



Fundação Presidente Antônio Carlos – FUPAC/UBÁ
Curso De Enfermagem

**ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DO HIPOTIREOIDISMO DE HASHIMOTO
EM MULHERES**

Analysis of the development of Hashimoto's hypothyroidism in women

Paloma Alves de Oliveira¹; Sonália do Carmo Ribeiro¹; Pricila Ferrari Moreira Nascimento².

¹Discentes do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Presidente Antônio Carlos-FUPAC

²Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. UFV-MG. Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Presidente Antônio Carlos- FUPAC, Ubá Minas Gerais.

RESUMO

A glândula tireoide tem a forma semelhante à de uma borboleta e está localizada na parte anterior do pescoço, abaixo do Pomo de Adão, tem como função regular importantes órgãos através da produção dos hormônios T3 (triiodotironina) e o T4 (tiroxina). Deixando de funcionar perfeitamente, esta glândula pode liberar hormônios em quantidade insuficiente, causando o hipotireoidismo. Muitas das vezes o hipotireoidismo é causado por uma inflamação denominada Tireoidite de Hashimoto, uma doença autoimune com a presença de autoanticorpos, doença que atinge principalmente mulheres. As gestantes, muitas vezes, desenvolvem hipotireoidismo, por isso é importante ficar atento às alterações na glândula. A enfermagem desempenha papel importante na consulta pré-natal através da detecção precoce, tratamento de problemas de saúde e implementação de intervenções para melhorar a qualidade da assistência prestada. O presente estudo teve como objetivo analisar o desenvolvimento do Hipotireoidismo de Hashimoto em mulheres. Trata-se de um estudo de revisão da literatura realizada através de pesquisas bibliográficas a partir de buscas nas seguintes bases virtuais de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico para fundamentação teórica deste artigo. Os resultados obtidos possibilitaram compreender que este estudo é importante e necessário para obter mais conhecimento para melhor atender à população-alvo com patologia endócrina autoimune, aperfeiçoar a qualidade de vida e proporcionar bem-estar e cuidado às pacientes com hipotireoidismo de Hashimoto.

Palavras-chave: Tireoidite; Hashimoto; Hipotireoidismo; Enfermagem.

ABSTRACT

The thyroid gland has a shape similar to that of a butterfly and is located in the anterior part of the neck, below the Adam's Pomo, its function is to regulate important organs through the production of hormones T3 (triiodothyronine) and T4 (thyroxine). Failing to function perfectly, this gland can release hormones in insufficient quantity, causing hypothyroidism. Hypothyroidism is often caused by inflammation called Hashimoto's Thyroiditis, an autoimmune disease with the presence of autoantibodies, a disease that affects mainly women. Pregnant women often develop hypothyroidism, so it is important to be aware of changes in the gland. Nursing plays an important role in prenatal care through early detection, treatment of health problems and implementation of interventions to improve the quality of care provided. The present study aimed to analyze the development of Hashimoto's Hypothyroidism in women. This is a literature review study carried out through bibliographic research from searches in the following virtual databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Scholar for the theoretical foundation of this article. The results obtained made it possible to understand that this study is important and necessary to obtain more knowledge to better serve the target population with autoimmune endocrine pathology, improve the quality of life and provide well-being and care to patients with Hashimoto's hypothyroidism.

Key words: Thyroiditis; Hashimoto's; Hypothyroidism; Nursing.

Correspondência:

Nome: Sonália do Carmo Ribeiro
E-mail: sonalia2018@hotmail.com

Nome: Paloma Alves de Oliveira
E-mail: paloma7184@gmail.com

INTRODUÇÃO

A glândula tireoide tem a forma bem semelhante à de uma borboleta e está localizada na parte anterior do pescoço, logo abaixo do Pomo de Adão, tem como função regular importantes órgãos como o cérebro, coração, o fígado e os rins através da produção dos hormônios T3 (triiodotironina) e o T4 (tiroxina). Quando deixa de funcionar perfeitamente, esta glândula pode liberar hormônios em quantidade insuficiente, causando o hipotireoidismo, ou em excesso, ocasionando o hipertireoidismo e nessas duas situações, o volume da glândula pode aumentar o que é conhecido como bócio (SBEM, 2021).

Doenças inflamatórias podem acometer a glândula tireoide, causando a Tireoidite, sendo que em algumas situações, o paciente sente dores, mas em outras, os sintomas são os básicos do hipertireoidismo ou do hipotireoidismo (SBEM, 2008).

