabólica celular e quando os níveis de  $T_3$  e  $T_4$  estão diminuídos, todos os processos do corpo se tornam mais lentos (HOFSTETTER; MATTER, 2005).

A gravidez induz mudanças estruturais e funcionais na função tireoidiana materna, e durante a gestação, sofre uma modificação ao longo da gestação para suportar as demandas gravídicas e que são reversíveis após a gestação (SAHAY; NAGESH, 2012). A glândula tireóide aumenta de tamanho, devido à hiperplasia tecidual e aumento da vascularização, e isso, acontece devido a três fatores: altas taxas de estrogênio, estimuladores tireoidianos produzidos pela placenta e pela diminuição do iodo pela tireoide materna (SAHAY; NAGESH, 2012).

Os hormônios tireoidianos deficientes são comuns na gravidez, e estão associados a maiores taxas de aborto, pré-eclâmpsia, morte fetal, restrição de crescimento intra-uterino, parto prematuro, descolamento prematuro da placenta, retardo do crescimento fetal, e desenvolvimento neuropsicológico deficiente dos filhos (KRASSAS; POPPE; GLINOER, 2010).

Segundo Nazarpour et al, (2015), devido às modificações sofridas, a glândula tireoide pode aumentar o seu volume em até 10%, já nas áreas onde há uma deficiência de iodo, a glândula pode aumentar seu tamanho de 20 a 40%.

O iodo é um micro nutriente essencial para o organismo e para a síntese dos hormônios tireoidianos (LEE, PEARCE; 2015). Tem como função a produção dos hormônios tireoidianos  $T_3$  e  $T_4$ , que são necessários para o crescimento e desenvolvimento do sistema nervoso central do feto (SKEAFF, 2011).

Segundo Roberti e Papoport (2005), o iodo é encontrado em concentrações variáveis no ar, no solo e na água e as doenças relacionadas à deficiência de iodo dependem da área geográfica, dos hábitos alimentares e do grau de deficiência do próprio iodo.

Os alimentos mais ricos em iodo são produtos derivados do mar. Nas regiões próximas ao litoral acumula-se iodo no solo e desta forma, as frutas e vegetais oriundos dessas regiões absorvem concentrações significativas de iodo. Por outro lado, nas regiões distantes do mar a ingestão de iodo é menor (KIMURA, 2012).

No Brasil, a iodação do sal vem sendo realizada desde 1953 através de leis e decretos federais, mas estudos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde mostraram que, em algumas regiões onde não há consumo de sal comercial, ainda existe deficiência do iodo (KIMURA, 2012).

Segundo Lee e Pearce (2015), o aumento do consumo do iodo durante a gestação, se dá pelo aumento da produção dos hormônios tireoidianos e pela transferência do iodo para o feto aproximadamente até à 20ª semana de gestação. As recomendações diárias do composto supracitado pelo Ministério da saúde do Brasil possuem, variações conforme a idade e a necessidades do indivíduo, demonstrado na tabela 1 a seguir.

**Quadro 1** – Recomendações do consumo de iodo conforme a idade e o período gestacional.

<b>Quantidade de iodo recomendado</b>	<b>Idade</b>
<b>50 ug/dia</b>	Primeiros 12 meses
<b>90 ug/dia</b>	2 a 6 anos de idade
<b>120 ug/dia</b>	7 a 12 anos de idade
<b>150 ug/dia</b>	Acima de 12 anos de idade
<b>200-300 ug/dia</b>	Gestante e lactante

Fonte: Ministério da Saúde, 2014a.

Entretanto, quando a deficiência de iodo está presente durante a gestação é necessário o aumento da ingestão de iodo (KRASSAS; POPPE; GLINOER, 2010) para que possam ser minimizados os riscos de desenvolver o bócio, cretinismo endêmico, retardo mental, problemas na infância e na gravidez (LEUNG; PEARCE; BRAVERMAN; 2011).

Existe variedade de métodos para controle da correção do iodo, e o método mais comum é a adição de quantidades de iodo no sal para consumo humano (LÁZARO, 2016). O incentivo do sal iodado pela Organização Mundial de Saúde tem ajudado no combate ao cretinismo em muitas partes do mundo e a recomendação diária para mulheres grávidas é de 200 a 300 ug/dia de iodo e para as não grávidas a recomendação é de 150 ug/dia de iodo (SKEAFF, 2011).

No estado do Tocantins, durante o período de janeiro de 2008 a junho de 2014 foram notificados 8.055,73 casos de transtornos tireoidianos relacionados à deficiência de iodo em mulheres. Destes, os municípios com maior número de casos foram: Araguaína com 3.152,14, seguido por Palmas com 2.308,13 e Gurupi 1.371,89 notificações (BRASIL, 2014b).

Na gestação, o hipotireoidismo é uma das doenças endócrinas mais comuns e está associada à expressiva morbidade para a mãe e feto, podendo ser reversível ao tratamento (BERTOLUCI, 2011).

As mulheres que são portadoras de hipotireoidismo e que pretenderem engravidar deveriam ser estimuladas a fazer o exame diagnóstico e, uma vez confirmada a disfunção, ser orientada e acompanhado os níveis de T<sub>3</sub> e T<sub>4</sub> antes da concepção. O diagnóstico é

confirmado através das dosagens do TSH, T<sub>3</sub> e T<sub>4</sub>. Quando diagnosticada a gravidez, esses hormônios deverão ser monitorados a partir do primeiro trimestre da gestação, revendo os mesmos a cada seis ou oito semanas, de modo que o tratamento consiste na reposição dos hormônios tireoidianos, devendo ser ajustado quando houver necessidade (SAHAY; NAGESH, (2012); MEDEIROS et al, 2014).

A realização da triagem antes e durante a gestação é essencial na busca para diagnosticar mulheres portadoras do hipotireoidismo, e essa temática, tem sido muito debatido nos últimos anos. É comprovado que existem evidências no comprometimento do desenvolvimento neuropsicológico, quando não tratado corretamente durante a gestação, e com a triagem, ocorre à detecção precocemente podendo reduzir complicações materno-fetal (VAIDYA et al, 2012). Mas, de acordo com a literatura, existem controvérsias em implementar a triagem universal (CHANG et al, 2011).

Com o rastreamento e identificação dessas mulheres, o tratamento é fácil, tem baixo custo, considerado eficaz e as desvantagens relatadas pelos autores é o custo e ansiedade por parte da gestante (HORACEK et al, 2010).

## **2 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL**

### **2.1 Histórico da assistência**

Segundo Barros (2002), a história do Pré-natal começa no século XIX, em que Thomas Bull escreveu o 1º livro dedicado ao pré-natal. Em 1892, quando na época em Paris iniciou-se uma das primeiras residências por Madame Becquet de Vienne, que abrigava gestantes sem recursos. Pinard, um médico francês, foi um dos primeiros a defender o exame abdominal pré-natal e induziu parto antes do termo.

Pinard e Madame Becquet abriram uma residência para as mulheres grávidas que necessitavam de ajuda, dando à luz no Hospital de Baudeloque. Haig Ferguson, em 1899, realizava-se o pré-natal em uma residência familiar que o mesmo abriu em Radimburgo. J. W. Ballantyne, em 1913, teve-se a idéia do controle do pré-natal, depois disso, foram abertas clínicas em regime externo para esse controle no Reino Unido (BARROS, 2002).

Desta forma, de acordo com o autor supracitado, observa-se que, no século XX, as mulheres eram raramente examinadas pelo médico durante a gravidez. Em 1915, foi aberta

uma clínica municipal de pré-natal em Borough de Wodwich e, na Inglaterra, foram abertas seis clínicas experimentais com voluntários.

No que se refere ao cuidado do pré-natal, esse começou a se expandir graças a Ballantyne com o apoio de Janet Campbell, do Ministério da Saúde. Começaram a abrir clínicas obstétricas para controle do pré-natal no Reino Unido, sendo comandadas por médicos residentes e parteiras. A responsável pelo início do Sistema Nacional de Clínicas Pré-Natais foi Janet Campbell que estabeleceu o padrão de visitas e rotinas e realizou trabalhos estatísticos.

O mesmo autor, diz que em 1939, no Reino Unido, 40% das mulheres eram atendidas nas clínicas de pré-natal. Depois de um ano, esse número subiu para 50%. Em 1945, quase todas as mulheres eram atendidas por estas clínicas, com exceção das que escondiam a gestação. Em 1948, as autoridades locais eram quem comandavam essas clínicas. Os médicos passaram a atender essas gestantes em consultórios, com partos domiciliares. Com isso, diminuiu o número de atendimentos nas clínicas municipais, fato acontecido no final da década de 1950.

