



Cerca de 0,2% das gestações podem cursar com patologias tireoidianas. Não há consenso na literatura sobre o rastreamento universal de alterações da tireoide no período pré-concepcional ou na gestação. Entretanto, deve-se rastrear todas as mulheres com fatores de risco.

I. ASSISTENCIAL

1. FATORES DE RISCO

Antecedente pessoal de :

- Disfunção prévia ou cirurgia de tireoide
- Uso de levotiroxina ou de medicamentos anti-tireoidianos
- Aborto ou parto prematuro
- Irradiação de cabeça e pescoço
- Diabetes mellitus do tipo 1 ou de outras doenças autoimunes
- Uso de amiodarona ou lítio, administração recente de contraste iodado
- Infertilidade ou >2 abortos
- Residentes em áreas de deficiência moderada a grave de iodo
- Sintomas típicos de doença tireoidiana, presença de bócio
- Obesidade mórbida (IMC >40kg/m²)
- Idade materna >30 anos
- Multiparidade (2 ou mais partos)

História família de doença tireoidiana

2. HIPOTIREOIDISMO

Geral	Deficiência na produção dos hormônios tireoidianos, resultante da disfunção primária da glândula tireoide na maioria dos casos. Tireoidite de Hashimoto é a causa mais comum e é caracterizada pela destruição glandular por auto anticorpos (principalmente anti-TPO ou anti tireoglobulina). Outras causas: cirurgia ou o uso de iodo radioativo prévios.	
Quadro Clínico	Assintomático OU Sintomas como: mialgia, intolerância ao frio, constipação, fadiga, ganho de peso, queda de cabelo, pele seca, fâcies edemaciada, cansaço, constipação intestinal, unhas fracas, câimbra, sonolência ou bócio	
Complicações Obstétricas e Perinatais	Aborto Pré-eclâmpsia Descolamento Prematuro de placenta Hemorragia após o parto (HPP) Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) Anemia	Prematuridade Baixo peso ao nascer Alterações de DNPM Hipotireoidismo neonatal Óbito fetal
Formas clínicas	• Hipotireoidismo clínico: aumento do TSH + redução do T4 livre + sintomas • Hipotireoidismo subclínico: aumento do TSH + T4 livre normal	

2. DIAGNÓSTICO

	TSH	T4 livre	Diagnóstico	ATPO
Diagnóstico na gestação	> 10 mU/L	Não solicitar (resultado não modificará conduta)	Hipotireoidismo clínico	Não solicitar (resultado não modificará conduta)
	> 4 mU/L e ≤ 10 mU/L	Dentro dos valores de referências informados no laboratório	Hipotireoidismo subclínico	Não solicitar (condita proposta no hipotireoidismo subclínico independe da ATPO)
	> 4 mU/L e ≤ 10 mU/L	Abaixo do limite inferior da referência informado pelo laboratório	Hipotireoidismo clínico	Não solicitar (resultado não modificará conduta)
	> 2,5 mU/L e ≤ 4 mU/L	Não solicitar (resultado não modificará conduta)	Eutireoidismo	Se ATPO + acima do limite superior da referência informada, considerar tratamento
	≤ 2,5 mU/L	Não solicitar (resultado não modificará conduta)	Eutireoidismo	Não solicitar (resultado não modificará conduta proposta para 1º trimestre na maioria das pacientes)

Fonte: Protocolo FEBRASGO

3. TRATAMENTO

TSH < 2,5 mUI/L	TSH 2,5 – 4mUI/L	TSH 4 – 10 mUI/L	TSH >10 mUI/L
Não necessita de tratamento	Anti-TPO +: Levotiroxina 50mcg/dia	T4L normal: Iniciar tratamento com levotiroxina 1mcg/kg/dia	Diagnóstico de hipotireoidismo
	Anti-TPO -: não tratar	T4L alterado: Iniciar levotiroxina 2mcg/Kg/dia	Iniciar levotiroxina 2mcg/Kg/dia

