

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT.015	
Título do Documento	HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO	Emissão:	Próxima
		02/04/2025	revisão:
		Versão: 3	02/04/2027

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	2
2.	RASTREIO	2
3.	CLASSIFICAÇÃO, DIAGNÓSTICO E MANEJO	3
4.	AVALIAÇÃO FETAL	11
5.	CONDUTA PRÉ-CONCEPCIONAL	11
6.	PARTO, PÓS-PARTO E PUERPÉRIO.....	12
7.	HIPOTIREOIDISMO E LACTAÇÃO	12
8.	HIPERTIREOIDISMO E LACTAÇÃO	13
9.	REFERÊNCIAS.....	13
10.	HISTÓRICO DE REVISÃO	13
11.	RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO.....	13



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROCOLO	PRO.UOBT.015	
Título do Documento	HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO	Emissão:	Próxima
		02/04/2025	revisão:
		Versão: 3	02/04/2027

1. INTRODUÇÃO

Durante a gestação, o organismo materno passa por diversas mudanças fisiológicas e, dentre elas, alteração do funcionamento da tireoide. Ocorre um aumento da produção de hormônios tireoidianos, Tiroxina (T4) e Triiodotironina (T3), e da necessidade diária de iodo em cerca de 50%, por aumento da excreção de iodo, aumento de proteínas de ligação à tiroxina e efeitos estimuladores da Gonadotrofina Coriônica Humana (hCG) na tireoide. Dessa forma, a função tireoidiana e os intervalos de referências para os testes mais amplamente aplicados, Hormônio Estimulador da Tireoide (TSH) e Tiroxina Livre (T4L), diferem quando comparado com mulheres não grávidas e em diferentes populações. Essa adaptação pode não ocorrer adequadamente devido a processos patológicos prévios e/ou adquiridos durante a gestação.

Após a concepção, a concentração de Globulina Ligadora de Tiroxina (TBG) e T4 total (TT4) circulantes aumentam na 7ª semana de gestação e atingem um pico próximo à 16ª semana. Essas concentrações permanecem altas até o nascimento. Ainda no primeiro trimestre, o hCG materno estimula o receptor do TSH, levando à maior produção de hormônio tireoidiano e diminuição na concentração de TSH.

Como ocorre aumento da produção hormonal, da excreção renal e da necessidade fetal de iodo durante a gestação, há uma necessidade de ingestão adequada desse elemento em torno de 250 µg/d, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Mulheres com ingestão adequada de iodo antes e durante a gravidez têm estoques adequados de iodo intratireoidiano e não devem ter dificuldades para adaptação ao aumento da demanda durante a gestação, mantendo concentrações de iodo estáveis.

2. RASTREIO

Atualmente, há uma orientação de realização de dosagem de TSH o mais precocemente possível, de forma universal, para todas as gestantes onde existe condições técnicas para tal. Em locais de menor acesso a exames laboratoriais, deve-se realizar apenas em pacientes com fatores de risco. Triagem universal para dosagem de T4L não é recomendada.

Fatores de risco:

- História de hipotireoidismo/hipertireoidismo ou sintomas/sinais atuais de disfunção da tireoide;
- Positividade conhecida de anticorpos da tireoide ou presença de bócio;
- História prévia de radiação em cabeça ou pescoço ou cirurgia tireoidiana prévia;
- Idade > 30 anos;
- Diabetes tipo 1 ou outras doenças autoimunes;
- História de perda de gravidez, parto prematuro ou infertilidade;
- Múltiplas gravidezes anteriores (≥2);
- História familiar de doença autoimune da tireoide ou disfunção da tireoide;
- Obesidade mórbida (IMC ≥ 40 kg/m²);

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT.015	
Título do Documento	HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO	Emissão: 02/04/2025	Próxima revisão: 02/04/2027
		Versão: 3	

- Uso de amiodarona ou lítio, ou administração recente de contraste radiológico iodado;
- Residir em área de conhecida insuficiência moderada a grave de iodo.