Muitas das vezes o hipotireoidismo é causado por uma inflamação denominada Tireoidite de Hashimoto ou Tireoidite crônica, uma doença autoimune com a presença de autoanticorpos que aniquilam o tecido tireoideano e com manifestações extremamente variáveis. Simboliza quadro clínico complexo definido minuciosamente por níveis elevados de Tireotrofina (TSH) e T4 livre diminuído e clinicamente pelos sintomas decorrentes da falta de atividade dos hormônios tireoideanos em nível tecidual. Na grande maioria dos casos, é causado por uma lesão característica da tireoide autoimune crônica, definido pela presença de anticorpos para tireoide e tendo duas formas clínicas: uma com bócio, denominada doença de Hashimoto e a outra que é acompanhada por uma diminuição da glândula, nomeado atrofia autoimune da tireoide (Román et al., 2003; SBEM, 2008).

Manifestações sistêmicas do hipotireoidismo geralmente apresentam como sinais e sintomas: ganho de peso, hipotensão, pele fria, grossa e áspera, fraqueza muscular com reflexos lentos, letargia, inchaço da face e das pálpebras, atraso mental, problemas na deglutição, suscetíveis à doença cardiovascular e aterosclerose (Kubo et al., 2018).

A prevalência de hipotireoidismo é maior em mulheres e aumenta com a idade, no Brasil, ela acomete cerca de 7,4% em relação à população no geral (Kasperavicius, 2021).

Nas mulheres há uma relação entre a disfunção da tireoide e o aumento da ocorrência de abortos, irregularidades menstruais e fertilidade subnormal devido à reatividade cruzada de anticorpos anti-tireoideanos em receptores de gonadotropina, inibindo a situação sobre ovário (Ivonne et al., 2019).

O pré-natal é uma medida preventiva para todas as gestantes identificarem e prevenirem

complicações nesse período. Deve começar o quanto antes do primeiro trimestre, para que possam realizar todas as consultas preconizadas pela atenção básica ao parto. O início tardio do pré-natal pode ocasionar uma assistência inadequada, deixando a gestante sem diagnóstico de alguma disfunção tireoidiana, como o Hipotireoidismo, que é muito importante detectar no primeiro trimestre (Morais et al., 2021).

A avaliação inicial da gestante deve ser feita de maneira integrada, englobando avaliação clínica, exames complementares, além da identificação de fatores de risco. As avaliações devem ser individuais e sequenciais pelo médico, enfermeiro, dentista, entre outros profissionais (Brasil, 2019).

Tendo em vista que o distúrbio clínico da glândula tireoide, que ocorre na maioria das vezes é o hipotireoidismo e que tem como causa uma inflamação denominada Tireoidite de Hashimoto, fica evidente a relevância do tema, sendo que esta doença atinge, principalmente, as mulheres.

O presente estudo tem por objetivo a literatura científica sobre o desenvolvimento do Hipotireoidismo de Hashimoto em mulheres. Trata-se de um estudo de revisão da literatura realizada através de pesquisas bibliográficas a partir de buscas nas seguintes bases virtuais de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico para fundamentação teórica deste artigo.

Tireoidite de Hashimoto em mulheres

A glândula tireoide, também conhecida como glândula borboleta por causa de sua forma, é uma das maiores glândulas do sistema endócrino humano. Localizada na frente do pescoço, a glândula tireoide é essencial para nossas vidas porque é responsável por regular o metabolismo do nosso corpo. Afeta vários órgãos como: coração, cérebro, fígado e rins, além de ajudar a regular o crescimento e desenvolvimento do corpo, o ciclo menstrual e a fertilidade em mulheres. Esta glândula é importante para a memória, concentração, humor e controle emocional. Todos esses eventos ocorrem por meio de hormônios tireoidianos (HT): triiodotironina, conhecido como T3, e tiroxina, conhecido como T4, sendo que uma vez na corrente sanguínea, esses hormônios atingem todos os tecidos ou órgãos e equilibram várias funções (Soares et al., 2017).