Na década de 1950, em alguns países foi estabelecido o número de consultas para gestantes. A primeira consulta acontecia durante as 28 primeiras semanas de gestação, sendo uma consulta mensal; depois, uma quinzenal até 36 semanas e, por último, visitas semanais. Essas visitas incluíam determinar o fator Rh, o grupo sanguíneo, e a hemoglobina. Em todas as consultas era realizado o controle ponderal e analisada a presença de albumina e glicose na urina. A palpação abdominal era realizada nessas visitas e os exames ginecológicos eram feitos no início do pré-natal e outro no final da gestação. Esses exames tinham a finalidade de detectar anomalias na pelve e verificar se existia desproporção cefálica. Depois, foram introduzidos exames sorológicos e teste de Coombs indireto. (BARROS, 2002).

No Brasil em 1960 houve a implantação das ações a assistência à mulher que incluía gravidez e o parto, e a partir dos anos 80, o governo brasileiro pressionado pelos profissionais de saúde, iniciaram mudanças relacionadas à forma de atendimento à mulher, que valorizavam maior participação, informação e consciência dos seus direitos, e após intensas discussões e reflexões sobre a assistência à mulher no pré-natal (CRUZ; CAMINHA; BATISTA-FILHO, 2014).

Ainda de acordo com esses autores, em 1983 foi publicado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) marca-se uma ruptura conceitual com os princípios



até então norteadores da política de saúde das mulheres e as prioridades nessa área, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal.

No ano de 2000, foi criado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliando o acesso ao pré-natal, estabelecendo critérios para qualificar as consultas pré-natais a promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (LEÃO; MARINHO, 2002).

Em reconhecimento à relevância e ao impacto do processo de nascimento, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro vem, nos últimos anos, assumindo, como um de seus compromissos, a promoção da maternidade segura.

A assistência pré-natal é um dos programas criados para grupos específicos de gestantes na tentativa de se elevar a qualidade dos serviços prestados, visto que os principais fatores de risco tanto para a saúde materna, quanto do conceito, são identificados durante as consultas de pré-natal através do acompanhamento sistematizado no período gestacional (LIMA; MELO; FERREIRA, 2012).

Essa assistência está dividida em duas modalidades: Assistência ao pré-natal de baixo risco compreendido pela assistência integral à mulher, a assistência ao pré-natal deve ser organizada para atender às necessidades das gestantes, utilizando conhecimentos técnico-científicos e recursos mais adequados e disponíveis, devendo acolher a mulher desde o início da gestação, ter uma escuta aberta, sem julgamentos e preconceitos, permitindo que a gestante possa falar sobre sua intimidade, fortalecendo a mesma até o parto (BRASIL, 2012c).

O número de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde, para uma boa assistência pré-natal, é de no mínimo seis consultas. O primeiro passo para essa assistência é dado através da realização da primeira consulta que deve ser feita preferencialmente entre seis e oito semanas ou o mais precoce possível, retornando com quinze dias para a verificação dos exames solicitados, podendo ser realizada na unidade básica de saúde ou por meio da visita domiciliar (BRASIL, 2012c).

E assistência ao pré-natal de alto risco, mesmo sendo a gravidez um fenômeno fisiológico, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar disso, algumas gestantes podem apresentar condições que ameaçam a sua saúde e do recém-nascido (ROBLES, 2015).

Nombra (2005), diz que a caracterização de gestações como sendo de alto risco tem como objetivo principal orientar a atenção adicional à gestante, possibilitando a prevenção de eventos e desfechos indesejáveis.

Alguns casos são solucionados no nível primário de assistência, porém, algumas gestantes podem necessitar de cuidados mais complexos, com equipes multidisciplinares constituídas por especialistas de outras áreas (BRASIL, 2001d).

Para estas gestantes, o número de consultas deve ser avaliado individualmente, de acordo com a necessidade da paciente, podendo ter acompanhamento domiciliar (BRANDEN, 2000).

São recomendações do programa de pré-natal: realizar a primeira consulta o mais rápido possível; a gestante deve fazer, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; e uma consulta no puerpério até quarenta e dois dias após o nascimento, tempo suficiente para detectar os prováveis riscos, a fim de preveni-los (BRASIL, 2012c).

Diante do exposto, essa pesquisa tem como questionamento: Verificar como está sendo realizada a triagem nas Gestantes com Hipotireoidismo no Centro Especializado Municipal e na Maternidade Pública na cidade de Palmas.

Esse estudo tem como hipótese: As gestantes com diagnóstico de hipotireoidismo que são referenciadas as unidades de especialidades estão realizando o pré-natal conforme o protocolo estabelecido para o diagnóstico e acompanhamento.

Partindo do questionamento supracitado, faz-se imprescindível a abordagem do tema devido sua importância para a endocrinologia obstétrica, reconhecendo grupos de mulheres que não apresentam sintomatologia ou possuem riscos que as impossibilitam de manter a concepção e o desenvolvimento da gravidez, acarretando em complicações materno-fetal.

Justifica-se esse estudo pela alta incidência de casos do Hipotireoidismo no Brasil e pela pequena produção de dados publicados referentes ao assunto no Estado. Sendo as regiões norte e nordeste consideradas áreas de risco na deficiência do iodo, contudo, há poucas informações sobre o desenvolvimento e acompanhamento do agravo no estado do Tocantins outrora considerado uma área endêmica.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Investigar o perfil epidemiológico do Hipotireoidismo na Gestação em uma Maternidade Pública e no Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva na cidade de Palmas.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Elencar os casos de prematuridade e abortos espontâneos em mulheres com hipotireoidismo;

Verificar o número de gestantes encaminhadas ao pré-natal de alto risco com diagnóstico de hipotireoidismo;

Identificar os principais sinais e sintomas de hipotireoidismo na evolução clínica da gestante e dinâmica de acompanhamento;

Evidenciar o perfil epidemiológico do hipotireoidismo na região estudada.

## **4 METODOLOGIA**

A metodologia tem como função primordial mostrar ao pesquisador como proceder formalmente e sistematicamente no seu intento científico, ajudando-o a refletir e instigar um novo olhar sobre o mundo: um olhar curioso, indagador e criativo.

### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória do tipo documental, com abordagem quantitativa. As pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou mesmo o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2006). Já as pesquisas exploratórias caracterizam-se pela exploração das dimensões de interesse de alguns fenômenos e tem por objetivo proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado fato, desenvolve, esclarece e modifica conceitos e ideias. Esse desenho de estudo é utilizado para buscar informações sobre as características dos sujeitos de pesquisa, grupos, instituições ou situações, ou sobre a frequência da ocorrência de um fenômeno e levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população (POLIT e HUNGLER, 1995).

No que se refere à abordagem quantitativa, Richardson (2007) diz que é resumida pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento destas por meio de técnicas estatísticas.

### **4.2 LOCAL DE PESQUISA**

Esta pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva (CSSR), que é referência no atendimento para Gestação de Alto Risco do município de Palmas e no Hospital e Maternidade Dona Regina que é referência no estado do Tocantins para Alto risco, onde as equipes estão habilitadas a prestarem assistência à mulher, em procedimentos ginecológicos e acompanhamento do Pré-Natal de Alto Risco.

### **4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população foi constituída por prontuários de gestantes com diagnóstico de hipotireoidismo, considerado gestação de alto risco, que são atendidas no Centro de Referência do município e na rede pública estadual. A amostra foi composta por 15 prontuários de gestantes que foram atendidas no período de janeiro a julho de 2015, e a coleta dos dados foi realizada no período de agosto a setembro de 2015. O critério de escolha foi o cadastro da paciente na unidade de saúde, mulheres com histórico de abortamento e prematuridade e foram excluídos os prontuários em que as gestantes não apresentavam disfunções tireoidianas, as instituições não possuem prontuários eletrônicos e os acessos às informações se deram no momento da presença de funcionários e médicos do ambulatório de especialidade com autorização institucional.

**Justificativa da amostra:** O estado do Tocantins já foi considerado uma área endêmica relacionado à falta de iodo. Contudo, há poucos dados e informações sobre a incidência do tema abordado.

### **4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS**

O instrumento para coleta dos dados foi utilizado um questionário estruturado fechado (APÊNDICE A), adaptado para esta pesquisa a partir das diretrizes da American Thyroid Association (ATA) e Endocrine Society (ES) para o tratamento das doenças da tireoide, que foram publicados em 2011 e 2012 (VAIDYA, 2012). A coleta foi baseada em prontuários das gestantes atendidas nos centros de referências para Gestação de Alto Risco do município de Palmas e no Hospital e Maternidade Dona Regina que é referência no Estado. O questionário foi composto por questões objetivas que permitam atender os objetivos propostos.

### **4.5 ANÁLISES DOS DADOS**

Para análise dos dados, foi utilizada uma abordagem quantitativa, cuja demonstração estatística foi apresentada através de gráficos. Para o cálculo da idade das pacientes utilizou-se a mediana.

Segundo Lakatos e Marconi (2006), tabela é um método estatístico e sistemático, que apresenta os dados em colunas ou fileiras, obedecendo à classificação dos objetos ou materiais da pesquisa. Já os gráficos são figuras que servem para a representação dos dados.