3. CLASSIFICAÇÃO, DIAGNÓSTICO E MANEJO

3.1 Hipotireoidismo

O Hipotireoidismo Clínico (HC) é definido como a presença de um TSH elevado e uma concentração sérica de T4 livre diminuída durante a gestação, com ambas as concentrações fora dos intervalos de referência (específicos do trimestre). Hipotireoidismo Subclínico (HSC) é definido com a presença de um TSH elevado e uma concentração sérica de T4 livre normal. Em casos muito raros, é importante excluir outras causas de função tireoidiana anormal, como tumores hipofisários secretores de TSH, resistência aos hormônios tireoidianos ou hipotireoidismo central com TSH biologicamente inativo. Quando a nutrição com iodo é adequada, a causa mais frequente de hipotireoidismo é a doença autoimune da tireoide, Tireoidite de Hashimoto. Portanto, não surpreendentemente, os autoanticorpos da tireoide podem ser detectados em aproximadamente 30%–60% das mulheres grávidas com uma concentração elevada de TSH.

Estudos recentes também demonstraram uma importante influência aditiva da positividade de anti-TPO sobre o estado da tireoide materna. A decisão sobre o tratamento deve ser baseado, portanto, tanto em exames de função tireoidiana quanto de anti-TPO.

O HC é associado com aborto espontâneo de primeiro trimestre, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, alteração da vitalidade fetal, prematuridade, baixo peso ao nascer, parto cesárea, hemorragia pós-parto, aumento da morbidade e mortalidade perinatal, comprometimento neuropsicológico e cognitivo na infância. O HSC pode estar associado com pré-eclâmpsia, parto prematuro, descolamento prematuro de placenta, síndrome do desconforto respiratório neonatal e/ou perda gestacional.

Na indisponibilidade de uma referência específica por trimestre para determinada população, o limite superior de TSH de 4,0 mU/L pode ser utilizado. A indicação de tratamento do hipotireoidismo na gravidez vai depender dos níveis de TSH, T4L e *status* de anti-TPO:

- Pacientes com TSH > 10mU/L devem ser tratadas com Levotiroxina (LT4) na dose de 2mcg/kg/dia.
- Se TSH > 4,0 mU/L e TSH ≤ 10,0 mU/L, deve-se solicitar T4L, podendo haver duas possibilidades: HC se T4L abaixo do valor de referência, ou HSC quando o nível de T4L sérico está normal. O tratamento do HSC deve ser iniciado com LT4 na dose de 1mcg/kg/dia. Se HC, dobrar a dose.

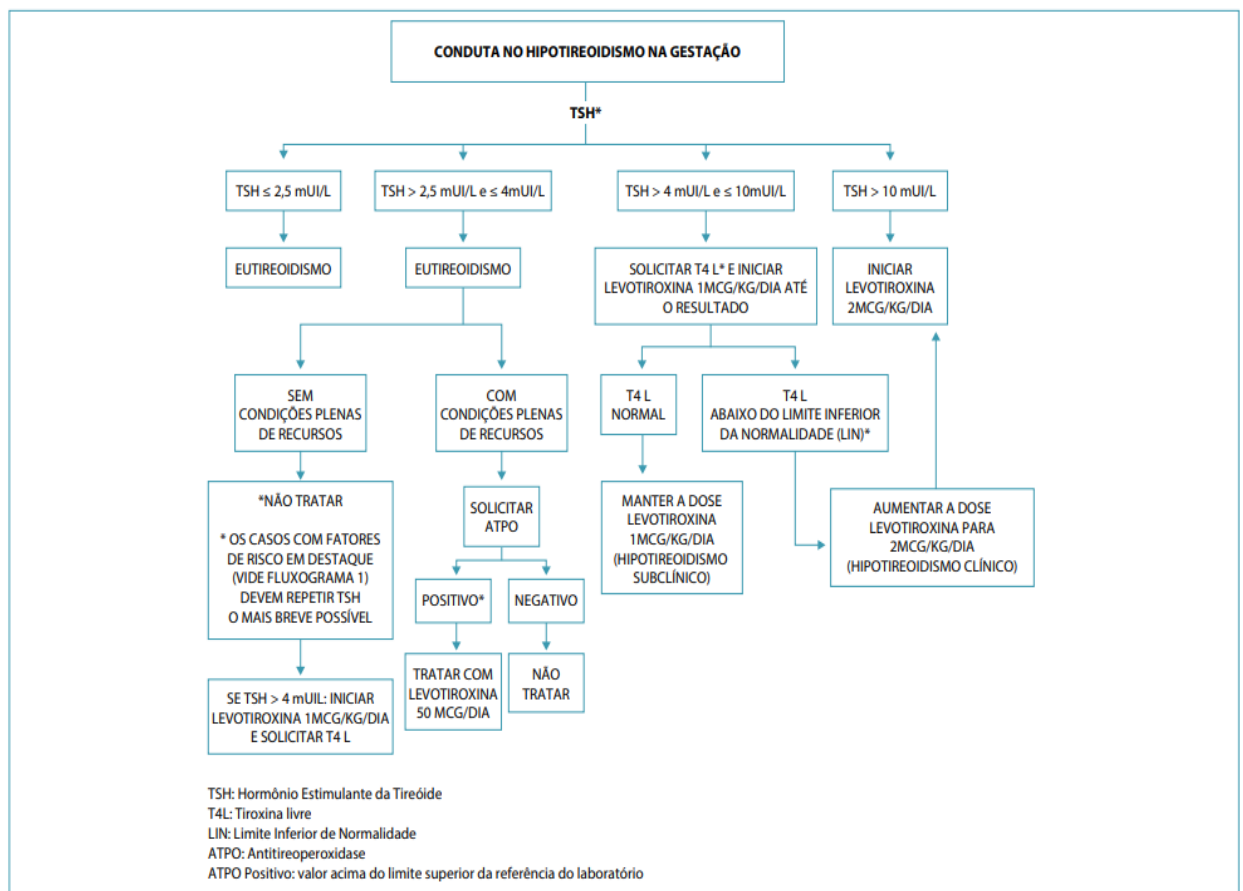
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT.015	
Título do Documento	HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO	Emissão: 02/04/2025	Próxima revisão: 02/04/2027
		Versão: 3	