A tireoidite é um grupo de doenças inflamatórias que acometem a glândula tireoide, e em alguns casos, o paciente sente dor, mas em outros, os sintomas são os principais do hipotireoidismo (SBEM, 2008). A etiologia pode ser devido à carência de iodo, à disgeusias teciduais (ausência da sensação gustativa), à falta de enzimas essenciais para a síntese hormonal

ou aos processos autoimunes como a Tireoidite de Hashimoto (TH) (Kubo et al., 2018).

A tireoidite autoimune pode se resolver espontaneamente sem complicações, mas em alguns casos elas desenvolvem hipotireoidismo seis meses após a fase aguda. O monitoramento com ultrassonografia, tanto convencional (US) e/ou ultrassonografia Doppler (US/Doppler) é útil na identificação de pacientes com risco aumentado de hipotireoidismo após tireoidite. Tanto a US quanto a US/Doppler foram desenvolvidas como um método simples, não invasivo, reprodutível e altamente sensível para o diagnóstico de doenças da tireoide (Nogueira et al., 2011).

O hipotireoidismo pode ter muitas causas, e a tireoidite de Hashimoto, ou tireoidite autoimune crônica, é a causa mais comum em adultos que vivem em áreas com insuficiência de iodo. É uma doença autoimune de origem humoral e celular que tem como alvo a glândula tireoide e apresenta algumas características específicas, como: suscetibilidade genética ao acúmulo familiar, forte infiltrado inflamatório linfomonocítico do parênquima tireoidiano e presença de autoanticorpos direcionados contra antígenos tireoidianos, principalmente a tireoglobulina (Tg), a peroxidase (TPO) e o receptor de TSH (Soares et al., 2011).

Segundo Soares et al. (2011), ao examinar a glândula tireoide, o aumento da glândula (bócio) pode ou não estar presente. Na tireoidite de Hashimoto, é disseminada em noventa por cento dos casos e sua consistência é firme (semelhante a "borracha escolar"), irregular e indolor à palpação. A confirmação laboratorial é feita pela dosagem de TSH e tiroxina livre (T4 livre) no plasma, além disso, deve-se solicitar a dosagem dos anticorpos antitireoidianos: antitireoperoxidase (anti-TPO, anteriormente denominado antimicrosomal) e antitireoglobulina (anti-Tg), pois se apresentam títulos elevados no plasma, principalmente anti-TPO (positivo em oitenta a cem por cento da tireoidite de Hashimoto), confirmam fortemente a possibilidade de tireoidite autoimune.

O hipotireoidismo é uma condição clínica resultante de uma quantidade insuficiente de hormônios ou falta de hormônios tireoidianos circulantes T3 e T4 para que o corpo funcione normalmente (Oliveira, Maldonado, 2014). Pode ser apressadamente reconhecido e tratado e sua sintomatologia pode ser desde assintomático a casos que necessitam ser supervisionados durante toda a vida (Rahim et al., 2021).

As manifestações clínicas abrangem fadiga, cansaço, sensibilidade ao frio, extremidades frias, ganho de peso, constipação, perda de cabelo, unhas quebradiças, pele e cabelos secos, voz rouca, memória prejudicada e dificuldade de concentração, fluxo menstrual anormal, infertilidade, edema e muitas outras (Pereira, Passos e Maia, 2020).

Vale ressaltar que, ao analisar esses pacientes, deve-se ter cuidado para não perder

nenhum nódulo na presença de parênquima heterogêneo, pois aproximadamente 20% dos pacientes (HT) podem desenvolver nódulos malignos ou linfomas intratireoidianos. A avaliação dos linfonodos também é importante porque eles podem interpretar processos malignos não reconhecidos anteriormente. (Yamashiro et al., 2007).

A patologia é diagnosticada em mulheres, com uma frequência de 5 a 10 vezes mais do que em homens, e sua frequência aumenta com a idade. Em particular, poucos estudos foram realizados sobre a relação entre hormônios femininos e a tireoidite de Hashimoto, embora vários estudos sugiram uma maior incidência da doença em mulheres em comparação com homens. Elas geralmente têm imunidade humoral e celular mais forte do que os homens e os estrogênios, androgênios e prolactina são hormônios que vêm sendo estudados e estão associados ao aumento da suscetibilidade a doenças autoimunes e podem afetar tanto o sistema imune inato quanto o adaptativo (Roza, 2019).