Fonte: Protocolo FEBRASGO

Obs: a levotiroxina deve ser tomada 30-60 minutos antes do café da manhã ou >3 horas após última refeição

Hipotireoidismo prévio à gestação: Aumentar a dose em 30%

Seguimento	Repetir dosagens hormonais a cada 4 a 6 semanas até atingir a meta terapêutica (TSH <2,5 mUI/L) e a cada trimestre da gestação
Parto	A via de parto é obstétrica, com limite até 40 semanas, sem modificações quanto a preparo de colo, ou indução de parto ou preparação para cesariana.
Controle no Puerpério	- Se diagnóstico prévio à gestação: retorno à dose pré-concepcional - Se diagnóstico durante a gestação, em uso de levotiroxina ≤ 50mcg: suspender medicação - Demais casos reduzir a dose em 25-50% e repetir TSH em 6 semanas

4. HIPERTIREOIDISMO

Geral	Aumento da produção dos hormônios tireoidianos, T3 e T4, com consequente retroalimentação negativa sobre a hipófise, levando à supressão do TSH	
Causas	Doença de Graves: 0,1 a 1% de todas as gestações Hipertireoidismo transitório da gestação: mediado pelo HCG <1 a 3% das gestações Outras causas: tireoidite subaguda, adenoma tóxico, bócio multinodular tóxico e tireotoxicose factícia	
Complicações Obstétricas e Perinatais	Descolamento prematuro da placenta Pré-eclâmpsia Insuficiência cardíaca congestiva (cardiomiopatia tireotóxica) Crise tireotóxica DMG Fibrilação atrial Trabalho de parto prematuro	Abortamento espontâneo Restrição de crescimento fetal Baixo peso ao nascer Óbito fetal Bócio fetal Hipotireoidismo fetal Hipertireoidismo fetal e neonatal
Quadro Clínico	Assintomático OU Nervosismo, irritabilidade, intolerância ao calor, sudorese, ansiedade, sono alterado, emagrecimento, taquicardia, bócio, tremores finos e pele quente. Bócio e oftalmopatia sugerem doença de Graves.	
Diagnóstico	Diminuição do TSH (<0,01 mUI/L) e T4L aumentado (se hipertireoidismo) ou T4L normal (hipertireoidismo subclínico) Graves: TRab + em 95%, pode ter anti TPO+	
Tratamento	Hipertireoidismo transitório gestacional Hipertireoidismo subclínico	Sintomáticos se necessário: Antieméticos e propranolol 40-120 mg/dia
	Hipertireoidismo clínico Se hipertireoidismo prévio em uso de doses baixas de DAT: considerar suspender medicação (se não tiver: <6 meses de uso, TRAb em níveis elevados, bócio/oftalmia)	Tiaminas (DAT) – propiltiouracil (até 16 semanas) e metimazol após . Uso na menor dose e pelo menor tempo possível Propranolol se necessário Meta: controle clínico e T4 no limite superior da normalidade. TSH pode permanecer baixo por semanas
Seguimento	Dosagens de hormônios tireoidianos a cada 4 semanas Dosagem de TRab no diagnóstico e, se elevado, repetir entre 18-22 semanas. Se persistir, investigar hipertireoidismo fetal Vigilância de efeitos adversos: hemograma e função hepática mensais Não suspender DAT se TRab ≥ 2 vezes o valor de referência pelo risco de crise tireotóxica e hipertireoidismo fetal Vitalidade fetal: ultrassonografia mensal após morfológico de 2º trimestre, doppler com 26 semanas e PBF semanal após 34 semanas	
Parto	Via obstétrica. Limite: 40 semanas Sem modificações quanto a preparo de colo ou indução do parto ou preparação para cesariana	
Puerpério	Manter as doses em uso Dosagem de hormônios tireoidianos 2-3 semanas pós parto Incentiva-se a amamentação, sendo o metimazol preferível Alerta – descompensação: taquicardia, tremores e mal estar	