- Se TSH > 2,5 e ≤ 4,0 mU/L, deve-se dosar anti-TPO. Se positivo, iniciar tratamento com LT4 50mcg/dia. A terapia não é recomendada para mulheres anti-TPO negativo com TSH normal (TSH ≤ 4,0 mU/L).
- Pacientes com hipotireoidismo prévio devem ajustar a dose pré-concepcional, mantendo TSH < 2,5 mU/L e, ao engravidar, ajustar a dose com incremento em 30%, ou seja, dobrar a dose usual em 2 dias na semana.
- O tratamento visa manter as concentrações maternas de TSH < 2,5 mU/L e devendo ser realizado controle mensal até atingir a meta.

Em mulheres com hipotireoidismo manifesto ou subclínico, bem como aquelas em risco de hipotireoidismo (anti-TPO ou anti-TG positivo, pós-hemitiroidectomia e/ou pós-tratamento com iodo radioativo), deve-se solicitar TSH aproximadamente a cada 4 semanas até o meio da gestação e pelo menos uma vez perto de 30 semanas de gestação.

De maneira prática, recomendamos o seguinte esquema (Figura 1):

Figura 1 - Hipotireoidismo: conduta na gestação.

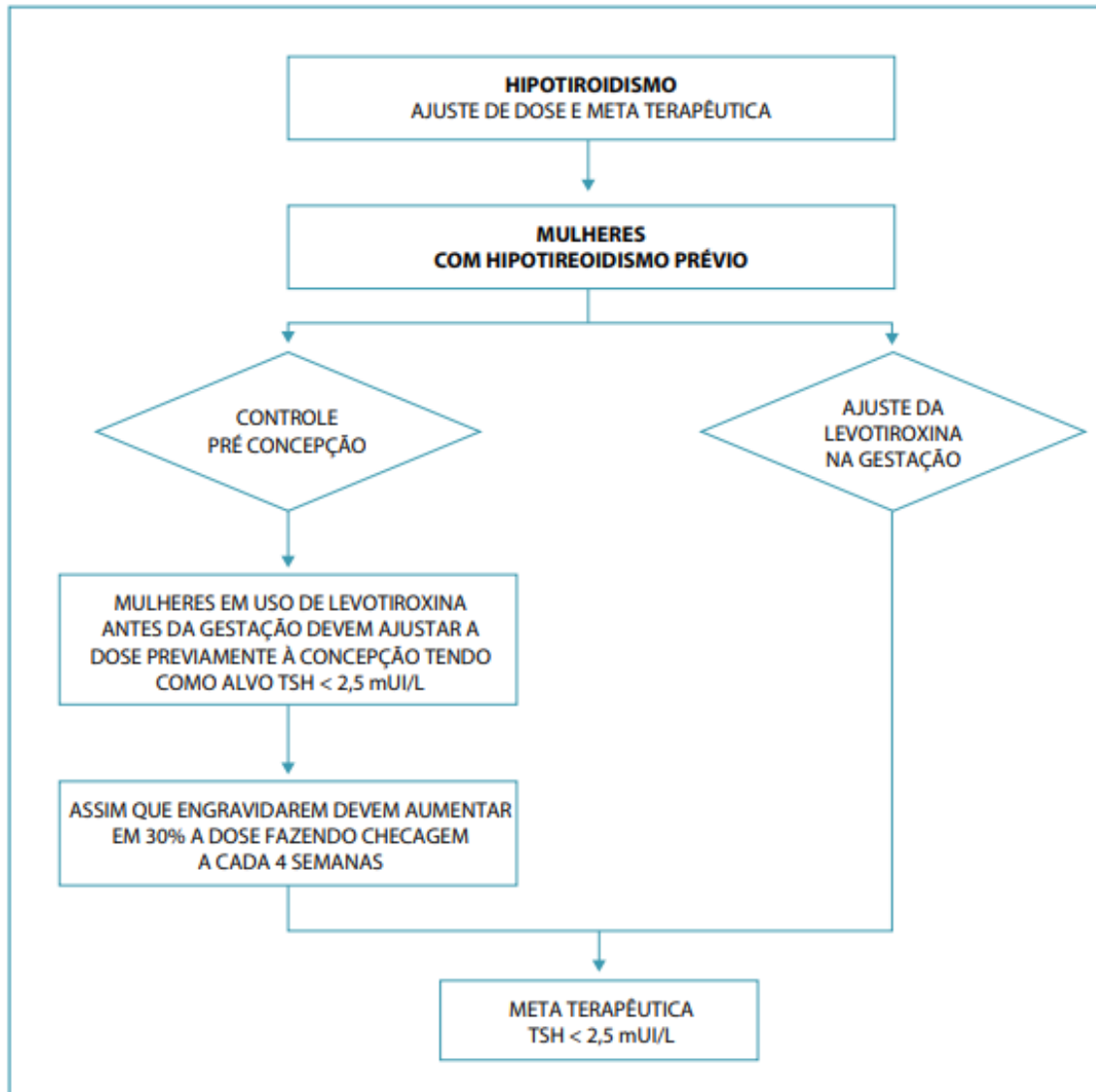


Fonte: Elaboração própria – Grupo de Trabalho para Disfunções Tireoidianas na Gestação (CNEGAR e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROCOLO	PRO.UOBT.015	
Título do Documento	HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO	Emissão: 02/04/2025	Próxima revisão: 02/04/2027
		Versão: 3	

A figura 2 ilustra o ajuste da dose e a meta terapêutica do hipotireoidismo na gravidez, e na figura 3 temos a conduta no puerpério.

Figura 2 - Dose e meta terapêutica do hipotireoidismo na gravidez.