A função do estrogênio é regular as funções reprodutivas, ele também atua em muitos outros sistemas e tecidos, como o sistema imunológico. Esse hormônio atua principalmente ligando-se a dois receptores intracelulares, o receptor de estrogênio α (ER α) e o (ER β), que é membro da família de receptores nucleares (NR). A família NR consiste em proteínas intracelulares responsáveis pelo reconhecimento de hormônios esteroides e tireoidianos. A prolactina pode estimular tanto a imunidade baseada em células quanto a imunidade humoral. Para modular o sistema imunológico dessa forma, esses hormônios devem ser capazes de se ligar aos receptores expressos pelas células do sistema imunológico (Roza, 2019).

Há uma relação entre a disfunção da tireoide e o aumento da ocorrência de abortos, irregularidades menstruais e fertilidade subnormal devido à reatividade cruzada de anticorpos anti-tireoidianos em receptores de gonadotropina, inibindo a situação sobre ovário (Ivonne et al., 2019). Segundo Lazzarini et al. (2021), a gravidez é um período que induz algumas modificações fisiológicas, transformando, dessa forma, a função tireoidiana, dentre elas na glândula tireoide materna, isso porque no primeiro trimestre acontece um aumento de T4 livre pela supressão do hormônio tireoestimulante.

Hipotireoidismo de Hashimoto x gestação

Durante a gravidez, ocorrem mudanças importantes no corpo e nos hormônios da mulher que podem afetar o funcionamento da glândula tireoide. As mulheres grávidas, muitas vezes,

desenvolvem hipotireoidismo neste momento, por isso é importante ficar atento às alterações na glândula (SBEM, 2021).

Nesse período, ocorrem várias mudanças na fisiologia e na função da glândula tireoide, que aumenta a produção de hormônios em cinquenta por cento para atender às necessidades da mãe e do feto. Isso se deve a três fatores: aumento da globulina ligante de tiroxina (TBG), devido ao efeito do estrogênio no fígado; semelhança molecular com a gonadotrofina coriônica humana (hCG) e hormônio estimulante da tireoide (TSH), que tem efeitos estimulantes da tireoide por meio do HCG e do iodo da dieta. Os níveis séricos de tiroxina total (T4) e triiodotironina (T3) aumentam no início da gravidez em resposta ao aumento da TBG, mas a proporção livre de hormônios permanece dentro dos limites normais (Almeida, Monteiro e Trajano, 2015).

Considera-se que os hormônios tireoidianos influenciam o crescimento e o desenvolvimento de crianças e adolescentes, desempenham um papel importante no desenvolvimento cerebral, no peso corporal fetal e neonatal. No nível celular, eles participam da regulação positiva de carboidratos, catabolismo lipídico e estimulação da síntese proteica em muitas células diferentes que funcionam na maioria dos tecidos. Ao longo dos anos, estudos descobriram que, entre as doenças da tireoide, o hipotireoidismo é a doença endócrina mais comum, especialmente na idade reprodutiva (Lopes et al., 2020).

Uma mulher grávida com hipotireoidismo confirmado pode apresentar complicações, como: aumento do risco de hipertensão induzida pela gravidez, anemia, hemorragia pós-parto, diabetes gestacional, descolamento prematuro da placenta e baixo peso do bebê ao nascer, com lesão cerebral espástica e paralisia unilateral. Mesmo agora, há evidências de consequências a longo prazo para crianças, como autismo, baixo quociente de inteligência (QI) e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (Pinheiro VP e Nunes CP, 2019).

Outro fator que pode ser decisivo no desenvolvimento do hipotireoidismo, não só durante a gravidez, é a falta de iodo, mas durante a gravidez a remoção de iodo renal aumenta significativamente devido ao aumento da filtração glomerular, que se inicia nas primeiras semanas de gravidez e continua válido. Outro mecanismo de deficiência de iodo materno ocorre mais tarde na gravidez, quando parte do iodo disponível é transferido da corrente sanguínea da mãe para a placenta (Pinheiro VP e Nunes CP, 2019).

O desenvolvimento do sistema nervoso central fetal depende de iodo e tiroxina durante a gravidez, por isso é necessário avaliar filhos de mães com deficiência grave de iodo (Costa et al., 2004). O rastreamento deve ser realizado em gestantes com fatores de risco para

hipotireoidismo e devem ser solicitados TSH, fração livre de T4 e, se necessário, posterior administração do anticorpo antitireoperoxidase (anti-TPO) (Almeida, Monteiro e Trajano, 2015).