Crise tireotóxica	Mortalidade materna 25% Clínica: febre alta, taquicardia, agitação, vômitos, diarreia, desidratação, confusão, estupor, arritmia, hipotensão Laboratório: leucocitose, hipercalcemia, elevação de enzimas hepáticas Tratamento em UTI Monitorar vitalidade fetal a partir da viabilidade fetal e conduta obstétrica de acordo com a vitalidade fetal, após estabilização clínica materna.
--------------------------	---

Opções terapêuticas	Dose inicial	Dose máxima segura	Efeitos colaterais	Particularidades
Propiltiouracil (PTU)	100 – 150 mg de 8/8 horas	450 mg/dia	Hipersensibilidade (5%) Hepatite medicamentosa (1%) Agranulocitose (0,2%)	Preferencial no 1º trimestre Maiores efeitos colaterais Monitorar hemograma e enzimas hepáticas mensalmente, se uso mantido na gestação
Metimazol	5-15 mg 1x ao dia	30 mg/dia	Aplasia cutis fetal	Preferencial no 2º e 3º trimestre – menores efeitos colaterais
Iodo radioativo	Contraindicado na gestação			
Tireoidectomia	Hipertireoidismo grave refratário ou intolerante ao tratamento clínico Se possível, postergar para o puerpério Se necessário, realizar no segundo trimestre			

CONDUTA NA CRISE TIREOTÓXICA

Admissão UTI

Cuidados gerais
Vias aéreas + O2
Sinais Vitais
Hidratação
Antitérmicos

DAT

PTU VO 500-1000 mg ataque + 250 mg 4/4h (ou 400 mg SNG ou VR 8/8h) ou
Metimazol 60-80 mg/dia

Controle Fc

Propranolol 20-80 mg VO 4/4h ou
Diltiazem 60mg VO 6/6h

Corticoterapia

Hidrocortisona IV 300 mg + 100 mg 8/8h ou
Dexametasona 2 mg IV ou IM ou VO 6/6h ou
Prednisona VO 60 mg/dia

Iodoterapia

Iodeto de sódio 500-1000mg IV 8/8h ou
Iodeto de potássio 2-5 gotas VO 8/8h ou
Lugol 5% 8 gotas VO 6/6h

II. GLOSSÁRIO

DMG - Diabetes Mellitus Gestacional

DPP – Data Provável de Parto

IMC – Índice de Massa Corporal

TRab – antirreceptor do hormônio estimulador da tireoide

III. Referências Bibliográficas

[1] FEBRASGO/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco. Doenças da tireoide na gestação. 3ªed. São Paulo – FEBRASGO, 2025.

[2] Alexander, E. K., Pearce, E. N., Brent, G. A., Brown, R. S., Chen, H., Dosiou, C., ... & Peeters, R. P. (2017). 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. *Thyroid*, 27(3), 315-389.

[3] Glinioer, D. (1997). The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology. *Endocrine reviews*, 18(3), 404-433.

[4] Lazarus, J., Brown, R. S., Daumerie, C., Hubalewska-Dydejczyk, A., Negro, R., & Vaidya, B. (2014). 2014 European thyroid association guidelines for the management of subclinical hypothyroidism in pregnancy and in children. *European thyroid journal*, 3(2), 76-94.

[5] Rosario, P. W., Carvalho, M., & Calsolari, M. R. (2016). TSH reference values in the first trimester of gestation and correlation between maternal TSH and obstetric and neonatal outcomes: a prospective Brazilian study. *Archives of endocrinology and metabolism*, 60(4), 314-318.

Código Documento: CPTW468.1	Elaborador: Maria Fernanda Caldeira Fernanda Faig Cristina Amadatsu	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 27/05/2025 Data de Revisão: 01/08/2025	Data de Aprovação: 05/08/2025
---------------------------------------	---	---	--	---	---