#### **4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada levando em consideração os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizado pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012e). O estudo tem um Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários. Por se tratar de uma pesquisa documental, o estudo não contera o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), entretanto, foi enviado um ofício à direção das instituições envolvidas, solicitando autorização para utilização de informações contidas nos prontuários, por serem os responsáveis pela guarda desses documentos, fiel depositário. O trabalho iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e autorização dos órgãos municipal e estadual.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, serão abordados os resultados e discussão da coleta de dados que foi realizada de acordo com os objetivos propostos inicialmente neste estudo. Foram utilizados recursos gráficos e figuras para contemplar a análise do material de cunho quantitativo.

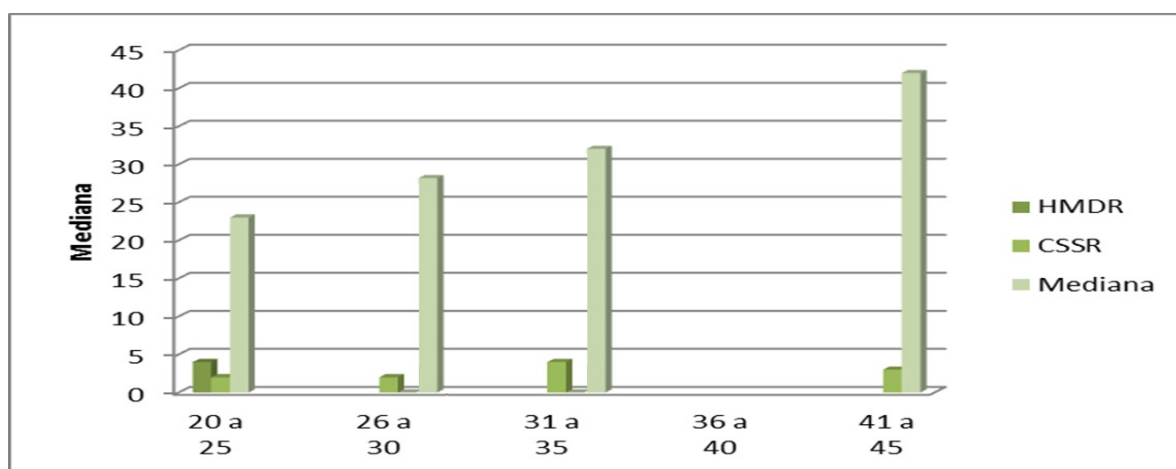
O presente estudo foi realizado para avaliar condutas durante o pré-natal relacionadas ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das gestantes portadoras do hipotireoidismo.

Foram analisados um total de 15 prontuários de mulheres portadoras do hipotireoidismo que foram encaminhadas para o HMDR e CSSR. Todos os prontuários investigados atestavam que as gestantes eram portadoras do hipotireoidismo e que foram encaminhadas das Unidades Básicas de Saúde para as unidades de referência de Alto Risco, municipal e estadual. Em apenas um prontuário não foi informado o registro de histórico pessoal de desordens tireoidianas, mas que, no entanto, foi constatado pelos exames laboratoriais que apresentou.

Para a caracterização da amostra, foram utilizadas as seguintes variáveis: idade materna, idade gestacional, números de gestações, história pessoal de desordens tireoidianas, história familiar, história de abortos, casos de prematuridade, casos de infertilidade, história de bócio/nódulo, histórico de tireoidectomia, reposição hormonal e repetições de exames durante o pré-natal.

Os dados estão apresentados em forma de gráficos, e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

**Gráfico 1: Faixa etária das gestantes com Hipotireoidismo.**



**Fonte:** HMDR e CSSR, Palmas - TO.

A faixa etária das gestantes atendidas nos centros onde realizou-se a coleta dos dados. Observa-se que no HMDR a idade das gestantes variou de 20 a 25 anos mediana de 23; Já o CSSR, a idade variou de 20 a 45 anos mediana de 31; sendo quatro com idade entre 31 a 35 mediana de 31,5; três de 41 a 45 anos mediana de 42; e duas de 20 a 25 anos mediana de 24,5; e de 26 a 30 anos mediana de 28,5.

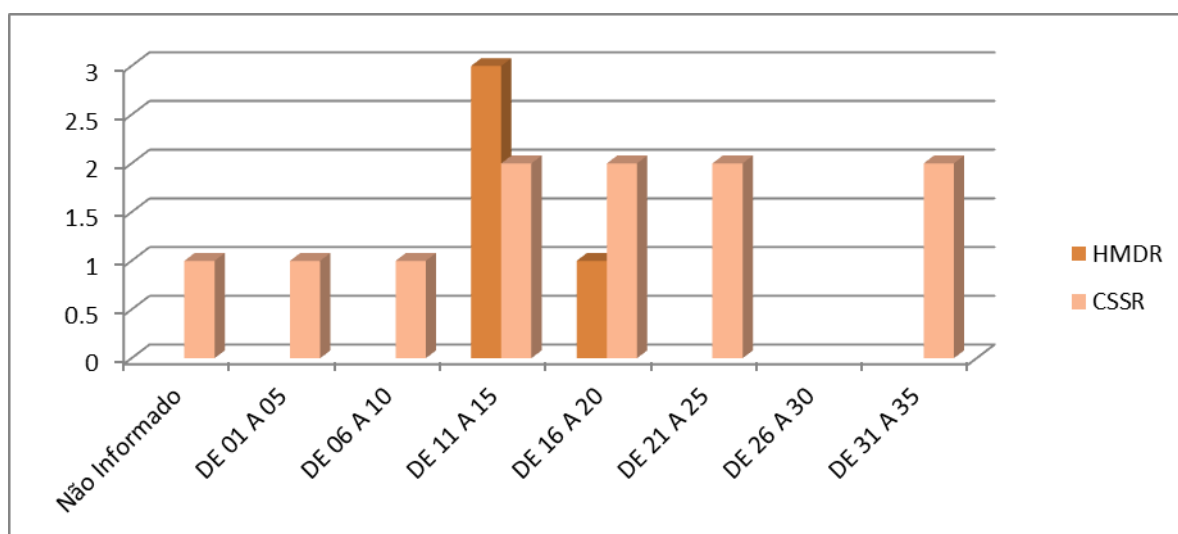
A idade materna tem sido considerado uma condição de risco para a gestação quando precoce ou tardia, trazendo possíveis complicações para a saúde materna e fetal, com isso, é indispensável uma atenção especial durante o pré-natal.

Quando a gestação é em mulheres jovens, muitas iniciam o pré-natal tardio, podendo desenvolver desordens hipertensivas, baixo peso, prematuridade e complicações no parto (SANTANA et al, 2010). A gestação tardia, é a que apresentam maior incidência de desordem hipertensiva, diabetes gestacional, e as complicações existentes podem ser desencadeadas devido ao declínio progressivo das funções hormonais da mulher; as ocorrências de partos cesarianos também aumentam nessa faixa etária, diminuindo assim, a frequência de partos normais; o risco de mortalidade materna é proporcional à elevação da idade (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

Lembrando que a idade não é impecílio para a gestação, porém, depende de alguns fatores para que seja saudável como a qualidade de vida e a qualidade obstétrica no pré-natal e parto.



**Gráfico 2: Idade gestacional que iniciou o rastreio.**



**Fonte:** HMDR e CSSR, Palmas - TO.

O gráfico 2 mostra a Idade gestacional que iniciou o rastreio. Observa-se que no HMDR, a variação ocorreu de 11 a 15 semanas em três gestantes e 16 a 20 semanas, para um; o CSSR teve variação de 11 a 15 semanas, de 16 a 20 semanas, de 21 a 25 semanas e de 31 a 35 semanas com dois registros em cada, seguido de 01 a 05, de 06 a 10, com uma em cada semana; em um prontuário não foi encontrado a idade gestacional que iniciou o rastreio.

O pré-natal é um fator de prevenção a todas as gestantes, com a finalidade de identificar e prevenir complicações nesse período. O mais cedo possível, deve-se iniciar o pré-natal antes do primeiro trimestre para que possam fazer todas as consultas preconizadas pela assistência básica do pré-natal que não deve ser inferior a seis consultas (BRASIL, 2012c).