Mulheres grávidas com risco de hipotireoidismo devem ser monitoradas regularmente, pois o tratamento com levotiroxina pode reduzir ou eliminar o risco de complicações (Costa et al., 2004).

O primeiro exame pré-natal de uma gestante deve sempre incluir a palpação da glândula tireoide e o exame da região cervical (Brasil, 2012).

Qualquer gestante diagnosticada com hipotireoidismo deve receber tratamento adequado, e a tireoidite de Hashimoto (TH) é a causa mais comum dessa doença na população sem deficiência de iodo, o tratamento é com levotiroxina (L-T4), administrada uma vez ao dia com o estômago vazio para manter os níveis de hormônio estimulante da tireoide (TSH) em níveis fisiológicos, microgramas de hormônio L-T4 sintético por quilograma são administrados por via oral por trimestre (Lazarini et al., 2021).

Todas as mulheres com hipotireoidismo, especialmente aquelas que planejam engravidar, devem ser encorajadas a ter sua condição bem monitorada antes da gravidez, e as com diagnósticos e tratamento devem ter níveis de TSH e T4 livre monitorados a partir do primeiro trimestre, o controle deve ser revisto a cada seis a oito semanas (Costa et al., 2004).

Após o parto, a terapia medicamentosa da tireoide deve ser continuada e as mulheres devem receber informações sobre amamentação. As mulheres que pararam de tomar medicamentos antitireoidianos, durante a gravidez, devem entrar em contato com seu médico se desenvolverem novamente sintomas de hipotireoidismo, que devem ser confirmados por exames laboratoriais. Em pacientes ainda assintomáticas, TSH e T4 livre devem ser determinados regularmente seis semanas após o parto, e o acompanhamento deve ser agendado em intervalos regulares, pois a recorrência é comum alguns meses após o parto (Maciel e Magalhães, 2008).

A mulher deverá ser avaliada e repetir os exames dois meses após o parto sendo que o fato de a mãe ter doença da tireoide não significa necessariamente que o bebê desenvolverá problemas de tireoide. Por isso, é imprescindível o acompanhamento e a realização do teste do pezinho nos primeiros dias de vida (SBEM, 2021).

O rastreio do pezinho, um exame feito em recém-nascido, é uma importante estratégia para o monitoramento de doenças metabólicas, genéticas e infecciosas. Dentre as patologias diagnosticadas pelo exame, podemos destacar a deficiência da tiroide, como o Hipotireoidismo (Oliveira et al., 2016).

Atuação da Enfermagem na detecção precoce do Hipotireoidismo

Segundo Gomes et al. (2019), a atenção primária à saúde, entendida como porta de entrada dos serviços de saúde, tem como foco a atenção pré-natal no âmbito da saúde da mulher. A assistência fetal consiste em cuidados, condutas e procedimentos relacionados à saúde da gestante e do feto; detectar, tratar ou controlar doenças em estágio inicial, prevenir complicações durante a gravidez e o parto.

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, dispõe sobre o exercício da Enfermagem, sendo privativo do enfermeiro, entre outras, fazer consultas e assistências de enfermagem a gestantes, parturientes, puérperas e ao recém-nascido. O enfermeiro é um dos mais importantes especialistas nesse campo da atenção obstétrica, pois está capacitado para humanizar a promoção da saúde, a prevenção de doenças e as estratégias de cuidado (Gomes et al., 2019).

O pré-natal é uma medida preventiva para todas as gestantes identificarem e prevenirem complicações nesse período. Deve começar o quanto antes do primeiro trimestre, para que possam realizar todas as consultas preconizadas pela atenção básica ao parto. O início tardio do pré-natal pode ocasionar uma assistência inadequada, deixando a gestante sem diagnóstico de alguma disfunção tireoidiana, como o Hipotireoidismo, que é muito importante detectar no primeiro trimestre (Morais et al., 2021).

A assistência de enfermagem é um momento propício para desenvolver atividades educativas utilizando como ferramentas o diálogo, o envolvimento e a escuta da gestante e de seus pares. Essa estratégia de trabalho permite que os profissionais abordem as gestantes, fortalecendo conhecimentos e esclarecendo dúvidas. No entanto, essa estratégia de controle da eficácia das orientações deve ser continuamente avaliada pelos profissionais que atendem essa população, pois a qualidade do serviço prestado é um fator importante (Gomes et al., 2019).

De acordo com Ferreira et al. (2021), no Brasil, o hipotireoidismo é rastreado por meio do estudo Triagem Neonatal (TN). Em 6 de junho de 2001, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) (MS), programa nacionalmente muito importante e bem-sucedido para Sistema Único de Saúde (SUS).

O termo triagem vem da palavra francesa *triagem*, que significa selecionar ou isolar um determinado grupo cuja adequação para recém-nascidos é importante para que doenças, que podem ou não ser genéticas, possam ser observadas. Nessa perspectiva conceitual, registros históricos mostram que Dussalt e Laberge introduziram originalmente métodos para monitorar patologias do desenvolvimento, utilizando amostras de sangue analisadas em papel filtro por

radioimunoensaio. Klein, Augustin e Foley então usaram o mesmo procedimento aumentando a dose do hormônio estimulante da tireoide (TSH) na tentativa de detectar alterações nos efeitos dos hormônios tireoidianos (Santos, 2019).

A atuação da enfermagem, desempenha um papel importante na consulta pediátrica através da detecção precoce e tratamento de problemas de saúde e implementação intervenções para melhorar a qualidade da assistência prestada a esta faixa etária. (Silva et al., 2020).

A equipe de enfermagem é a base do sucesso da TN, pois esses profissionais atuam na assistência à gestante, puérpera, recém-nascido e puericultura, devendo estar atentos aos distúrbios metabólicos e à importância do diagnóstico precoce das doenças estudadas no PNTN. Os pais devem saber da existência da TN e ser informados com antecedência sobre: os benefícios da detecção precoce das doenças de rastreamento e quais são os riscos existentes para RN que não são testados; a idade adequada para sua rescisão; a necessidade de testes positivos; possibilidade de resultados falsos positivos; o processo de monitoramento e obtenção de resultados (Marqui, 2016).

Dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro é o que mais interage com o cliente-alvo: a mãe e o RN. Ele deve informar que nas unidades de assistência fetal o RN fará o exame de Teste do pezinho, o qual pode ser feito na rede pública ou privada de saúde, sobre a importância do exame, explicando a finalidade da coleta e o procedimento em si, e sobre a necessidade de solicitar o resultado do exame. Essas são orientações que dão à mãe uma sensação de segurança durante o atendimento e lhe dão informações reforçadoras para a responsabilidade de apoiar o bem-estar e a saúde de seu filho (Marqui, 2016).

O rastreio neonatal, vulgarmente conhecido por “teste do pezinho”, é um exame gratuito exigido por lei, preferencialmente realizado entre o 3º e o 7º dia de vida da criança, prolongando-se o período até ao 30º dia de nascido, o que permite diagnóstico precoce e possível tratamento, se a patologia for confirmada (Santos et al., 2013).

O teste do pezinho, um exame feito no recém-nascido, é uma importante estratégia para o monitoramento de doenças metabólicas, genéticas e infecciosas. Isso envolve a coleta de uma amostra de sangue do calcanhar do bebê, pois é uma área ricamente vascularizada para diagnosticar possíveis doenças. Dentre as patologias diagnosticadas pelo exame, podemos destacar a deficiência da tireoide, como o Hipotireoidismo (Oliveira et al., 2016).

Para a triagem neonatal, o sangue é coletado em cartões com as informações da criança (data de nascimento, idade gestacional da mãe no momento do nascimento, sexo, peso, se houve ou não transfusão de sangue etc.). Anexado a este cartão de dados está um papel de filtro onde o sangue

é saturado e seco, antes de ser enviado ao laboratório de testes. Para esta coleta, a idade recomendada do RN é de 48 horas ao quarto dia, quando o pico pós-parto de elevação fisiológica do TSH já diminuiu. Idealmente, o teste deve ser realizado antes da alta da maternidade, no entanto, as coletas associadas à partida antecipada (< 48 horas) podem gerar resultados falso-positivos com mais frequência (Maciel et al., 2013).

Um dos principais objetivos da triagem neonatal para Hipotireoidismo é prevenir sequelas ou comprometimento mental. De acordo com parâmetros estatísticos, é uma doença com incidência de 1 entre 2.000 a 4.000 recém-nascidos. A cobertura do programa brasileiro é de oitenta por cento, mas a aplicação do teste do pezinho na idade correta é de cinquenta e três por cento (Santos, 2019).