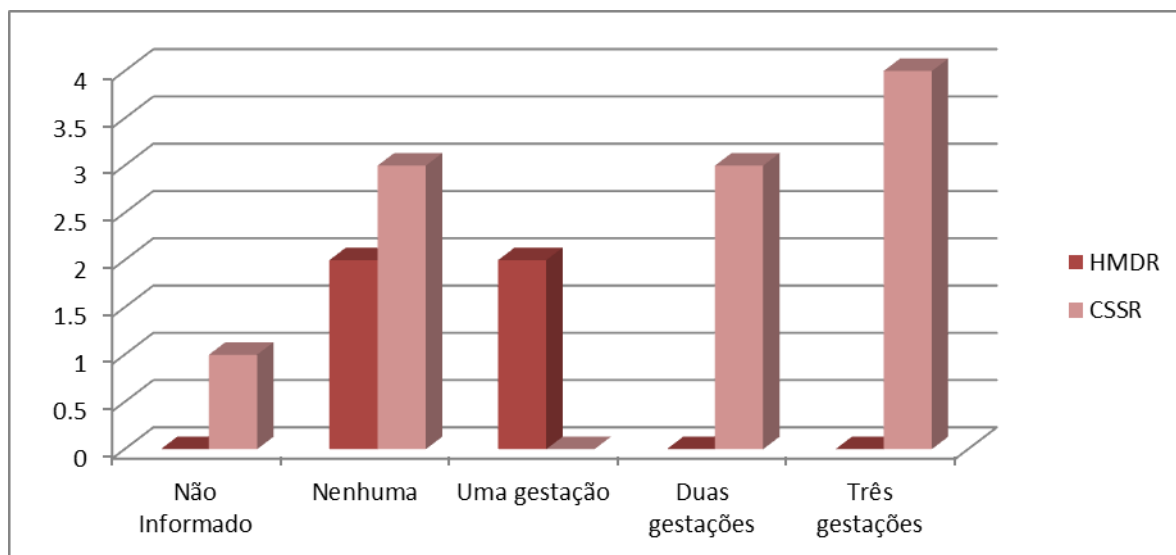
O início tardio do pré-natal pode interferir na assistência deficiente, fazendo com que não haja investigação de alguma disfunção que a gestante possa ser portadora, como a disfunção tireoidiana que é de grande importância a sua identificação no primeiro trimestre.

Sabe-se que os hormônios da tireóide são essenciais para o desenvolvimento do feto no primeiro trimestre da gestação, e é a principal fonte de fornecimento hormonal durante esse período, sendo responsáveis pela mielinização normal, regula a migração de células no córtex, cerebelo e hipocampo e regulando também a diferenciação de neurônios

(ANDERSEN et al, 2013). Na segunda metade da gestação, os hormônios também participam no desenvolvimento do cérebro do feto (BERNAL, 2005). Estudos mostram que até a 18ª - 20ª semana da gestação, a tireóide do feto não está funcionando (SAHAY; NAGESH, 2012), com isso, depende exclusivamente dos hormônios tireoidianos maternos que atravessam a placenta para o seu desenvolvimento neurológico (CHANG et al, 2011).

Quanto mais precoce for à identificação das desordens tireoidianas, mais rápido será o acompanhamento e tratamento, prevenindo assim complicações maternas e fetais como abortos, pré-eclâmpsia, prematuridade, dentre outras (RAJESH et al, 2015).

**Gráfico 3: Números de gestações anteriores.**



**Fonte:** HMDR e CSSR, Palmas - TO.

O gráfico 3 demonstra o número de gestações anteriores. Observou-se que no HMDR, duas pacientes, tinham histórico de uma gestação e duas não tiveram gestação anterior; no CSSR, quatro pacientes, apresentavam três gestações anteriores, três pacientes, possuíam histórico de duas gestações, três pacientes, não teve gestações anteriores e de uma paciente, não foi encontrada a informação no prontuário.

Toda gestação traz risco para a mãe e o feto, com isso, existem diversos fatores durante a gestação que podemos intensificar os cuidados necessários para cada mulher como a história reprodutiva anterior e as doenças obstétricas na gravidez atual; sabendo que a gestação pode evoluir sem intercorrências na sua grande maioria, e outras por apresentarem algum agravo, podem desencadear intercorrências (BRASIL, 2010f).

O número de gestações múltiplas está relacionado às complicações quando comparadas as primigestas, isso porque, as gestações múltiplas geram modificações no organismo que podem desencadear complicações como partos prematuros, pré-eclâmpsia, deslocamento prematuro da placenta. Havendo também, outros fatores que previne riscos nas próximas gestações, servindo para avaliar antecedentes pessoais e doenças anteriores (SOARES; SCHOR; TAVARES, 2008).

Os resultados encontrados sobre a variável local de residência, dos quinze prontuários, em três destes (20%) foi encontrado o registro que as gestantes residiam na zona urbana; e em doze (80%) não foi encontrado essa informação.

O pré-natal tem a finalidade de promover e rastrear situações de risco tanto materna como fetal e com a implantação do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal, que visa à melhoria da cobertura e da qualidade da assistência ao pré-natal tem demonstrado uma melhoria na cobertura, porém, dependendo do local, essa assistência não é oferecida com qualidade ou muitas vezes não há a realização do pré-natal segundo (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

Titaley et al, (2010), relatam que a não realização do pré-natal deve-se a vários fatores, onde, o acesso aos serviços de saúde é um fator preponderante uma vez que o local de residência distante do serviço e o custo para o deslocamento tem deixado muita gestante sem realizar o pré-natal, o que acarretará em não controle de efeitos adversos para a gestante e o feto.

Para a variável história pessoal, dos quinze prontuários investigados, quatorze (73%) tinha história pessoal de distúrbios tireoidianos e em um (7%) prontuário, não foi informado.

A história pessoal de doenças tireoidianas é importante para avaliar mulheres com diagnóstico de hipotireoidismo ou com história familiar, devendo ter na abordagem clínica a oportunidade para avaliação de sintomas e provas de exames de sangue e imagem. Nesta abordagem, estão inclusas gestantes que tiveram história familiar de tireoidectomia ou história pessoal de doenças tireoidianas ou outra desordem auto-imune devem ser avaliados e sugestivos de hipotireoidismo (BEITUNE et al, 2008).

Na variável história familiar, dos quinze prontuários investigados, em um (7%) a gestante tinha esse histórico, em um (7%) afirmava que a gestante não tinha história familiar e em treze destes (86%) não encontramos esse registro.

A definição de história familiar refere-se à pacientes com dois ou mais parentes de primeiro grau portadores de doenças da tireóide (BRASIL, 2014b), orienta atenção ao controle da função tireoidiana antes, durante e depois da gestação (MARQUES, 2015).

Toda mulher que apresentar sintomas de hipotireoidismo, história de doença tireoidiana, história de tireoidite pós-parto, cirurgia tireoidiana prévia, história familiar de doença tireoidiana, bócio (aumento da glândula), diabetes tipo 1 ou outras doenças autoimunes, aborto prévio ou história de parto prematuro, deve ter sua função tireoidiana avaliada (CARVALHO; PEREZ; WARD, 2013).

As causas para formação de nódulos na tireóide não estão totalmente elucidadas, sabendo-se que as doenças da tireóide possuem predisposição genética que favorecem ao aparecimento dos nódulos (COSTA, 2016).

Para a variável casos de aborto, dos quinze prontuários, em cinco destes (33%) houve registros de casos de abortamentos, em seis (40%) afirmava que a gestante não teve casos de abortos, e em quatro (27%) não foi encontrado essa informação.

O aborto é caracterizado quando há perda do embrião até a 20ª semana de gestação ocorrendo de 10 a 15% antes da 8ª semana e 3% entre a 8-28 semanas (LATA et al, 2013), e a maioria dos abortos em mulheres portadoras do hipotireoidismo, acontece antes da investigação clínica (LOVEGREEN; SCHUST, 2013). É uma das complicações mais comuns durante a gestação, quando não é investigado as disfunções tireoidianas, e quando há evidências das desordens, é necessário a triagem principalmente em mulheres com histórico de abortos espontâneos para que tenham uma suplementação hormonal adequada (LOVEGREEN; SCHUST, 2013).

Estudos determinam que a prevalência de doença autoimune da tireóide tem relação com o risco de aborto; mulheres com anticorpo positivo apresentaram maior histórico de abortamento quando comparadas a mulheres com anticorpos negativos; e apresentavam concentração do TSH elevado e a tiroxina livre T4 em concentrações menores (BAGIS; GOKCEL; SAYGILI, 2001).

Quando observado os casos de prematuridade, em oito prontuários (53%) a gestante não teve casos de prematuridade e em sete (47%), não continha essa informação.

O hipotireoidismo quando não identificado ou tratado durante a gestação, implica em consequências graves tanto para a mãe e o feto, como o parto prematuro (MACIEL; MAGALHÃES, 2008).

O parto prematuro é definido como a ocorrência do nascimento antes do termo, conhecido como parto pré-termo, cuja gestação termina entre a 20<sup>a</sup> e a 37<sup>a</sup> semanas (ALMEIDA et al, 2012).

A principal forma de intervir e prevenir esse agravo, está relacionado ao conhecimento e ao monitoramento de fatores de riscos, bem como as condições de nascimento, saúde da mãe e a assistência prestada durante o período gestacional (RAMOS; CUMAN, 2009).

Na variável tratamento para infertilidade, em apenas um prontuário (7%) a gestante tinha relatos de infertilidade, e em seis (40%) afirmava que a gestante não apresentou casos de abortamentos e em oito (53%) não foi encontrado essa informação.

A infertilidade consiste na incapacidade de concepção após um ano ou mais de relações sexuais sem contracepção; com isso, inicia o processo de investigação das possíveis causas da infertilidade (BRASIL, 2010f).

Segundo Cho (2015), o hipotireoidismo está associado às alterações da função ovariana, com ciclo menstrual irregular e a infertilidade. E comumente, o tratamento hormonal corrige estes problemas, por vezes, os sintomas das disfunções tireoidianas podem permanecer assintomáticos, ou mesmo não diagnosticadas. Ainda segundo o autor supracitado, o TSH e anticorpos anti-tireoidianos devem ser dosados em mulheres que apresentam casos de abortos e infertilidade.

Segundo (LATA et al, 2013), mulheres portadoras de hipotireoidismo tem risco aumentado para infertilidade, e mesmo concebendo, tem o risco de abortamento.

Na variável bócio/nódulo, houve dois prontuários (13%) com este registro, e em dois (13%) a gestante não tinha esse histórico e em onze destes (73%) não foi encontrado essa informação.

O bócio é caracterizado quando há uma deficiência do iodo no organismo, ocorrendo aumento do volume da glândula tireóide responsável pela síntese dos hormônios tireoidianos (LIMBERT et al, 2012). Os distúrbios por deficiência de iodo ocorrem em várias regiões do mundo (ROBERTI; PAPOPORT, 2005), podem causar cretinismo em crianças, surdez, anomalias congênitas, bem como a manifestação clínica mais comum, o próprio bócio (SKEAFF, 2011).

O mineral é encontrado em abundancia em alimentos de origem marinha (ostras, moluscos, mariscos e peixes de água salgada); leite e ovos também são fontes de iodo, desde que oriundos de animais que tenham pastado em solos ricos em iodo ou que foram

alimentados com rações que continham o nutriente; vegetais oriundos de solos ricos em iodo também são boas fontes do composto (KIMURA, 2012).

Quando a deficiência de iodo está presente durante a gestação, a tireóide materna sofre modificações, com isso, é necessário o aumento da ingestão de iodo durante a gestação (LAZARÓ, 2016). Ainda de acordo com o autor, existe uma variedade de métodos para controle da correção do iodo, e o método mais comum é a adição de quantidades de iodo no sal para consumo humano.

O incentivo do sal iodado pela Organização Mundial de Saúde tem ajudado no combate ao cretinismo em muitas partes do mundo. Os distúrbios decorrentes da deficiência do iodo afetam 740 milhões de pessoas e 30% do restante da população mundial corre o risco de apresentar esta deficiência (SKEAFF, 2011).

A literatura observou alta prevalência de bócio nas regiões norte e nordeste, que além de distantes do mar, têm maior dificuldade tanto econômica quando territorial, de ter acesso a sal de qualidade e onde se registram casos de consumo do produto destinado à ração animal (AMARAL-MELO et al, 2015).

No estado do Tocantins em 2003, as equipes da Vigilância Sanitária Estadual, Municipal e Lacen criaram um guia que tinha a finalidade de pesquisar sobre a deficiência de iodo e como consequência o aumento de notificações do bócio endêmico. A população deste estudo foram os Agentes Comunitários de Saúde do Estado. Durante a coleta dos dados, foi identificado pelos pesquisadores que durante a preparação dos alimentos, os Agentes de Saúde, faziam uso do tempero completo. Ainda de acordo com a pesquisa, após as análises laboratoriais, foi verificado que o sal, que faz parte da formulação do tempero completo, não continha iodo na sua fórmula. O projeto orientava quanto às intervenções para minimizar o número de notificações e os casos relacionados à deficiência de iodo, porém, foram identificados alguns pontos críticos na gestão e as intervenções não foram implementadas (OPAS/OMS, 2009).

Quando investigado a ocorrência de cirurgia anterior, em três prontuários (20%) a gestante não passou por tireoidectomia e em doze (80%), não foi encontrado esse informação.

A cirurgia para retirada da glândula tireóide pode ser parcial ou total e o que vai decidir o tipo de cirurgia, são os sintomas e fatores apresentados pelo paciente. O hipotireoidismo pode ser causado após uma tireoidectomia total, e as principais indicações da cirurgia é quando há suspeita de malignidade (quando na punção aspirativa por agulha

fina PAAF, deixar dúvida); compressão cervical com desvio de traquéia (quando há um aumento da glândula que causam dificuldades para engolir ou respirar) e hipertireoidismo refratário ao tratamento (quando o tratamento não está sendo eficiente para controlar o hipertireoidismo) (CAPUZZO, 2016).

Em gestantes que apresentam suspeita de malignidade e tem indicação de cirurgia para retirada da glândula tireoide, essa, só é indicada se houver crescimento significativo do tumor ou se estiver em estado avançado da doença; nesse caso, a indicação é realizar a cirurgia no segundo trimestre da gestação, pois estudos indicam que no primeiro trimestre aumenta o risco de abortamento e no terceiro trimestre aumenta o risco para parto prematuro (ROSÁRIO et al; 2013).

Com a realização da tireoidectomia total, há necessidade de repor os hormônios que a glândula produzia para manutenção das funções vitais (MEDEIROS et al, 2013).

Para a variável reposição hormonal, foi encontrado esse registro em quatro prontuários (27%) das gestantes que tiveram reposição durante o pré-natal, e em um (7%) não houve essa reposição e em dez (66%), não foi encontrado essa informação.

Segundo Chang et al (2011), estudos mostram que mulheres com hipotireoidismo não tratado durante a gestação, têm suas crianças apresentando aumento na deficiência intelectual em comparação às gestantes que fazem controle cuidadoso com reposição hormonal, têm desenvolvido uma gravidez tranquila, e as crianças tem apresentado um bom desenvolvimento. Estudos comprovam que crianças que nascem de mães portadoras do hipotireoidismo têm maiores riscos de apresentarem deficiência do Quociente de Inteligência (QI); as nascidas de mães não tratadas apresentaram QI abaixo da média de crianças nascidas de mães que tiveram suplementação adequada. Sabendo que o risco, aplica-se também as mulheres que fazem uso de suplementação e que esteja abaixo do ideal (SAHAY; NAGESH, 2012).

Quanto ao tratamento, a levotiroxina é a droga de escolha para hipotireoidismo na gestação, e devido às modificações fisiológicas é preciso aumentar a dose diária do hormônio tireoidiano que varia em média de 30 – 50% a mais da dose habitual (SAHAY; NAGESH, 2012). Devendo manter os níveis de TSH dentro do normal, no terceiro trimestre e T<sub>4</sub> Livre dentro do limite de normalidade e com acompanhamento a cada 4 a 6 semanas para que possa ser feito ajuste da dose quando necessário (STAGNARO-GREEN et al, 2011).

Após o parto, as mulheres deverão diminuir a dosagem do hormônio que foi aumentando durante a gestação até a 4ª semana pós-parto, voltando para a dose que tomava no período pré-gestacional; as que iniciaram as doses dos hormônios na gravidez irão necessitar da metade da dose que tomava antes do parto; as gestantes com hipotireoidismo sub-clínico, poderá interromper a medicação após o parto, sendo avaliada após seis semanas e decidir se vai continuar o tratamento hormonal ou não (RAMPRASAD; BHATTACHARYYA; BHATTACHARYYA, 2012). Os testes da função tireoidiana, deverão permanecer por pelo menos 6 meses após o parto para determinar se o hipotireoidismo foi gestacional ou permanente (SAHAY; NAGESH, 2012).

Quando observado os exames repetidos, em onze prontuários (73%) houve a repetição dos exames laboratoriais, e em quatro (27%) não foi encontrada essa informação.

Os hormônios tireoidianos exercem papel fundamental na concepção e perdura por toda a gravidez, sendo elemento essencial para o desenvolvimento da criança; com isso, há necessidade em iniciar a terapia assim que o diagnóstico do hipotireoidismo for estabelecido, e em mulheres que fazem uso da terapia com a levotiroxina antes da gravidez, exige aumento da dose durante a gravidez (LÍMANOVÁ, 2015).

Ainda segundo Límanová (2015), o hipotireoidismo é uma condição bastante prevalente e por vezes assintomática, mas é de fácil diagnóstico, têm tratamento eficaz e seguro; a dosagem dos hormônios TSH e dos anticorpos anti-TPO devem ser realizada no início, durante o primeiro trimestre, sabendo que a suplementação adequada do hormônio durante a gravidez é importante e se for possível, deverá ser iniciada antes da concepção.