O tratamento deve começar o mais cedo possível, preferencialmente nas duas primeiras semanas de vida. A idade de início do tratamento, a dose de L-T4 administrada e o acompanhamento da terapia são importantes do ponto de vista do desenvolvimento cerebral do paciente com hipotireoidismo. Existe uma relação inversa entre a idade ao diagnóstico/tratamento e o quociente de inteligência (QI). Crianças atendidas em programas de triagem neonatal e tratadas nas primeiras semanas de vida costumam ter QI normal, embora alguns estudos mostrem alguns déficits cognitivos (Maciel et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a literatura científica do desenvolvimento do Hipotireoidismo de Hashimoto em mulheres e sua relação com a gravidez, além de compreender que o enfermeiro tem um papel importante na detecção precoce do Hipotireoidismo.

No período gravídico, distúrbios da tireoide, como o hipotireoidismo, promovem mudanças importantes no corpo e nos hormônios da mulher que podem afetar o funcionamento da glândula tireoide, a produção dos hormônios aumenta significativamente para atender as necessidades da mãe e do feto, portanto é importante ser reconhecido durante o pré-natal, que embora não sejam comuns, podem causar consequências maternas e fetais.

Os achados deste estudo mostram que a enfermagem é uma profissão que afeta direta e significativamente o cuidado e coloca a vida e a saúde dos outros em primeiro lugar. Considerando o impacto do hipotireoidismo na saúde e qualidade de vida, a dificuldade de diagnóstico e o sucesso limitado do tratamento convencional, mais pesquisas e novas diretrizes de tratamento são necessárias.

Pode-se concluir que este estudo é importante e necessário para obter mais

conhecimento para melhor atender a população-alvo com patologia endócrina autoimune, aperfeiçoar a qualidade de vida e proporcionar bem-estar e cuidado aos pacientes com Hipotireoidismo de Hashimoto.

REFERÊNCIAS

Almeida JP, Monteiro DLM, Trajano AJB. Hipotireoidismo e gestação: diagnóstico e conduta. *Revista hupeuerj br.* 2015; 14(2): 54-58.

Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: Manual técnico. 5ª ed. 2012. [Acesso em 11 nov 2022]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde; Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. 2019. [acesso em 16 nov 2022]. Disponível em: file:///C:/Users/jorda/Downloads/notatecnica_saude_mulher-na-gestacao-parto-e-puerperio.pdf.

Costa SM, Netto LS, Buescu A, Vaisman M. Hipotireoidismo na gestação. *Rev Bras Saúde Infant.* 2004; 4(4): 351-358.

Ferreira BES, Santos CA, Silveira CP, Araujo CM, Santos LF. A importância da triagem neonatal e da atuação da Enfermagem no rastreamento do Hipotireoidismo congênito. *Brazilian Journal of Health Review.* 2021; 4(4): 16201-162015.

Gomes CBA, Dias RS, Silva WGB, Pacheco MAB, Souza FGM, Loyola CMD. Consulta de Enfermagem no Pré-Natal: Narrativas de Gestantes e Enfermeiras. *Texto e Contexto Enfermagem.* 2019; (28): e20170544.

Ivonne GRR, Irma EJ, Adriana CL, Estephania ASR. Tireoidite de Hashimoto em um adolescente com obesidade. *Rev Cient Cienc Med.* 2019; 22(1): 62-69.

Kasperavicius JP, Pasquali JK, Acrani GO, Poletini J, Lindemann IL. Hipotireoidismo e fatores associados em população usuária da Atenção Primária à Saúde. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Passo Fundo. Curso de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul. 2021.

Kubo H, Leal TP, Bruder C, Bertolo CA, Ortolani CLF, Takei VLF. Disfunção da glândula tireoide e o tratamento ortodôntico: Revisão integrativa da literatura. *Revista UNINGÁ.* 2018; 55(3): 100-110.

Lazarini PX, Matos MM, Vieira MRV, Magnus MM, Fraga MA, Oliveira MCB, et al. Gestação de alto risco: Complicações decorrentes da tireoidite de Hashimoto. *Revista Eletrônica Acervo Científica* 2021; 26.

Lopes FO, Soares FVM, Silva DA, Moreira MEL. Do thyroid diseases during pregnancy and lactation affect the nutritional composition of human milk?. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2020; 42(11): 752–758.