Para mulheres que são portadoras do hipotireoidismo e que estão planejando engravidar, deverá ajustar a dose da levotiroxina assim que a gravidez for confirmada e os exames mais utilizados no acompanhamento das gestantes são TSH e T<sub>4</sub> livre o objetivo do tratamento é atingir o nível de TSH para cada trimestre de gestação (VILLAGELIN et al, 2015).

Existem consensos que deveriam ser incorporados à assistência, favorecem a triagem universal que poderia ajudar no diagnóstico e tratamento adequado das disfunções tireoidianas durante a gravidez o que minimizariam as complicações maternas e fetais (SHARMEEN et al, 2014).



A Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos (AAACE) recomendam que a triagem da função tireoidiana ocorra antes da gravidez para todas as mulheres que desejam engravidar ou durante o primeiro trimestre (PETAK et al, 2002).

A Sociedade Americana de Endocrinologia recomenda a busca ativa em mulheres grávidas ou as que desejam engravidar, com história familiar de doenças da tireoide ou pessoal, doenças auto-imune, sinais clínicos sugestivos de distúrbios da tireoide, casos de abortos recorrentes ou infertilidade (ABALOVICH et al, 2007).

O Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG), recomenda apenas testes de tireóide em gestantes classificados como alto risco, que apresentem sintomatologia ou tenha uma história pessoal de doenças da tireóide ou outras doenças autoimunes (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRIES AND GYNECOLOGY, 2002).

No Brasil não há consenso sobre a abordagem diagnóstica; alguns autores sugeriram que a gestante só deve fazer a triagem dos hormônios tireoidianos quando apresentar ou tiver história familiar de disfunções tireoidianas.

## 6 CONCLUSÃO

Diante do exposto o presente estudo demonstrou como é realizado o pré-natal as gestantes com diagnóstico de disfunção tireoidiana no HMDR e no CSSR no período estudado.

No serviço de referencia existe o tratamento especializado conforme preconizado pelo ministério da saúde do Brasil disponível as gestantes, mas algumas observações são pertinentes aos resultados acima apresentados, elencados a seguir.

A pesquisa realizada demonstrou a existência de intervenções clínicas, como a anamnese nas consultas e solicitação de exames laboratoriais, para o diagnóstico de hipotireoidismo na gestação o que corrobora em parte com a hipótese apresentada para o estudo, entretanto há falta de informação sobre a continuidade do tratamento e prognóstico. Observou-se que as pacientes são encaminhadas das Unidades Básicas de Saúde, porém não há um registro da origem dessa paciente; encontramos prontuários em que a gestante, realizou apenas uma consulta e não houve um retorno para as próximas consultas; não há o registro se a paciente abandonou o serviço ou foi encaminhada para a unidade de origem; entre outras variáveis em que o número encontrado de “não informado” fica em destaque quando comparados com as variáveis que identificam a disfunção; é de suma importância que esses cuidados estejam devidamente registrados pelos profissionais de saúde, fazendo com que os desfechos sejam compreendidos e favoráveis à saúde da mulher.

Entretanto, é necessário voltar o olhar para a qualidade da assistência e ou orientações prestadas às gestantes, devido à ausência freqüente de registros de observações diretamente ligada ao diagnóstico não referendado no prontuário, essa ausência de informações trazidas pelos prontuários depõe negativamente contra o serviço, que por vezes até as realiza, mas não há registros com uma freqüência alta para um número tão pequeno de amostra ou de atendimentos realizados.

E que possam estabelecer diagnósticos compatíveis, tratamentos e acompanhamentos adequados às mulheres que pretendem engravidar e às já gestantes, durante as consultas de pré-natal, promovendo melhora na qualidade de vida dessas mulheres e de seus conceptos, durante e após a gestação.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O propósito deste trabalho foi conhecer e apresentar o acompanhamento do pré-natal realizado a gestantes encaminhadas às unidades de alto risco.

No entanto, melhorias e adequações são necessárias à assistência prestada durante o pré-natal nas unidades estudadas; alguns dados da anamnese não estavam preenchidos em todos os prontuários, e essa falta de informações clínicas, dificulta o trabalho dos pesquisadores em apontar melhorias mais efetiva e ou quantificar dados importantes.

O esperado é que este estudo possa contribuir com os serviços gestores e executores da assistência à saúde, no sentido de aumentarem os cuidados de que necessita essa patologia antes e durante a gestação e que passem a implementar esses exames laboratoriais na rotina do pré-natal, considerados de baixo e alto risco, e quando implementados, treinar as equipes da atenção primária e secundária com a finalidade de conhecer melhor a patologia e interpretar os resultados para tratar com antecedência essa disfunção.

## REFERÊNCIAS

ABALOVICH, M.; AMINO, N.; BARBOUR, L. A.; COBIN, R. H.; DE GROOT, L. J.; GLINOER, D., et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an endocrine society clinical Practice guideline. **J clin endocrinol Metab.** 2007;92(8 suppl):s1-47.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Hipotireoidismo: diagnóstico.** Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar/ organizado por Agência Nacional de Saúde Suplementar, Associação Médica Brasileira. – Rio de Janeiro: ANS, 2009. 271 p.

ALMEIDA, A. C.; JESUS, A. C.; LIMA, P. F. T.; ARAUJO, M. F. M.; ARAUJO, T. M. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):86-94.

AMARAL-MELO, M. R. P.; TAKEMOTO, E.; BARBOSA, J.; MINAZZI-RODRIGUES, R. S. teor de iodo no sal para consumo humano: monitoramento no Estado de São Paulo no período de 1999 a 2014. **BEPA.** 12 (138):1-16, Junho 2015.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. Thyroid disease in pregnancy. Number 37, August 2002. American College of Obstetrics and Gynecology. **Int J Gynaecol Obstet** 79:171–180.

ANDERSEN, S. L.; LAURBERG, P.; WU, C. S.; OLSEN, J. Maternal Thyroid Dysfunction and Risk of Seizure in the Child: A Danish Nationwide Cohort Study. **J Pregnancy** [Internet]. 2013 Jun; [citado em 2016 fev 01]; 2013: 636705. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3745964/>.

BAGIS, T.; GOKCEL, A.; SAYGILI, E. S. Doença autoimune da tireoide durante a gravidez eo período pós-parto: a relação com espontâneo aborto. **Tireoide.** Novembro 2001; 11 (11): 1049-1053.

BARROS, S. M. O., et al. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica:** guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca, 2002.

BEITUNE P. E.; FIGHERA T.; RICHE C. V. W.; AYUB A. C. K.;SALCEDO M. M. B. P. Hipotireoidismo subclínico na gravidez. **RBM Especiais.** Agosto 09, v. 66, p. 18-22, Edição Suplementar 3.

BERNAL, J. Thyroid hormones and brain development. **Vitam and Hormon.** v. 71, p.95-122, 2005.

BERTOLUCI, M. C. Tireóide e gravidez. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia.** 6ª Ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2011.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem Materno – Infantil.** 2.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Distúrbio por Deficiência de Iodo**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em 20 agost. 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde: epidemiológicas e morbidade**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em 20 agost. 2014b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília, 2012c. 380p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos, nº 32.)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco**. Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000d. 164p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466, 12 de dezembro de 2012 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e reprodutiva**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Caderno de Atenção Básica, n. 26. Brasília: MS, 2010f.

CAMPOS, S. de C. **Glândula Tireóide**, 2005. Disponível em: <http://www.drashirleydecampos.com.br>. Acesso em 10 agost. 2014.

CARVALHO, G. A.; PEREZ, C. L. S; WARD, L. S. Utilização dos testes de função tireoidiana na prática clínica. **Arq Bras Endocrinol Metab** vol.57 no.3 São Paulo Apr. 2013

CAPUZZO, R. C. **Tireoide**. Disponível em: [http://www.sbccp.org.br/?page\\_id=375](http://www.sbccp.org.br/?page_id=375). Acesso em 07 de Jun 2016.

CHANG, D. L. F.; LEUNG A. M.; BRAVERMAN, L. E.; PEARCE, E. N. Thyroid Testing during Pregnancy at an Academic Boston Area Medical Center. **J Clin Endocrinol Metab** [Internet]. 2011 Sep; [citado em 2016 jan 10]; 96(9): E1452–E1456. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3417162/>.

CHO, L. K. disfunção da tiróide e subfertilidade. **Clin Exp Med Reprod**. 2015 Dec; 42 (4): 131-135.

CIGNINI, P.; VALENTINA, E.; GIORLANDINO, C.; CAPRIGLIONE, S.; SPATA, A.; DUGO, N. Thyroid physiology and common diseases in pregnancy: review of literature. **J Prenat Med** [Internet]. 2012 Oct-Dec; [citado em 2016 jan 15]; 6(4): 64–71. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3530964/>.

COSTA, S. M., et al. Hipotireoidismo na gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**. Dez 2004, vol.4, no.4, p.351-358.

COSTA, R. A. **NÓDULOS DA TIREÓIDE**. 2016. Disponível em: <http://drriocardoamim.site.med.br/index.asp%3FPageName%3Dnodulos-da-tireoide>. Acesso em 19 abr 2016.

CRUZ, R. S. B. L. C.; CAMINHA, M. F. C.; BATISTA-FILHO, M. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. 18,(1):87-94, 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. 7 reimpr. São Paulo: Editora Atlas, 2006.

GONÇALVES, Z. R.; MONTEIRO, D. L. M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **FEMINA**. 2012 Set-Out; 40(5): 276-279.

GYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. P. 725-734.

HOFSTETTER, T.; MATTER, L. B. Incidência de Hipotireoidismo Auto-Imune em Pacientes Atendidos na Cidade de Três de Maio, RS. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. Rio de Janeiro, v.37, n.3, p. 163-168, 2005.

HORACEK, J.; SPITALNIKOVA, S.; DLABALOVA, B.; MALIROVA, E.; VIZDA, J., et al. Triagem universal detecta e duas vezes mais distúrbios da tireoide no início da gravidez do que o previsto de alto risco caso constatação. **Eur J Endocrinol** 2010 Oct; 163 (4): 645-50. doi: 10,1530 / EJE-10-0516. Epub 2010 03 de agosto.

KRASSAS, G. E.; POPPER, K.; GLINOER, D. Thyroid function and human reproductive health. **Endocrine Reviews**. 2010 31 702-755.

KIMURA, E. D. Glândula Tireóide. In: AIRES, M. de Mello. **Fisiologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 6. ed. 3 reimpr. São Paulo: Atlas, 2006.

LATA, K; DUTTA, P; SRIDHAR, S; ROHILLA, M; SRINIVASAN, A; PRASHAD, GRV et al. Thyroid autoimmunity and obstetric outcomes in women with recurrent miscarriage: a case-control study. **Endocr Connect**. 2013 Jun 1; 2(2): 118-124.

LAZARO, J. H. Screening for Thyroid Dysfunction in Pregnancy: Is It Worthwhile?. **J Thyroid Res** [Internet]. 2011 Jun; [citado em 2016 jan 20]; 2011: 397012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134289/>.

Leão EM, Marinho LFB. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Prom Saúde**. 2002; 3: 31-6.

LEE, S. Y.; PEARCE, E. N. Ingestão de iodo na gravidez, mesmo um pouco de excesso é demais. **Nat Rev Endocrinol**. 2015 maio; 11 (5): 260-261. Publicado on-line 2015 fevereiro 24. doi: 10.1038 / nrendo.2015.28

LEUNG, A. M.; PEARCE, E. M.; BRAVERMAN, L. E. Ingestão de iodo na gravidez e lactação. **Endocrinol Metab Clin North Am.** 2011 Dec; 40 (4): 765-77. doi: 10.1016 / j.ecl.2011.08.001

LIMA, A. F.; MELO, A. M. A. A.; FERREIRA, M. A. Pré-natal: um desafio para as gestantes acompanhadas nas unidades de saúde da família no município de Serra Talhada – PE. **Saúde Coletiva em Debate.** 2(1), 31-40, dez. 2012.

LIMANOVÁ, Z. Glândula tireoide e gravidez – resumo das conclusões importantes. **Vnitr Lek.** 2015 Oct; 61 (10): 862-7.

LIMBERT, E.; PRAZERES, S.; MADUREIRA, D.; MIRANDA, A.; RIBEIRO, M.; ABREU, F. S., et al. Aporte do iodo nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores. **Rev Port Endocrinol Diabetes Metab.** 2012;7(2):2-7.

LOVEGREEN, J.; SCHUST, D. J. Maternal Hypothyroidism and Pregnancy Loss: Awaiting Firm Recommendations on Testing and Treatment. **Gynecol Obstet** (Sunnyvale) [Internet]. 2013 Feb; [citado em 2016 fev 10]; 3(1):142. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3825520/>.

MACIEL, L. M. Z; MAGALHAES, P. K. R. Tireóide e Gravidez. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 2008; 52/7:1084-1095.

MARQUES, E. L. **A importância da tireoide na gestação.** 2015. Disponível em <http://www.ccem.med.br/saude/a-importancia-da-tireoide-na-gestacao/>. Acesso em 10 abr 2016.

MEDEIROS, A. L; PEREIRA, C.L.G; CABRAL, R.W.L; SANTOS, S.E. Tireoidectomia e o impacto na qualidade de vida das mulheres. **Rev enferm UFPE online.** Recife, 7(9):5391-8, set., 2013.

MEDEIROS, M. F.S.; CERQUEIRA, T. L. O.; SILVA JÚNIO, C.; AMARAL, M. T. R.; VAIDYA, B.; POPPE, K. G., et al. An international survey of screening and management of hypothyroidism during pregnancy in Latin America. **Arq Bras Endocrinol Metab** [Internet]. 2014 Dec; [citado em 2016 fev 05];v.58 n.9 São Paulo. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302014000900906&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302014000900906&lng=en&nrm=iso&tlng=en).

NAZARPOUR, S.; TEHRANI, F. R.; SIMBAR, M.; AZIZI, F. Thyroid dysfunction and pregnancy outcomes. **Iran J Reprod Med** [Internet]. 2015 Jul; [citado em 2016 mar 03];13(387-396). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4609317/>.

NOMBRA, R. M. Y. Quando a gestação normal se torna de alto risco. In: ZUGAIB, M.; AVEIRO, R. M. de S. **Pré-Natal.** 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, cap. 13, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-ANAMERICANA DA SAÚDE. **Guias para o gerenciamento dos riscos sanitários em alimentos.** Rio de Janeiro: Área de Vigilância Sanitária, Prevenção e Controle de Doenças – OPAS/OMS, 2009.

PEREIRAS, C.; HORTA, C. Gravidez e tireóide. **Acta Médica Portuguesa**. 2003; 16: 329-331.

PETAK, S. M.; NANKIN, H. R.; SPARK, R. F.; SWERDLOFF, R. S.; RODRIGUEZ-RIGAU, L. J.; American Association of Clinical Endocrinologists 2002. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for clinical practice for the evaluation and treatment of hyperthyroidism and hypothyroidism. **Endocr Pract** [Erratum (2008) 14:802–803] 8:440–456

POLIT, D.; HUNGRER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre. Editora: Artes Médicas, 1995.

RAMOS, H.A.C; CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 abr-jun; 13 (2): 297-30.

RAJESH, R.; VASUDHA, G.; SMITI, N.; MEENA, R.; SHASHI, S. Prevalência de disfunção tireoidiana entre as mulheres durante o primeiro trimestre da gravidez em um hospital de cuidados terciários em Haryana. **Indian J. Endocrinol Metab**. 2015 May-Jun; 19 (3): 416-419. doi: 10.4103 / 2230-8210,152791

RAMPRASAD, M.; BHATTACHARYYA, S. S.; BHATTACHARYYA, A. Thyroid disorders in pregnancy. **Indian J Endocrinol Metab** [Internet]. 2012 Dec; [citado em 2016 abr 10];16(Suppl 2): S167–S170. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3603018/>.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3 ed. 7 reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

ROBERTI, A.; PAPOPORT, A. Estudo da prevalência das doenças tireoidianas em pacientes tireoidectomizados no Hospital da Santa Casa de Goiânia. **Rev. Col. Bras. Cir.** vol.32 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2005

ROBLES, A. F. Da gravidez de "risco" às "maternidades de risco". Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. **Physis** vol.25 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2015 <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100009>

ROSA, C. Q.; SILVEIRA, D. S.; COSTA, J. S. D. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Ver Saúde Pública**, 2014;48(6);977-984.

ROSÁRIO, P. W.; WARD, L. S.; CARVALHO, G. A; GRAF, H.; MACIEL, R. M. B.; MACIEL, L. M. Z.; MAIA, A. L., et al. Nódulo tireoidiano e câncer diferenciado de tireoide: atualização do consenso brasileiro. **Arq Bras Endocrinol Metab**. 2013;57/4.

SAHAY, R. K.; NAGESH, V. S. Hypothyroidism in pregnancy. **Indian J Endocrinol Metab** [Internet]. 2012 May-Jun; [citado em 2016 jan 10];16(3): 364–370. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3354841/>.



SANTANA, F. G.; SANTOS, F. S.; FEITOSA, M. O.; FARIAS, F. B. B.; SANTOS, F. C. S.; NETO, M. S., et al. Relação entre a idade materna e condições perinatais no município de Augustinópolis-TO. **Rev Pesq Saúde**. 2010 Set-Dez; [citado em 2016 jan 10];11(3): 35-40.

SHARMEEN, M.; SHAMSUNNAHAR, P. A.; LAITA, T. R.; CHOWDHURY, S. B. Overt and subclinical hypothyroidism among Bangladeshi pregnant women and its effect on fetomaternal outcome. **Bangladesh Med Res Counc Bull** [Internet]. 2014 Agost; [citado em 2016 jan 12];40 (2): 52-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26415340>.