- Maciel LMZ, Kimura ET, Nogueira CR, Mazeto GMFS, Magalhães PKR, Nascimento ML, et al. Hipotireoidismo congênito: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. *Arq Bras Endocrinol e Metab.* 2013; 57(3): 184-92.
- Maciel LMZ, Magalhães PKR. Tireoide e gravidez. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2008; 52(7): 1084-1095.
- Marqui ABT. Teste do pezinho e o papel da Enfermagem: uma reflexão. *Rev Enferm Atenção a Saúde*[online]. 2016; 5(2): 96-103.
- Morais JAS, Neto MBAT, Lima ML, Ramos IJA. Hipotireoidismo na gestação: Um relato de caso. *Brazilian Journal of Health Reviews.* 2021; 4(4): 16647-16654.
- Nogueira CR, Kimura ET, Carvalho GA, Sgarbi JA, Ward LS, Maciel LMZ, et al. Hipotireoidismo: Diagnóstico. *Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar.* 2011; 1-18.
- Oliveira ACA, Lima AACC, Mota RC, Cruz MR, Oliveira MM, Guedes MVC. Cuidado de Enfermagem na detecção precoce de doenças neonatais por meio do teste do pezinho. II SIEPS, XX Enfermaio, I mostra do internato em Enfermagem, Fortaleza-CE. 2016.
- Oliveira V, Maldonado RR. Hipotireoidismo e Hipertireoidismo-Uma breve revisão sobre as disfunções tireoidianas. *Interciência e Sociedade.* 2014; 3(2): 36-44.
- Pereira SH, Passos XS, Maia YLM. Deficiências Nutricionais e Hipotireoidismo. *RRS-FESGO.* 2020; 3(2): 91-99.
- Pinheiro VP, Nunes CP. Manejo Terapêutico no Hipotireoidismo e gestação. *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental.* 2019; 1(1): 201-213.
- Rahim ABA, Annicchinno BM, Silva FB, Zanatta MFC, Silva MA, Coimbra CN, et al. Hipotireoidismo: Uma revisão da literatura. *Revista Higei@.* 2021; 2(5).
- Román DL, Peláez JLG, Aller R, Sagredo MG, Cuellar L, Terroba MC. Hipotireoidismo: implicaciones clínicas y económicas en un área de salud. *An. Med. Infernal (Madrid).* 2013; 20(3): 127- 133.
- Roza AC. Influência dos hormônios sexuais femininos no desenvolvimento da tireoidite de Hashimoto em mulheres. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Governador Margabeira. Bacharelado em Biomedicina. Faculdade Maria Milza. 2019.
- Santos AGF. Perfil Clínico dos pacientes diagnosticados com Hipotireoidismo Congênito acompanhados em uma Instituição de referência no interior do Estado de Goiás entre 2013 e 2018. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Anápolis. Curso de Enfermagem. Centro Universitário de Anápolis Unievangélica. 2019.
- Santos LRO, Rocha SS, Gouveia MTO, Oliveira FBM, Araujo AKL, Rodrigues IS. Teste do pezinho: Avaliação de desempenho de um Programa de Triagem Neonatal. *Rev Enferm UFPE*

online. 2013; 7(1): 773-778.

Silva JT. Melhoria no rastreamento de gestantes com Hipotireoidismo na UBS Raimunda Calvalcante Souza “Munhoz I”, Osasco-SP. Universidade Aberta do SUS. 2020.

Soares AS, Maciel LMZ, Mello LM, Magalhães PKR, Nunes AA. Principais distúrbios tireoidianos e suas abordagens na Atenção Primária. Revista AMRIGS. 2011; 55(4): 380-388.

Soares GVD, Barreto MGR, Sousa KMC, Silva MLM, Paulo APDS. Hipotireoidismo e Hipertireoidismo-Uma breve revisão sobre os distúrbios da tireoide. Congrefip. 2017.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia [homepage na internet]. Disfunções da Tireoide e Gestação. 2021. [Acesso em 11 nov 2022]. Disponível em: <https://www.tireoide.org.br/disfuncoes-da-tireoide-e-gestacao/>.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia [homepage na internet]. Tireoidite. 2008. [Acesso em 08 nov 2022]. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/tireoidite/>.

Yamashiro I, Saito OC, Chammas MC, Cerri GG. Achados ultra-sonográficos na tireoidite. Radiol Brasil. 2007; 40(2): 75-79.