SKEAFF, S. A. A deficiência de iodo durante a gravidez: o efeito sobre o desenvolvimento neurológico da criança. **Nutrients**. 2011. Feb; 3(2): 265–273. Published online 2011 Feb 18. doi: 10.3390/nu3020265.

SOARES, V. M. N.; SCHOR, N.; TAVARES, C. M. Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**. 2008; 18(3): 254-26.

STAGNARO-GREEN, A.; ABALOVICH, M.; ALEXANDER, E.; AZIZI, F.; MESTMAN, J.; NEGRO, R., et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. **Thyroid** [Internet]. 2011 Oct; [citado em 2016 jan 10];21:1081–125. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3472679/>.

TITALEY, C. R.; HUNTER, C. L.; HEYWOOD, P.; DIBLEY, M. J. Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2010;10:61.

VAIDYA, B.; DYDEJCZYK, A. H.; LAURBERG, P.; NEGRO, R.; VERMIGLIO, F.; POPPE, K. Treatment and screening of hypothyroidism in pregnancy: results of a European survey. **European Journal of Endocrinology** [Internet]. 2012 Out; [citado em 2016 mar 05];166 (49-54). Disponível em: <http://www.ejonline.org/content/166/1/49.long>.

VILLAGELIN, D.; COMARELLA, A. P.; TIAGO, D. B.; WARD, L. S. Gestão de hipotireoidismo gestacional: resultados de uma pesquisa brasileira. **Arco. Endocrinol. Metab., Ahead of print Epub**, 28 de agosto de 2015

## **APÊNDICE**

**APÊNDICE A** - Instrumento para levantamento de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Hipotireoidismo e Gestação: importância do pré-natal no diagnóstico, tratamento e acompanhamento.**

**Pesquisadora: Fabiana Pires Rodrigues de Almeida**

**Orientadora: Gessi Carvalho de Araújo Santos**

**Dados Gerais**

**Data do Atendimento** \_\_\_\_\_

**Local** \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Local de residência ( ) **Urbana** ( ) **Rural** ( ) **Não Informado**

**Dados da Pesquisa**

3. Idade gestacional que iniciou o rastreio \_\_\_\_\_ ( ) **Não Informado**

4. Número de gestações anteriores \_\_\_\_\_ ( ) **Não Informado**

5. História pessoal de distúrbio tireoidianos ( ) **Sim** ( ) **Não** ( ) **Não Informado**

6. História familiar de distúrbio tireoidianos ( ) **Sim** ( ) **Não** ( ) **Não Informado**

7. História de abortamento ( ) **Sim** ( ) **Não** ( ) **Não Informado**

8. História de partos prematuros ( ) **Sim** ( ) **Não** ( ) **Não Informado**

9. História de tratamento de infertilidade ( ) **Sim** ( ) **Não** ( ) **Não Informado**

10. História de bócio/nódulo ( ) **Sim** ( ) **Não** ( ) **Não Informado**

11. Cirurgia anterior da tireoide ( ) **Sim** ( ) **Não** ( ) **Não Informado**

12. Houve aumento da reposição hormonal durante a gestação ( ) **Sim** ( ) **Não** ( ) **Não Informado**

13. As dosagens dos hormônios tireoidianos foram repetidas mais de uma vez durante a gestação

**Sim**  **Não**  **Não Informado**

## **ANEXO**

# Anexo I - Comprovante da Submissão

The screenshot displays the SGP (Sistema de Gestão de Publicações) web interface. The browser address bar shows the URL: [www.sgp-online.com.br/reme/sgp/autor/detalhe\\_lista.asp?status1=3&status2=3.7&Menu=06](http://www.sgp-online.com.br/reme/sgp/autor/detalhe_lista.asp?status1=3&status2=3.7&Menu=06). The user is logged in as FABIANA PIRES RODRIGUES DE ALMEIDA LOPES. The interface includes a navigation menu with options like 'Como Enviar', 'Normas de submissão', 'Copyright', 'Downloads', 'DeCS', 'MeSH', 'Dados Cadastrais', and 'Encerrar'. A sidebar on the left shows a progress bar for various stages of the submission process, with 'Enviado aos revisores' highlighted and showing a count of 1. The main content area displays the submission details for article 748, titled 'HIPOTIREOIDISMO E GESTAÇÃO: IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL NO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO', submitted to the 'Revista Mineira de Enfermagem' on 21/08/2016. The article is currently in the 'Enviado aos revisores' stage. The interface also includes a 'Total: 1' indicator and a 'Qtde' dropdown menu. The bottom of the screen shows the Windows taskbar with the system clock at 21:13.

SGP - Sistema de Gestão de Publicações  
Publication Management System SGP Versão 3.0

Usuário: FABIANA PIRES RODRIGUES DE ALMEIDA LOPES

Página Inicial Correio Autor

Como Enviar Normas de submissão Copyright Downloads DeCS MeSH Dados Cadastrais Encerrar

Enviado aos revisores Total: 1

748 - HIPOTIREOIDISMO E GESTAÇÃO: IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL NO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO  
Data da submissão: 21/08/2016 20:52:27 (Pesquisa)  
Revista Mineira de Enfermagem

Parceres e comentários  
Versão em PDF  
Detalhe do manuscrito

Submeter novo artigo para Revista Mineira de Enfermagem  
Gerar Termo de Copyright  
Ajuda

SGP - Sistema de Gest... Dissertação Documen... Documento2 - Micro... 21:13

## Anexo II – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

CENTRO UNIVERSITÁRIO  
LUTERANO DE PALMAS -  
ULBRA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Hipotireoidismo e Gestação: importância do pré-natal no diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

**Pesquisador:** FABIANA PIRES RODRIGUES DE ALMEIDA LOPES

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 41188814.0.0000.5516

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Tocantins

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.131.049

**Data da Relatoria:** 26/06/2015

#### Apresentação do Projeto:

O referido projeto propõe um estudo: "pesquisa descritiva e exploratória do tipo documental, com abordagem quantitativa, cuja população e amostra será composta por: "mulheres em fase reprodutiva que são atendidas no ambulatório de referência da rede pública estadual, (Maternidade Pública na cidade de Palmas – Tocantins) e no Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva (CSSR) que é referência no atendimento para Gestação de Alto Risco do município de Palmas, a amostra será composta por 30 mulheres no período de Março a Agosto de 2015." Os autores apresentam como critério de inclusão: "O critério de escolha será o cadastro da paciente na unidade de saúde, mulheres com histórico de abortamento e prematuridade e serão excluídos os prontuários que não estiverem pertinentes aos objetivos propostos." Como estratégia para a coleta de dados o autor propõe: "Será utilizado um questionário que foi adaptado para esta pesquisa, a partir das diretrizes da American Thyroid Association (ATA) e Endocrine Society (ES) para o tratamento das doenças da tireoide, que foram publicados em 2011 e 2012 (VAIDYA, 2012), contendo perguntas objetivas e subjetivas pertinentes ao objetivo proposto para esta investigação."

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

**Endereço:** Av. Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541  
**Bairro:** Plano Diretor Sul **CEP:** 77.054-970  
**UF:** TO **Município:** PALMAS  
**Telefone:** (63)3219-8076 **Fax:** (63)3219-8005 **E-mail:** etica@ceulp.edu.br

Continuação do Parecer: 1.131.049

Investigar o perfil epidemiológico do Hipotireoidismo na Gestação em uma Maternidade Pública em Palmas

**Objetivos Específicos**

Avaliar casos de prematuridade e abortos espontâneos em mulheres com hipotireoidismo;

Verificar o número de gestantes encaminhadas ao pré-natal de alto risco com diagnóstico de hipotireoidismo;

Identificar os principais sinais e sintomas de hipotireoidismo na evolução clínica da gestante e dinâmica de acompanhamento;

Evidenciar o perfil epidemiológico do hipotireoidismo na região estudada.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Foram descritos adequadamente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A proposta é pertinente, apresenta valor científico e poderá contribuir com a comunidade acadêmica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto apto à execução.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Av. Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541  
Bairro: Plano Diretor Sul CEP: 77.054-970  
UF: TO Município: PALMAS  
Telefone: (63)3219-8076 Fax: (63)3219-8005 E-mail: etica@ceulp.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO  
LUTERANO DE PALMAS -  
ULBRA



Continuação do Parecer: 1.027.150

PALMAS, 16 de Abril de 2015

Assinado por:  
**MÁRCIA MESQUITA VIEIRA**  
(Coordenador)

Endereço: Av. Teotônio Segurado, 1501 Sul Sala 120  
Bairro: Plano Diretor Sul CEP: 77.054-970  
UF: TO Município: PALMAS  
Telefone: (63)3219-8068 Fax: (63)3219-8005 E-mail: [etica@ceulp.edu.br](mailto:etica@ceulp.edu.br)