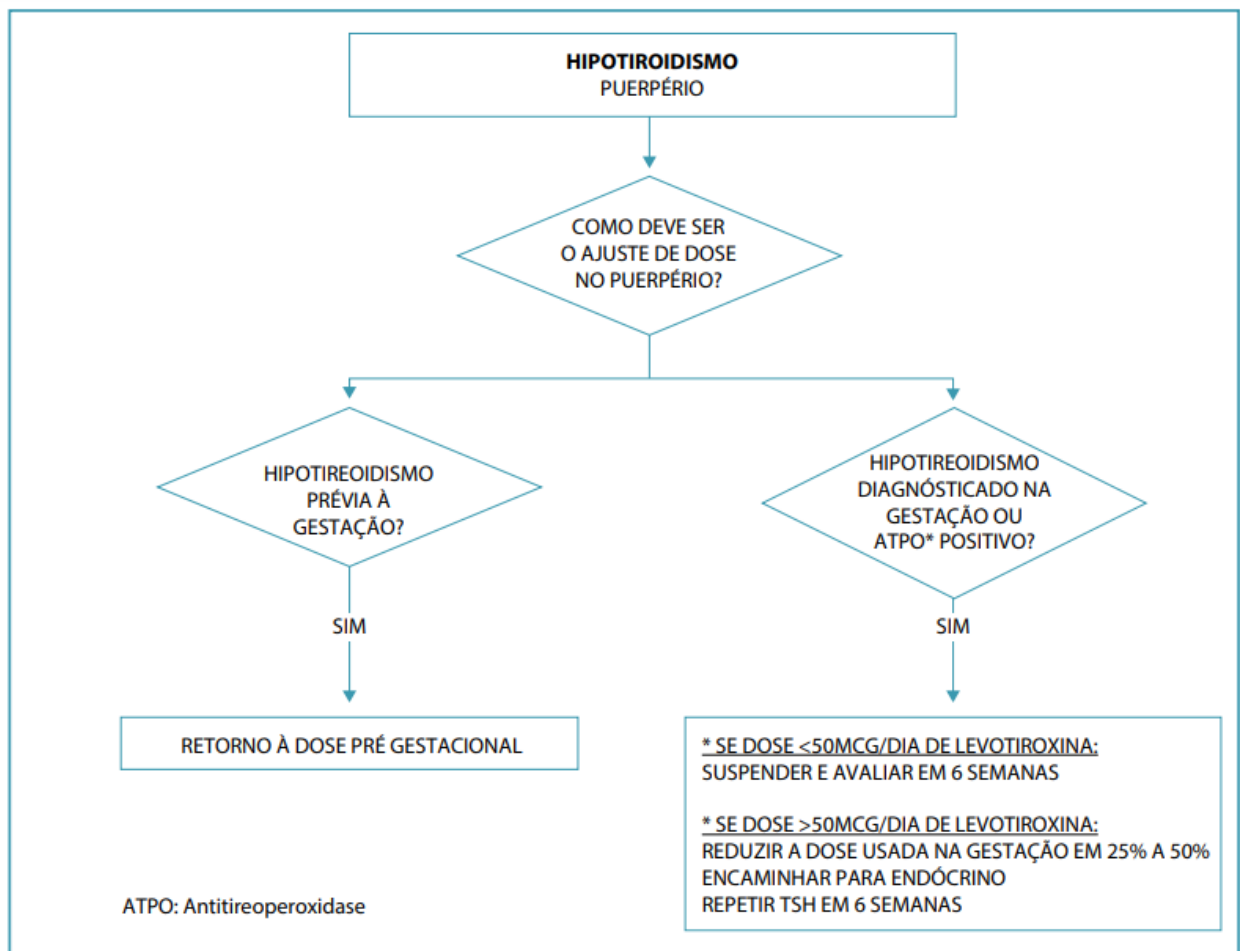


TSH: hormônio estimulador da tireoide.

Fonte: Elaboração própria – Grupo de Trabalho para Disfunções Tireoidianas na Gravidez (CNEGAR e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT.015	
Título do Documento	HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO	Emissão: 02/04/2025	Próxima revisão: 02/04/2027
		Versão: 3	

Figura 3 - Hipotireoidismo: conduta no puerpério.



Fonte: Elaboração própria – Grupo de Trabalho para Disfunções Tireoidianas na Gestação (CNEGAR e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM).

Pacientes com hipotireoidismo prévio à gestação e gestantes com HC devem ser acompanhadas em Pré-Natal de alto risco e, de preferência, juntamente ao endocrinologista.

3.2 Hipertireoidismo

A tireotoxicose é a síndrome clínica de hipermetabolismo e hiperatividade resultante de uma exposição a quantidades supra-fisiológicas de hormônios tireoidianos. Esta condição pode associar-se a diversas complicações, como perda gestacional, síndromes hipertensivas, prematuridade, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino, óbito fetal, tempestade tireoidiana e insuficiência cardíaca

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT.015	
Título do Documento	HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO	Emissão: 02/04/2025	Próxima revisão: 02/04/2027
		Versão: 3	

congestiva materna. Além disso, alguns estudos sugerem que a exposição fetal a níveis excessivos de hormônio da tireoide pode programar a prole para desenvolver doenças crônicas como distúrbios convulsivos e distúrbios neurocomportamentais.

A causa mais comum de tireotoxicose é a hiperfunção da glândula tireóide, o Hipertireoidismo. A causa mais comum de hipertireoidismo em mulheres em idade fértil é autoimune, a Doença de Graves (DG), ocorrendo antes da gravidez em 0,4%–1,0% das mulheres e em aproximadamente 0,2% durante a gravidez.

Mais frequente do que DG como causa de hipertiroxinemia na gravidez é a Tireotoxicose Transitória Testacional (TTG), que é limitada à primeira metade da gravidez e não costuma causar complicações graves. Esta condição, caracterizada por T4L elevado e TSH sérico suprimido, é diagnosticado em cerca de 1% a 3% das gestantes. Muitas vezes é associada à hiperêmese gravídica (náuseas e vômitos no início da gravidez associados a perda de mais de 5% do peso, desidratação e cetonúria). Outras condições associadas à tireotoxicose induzida por hCG incluem gestação múltipla, mola hidatiforme e coriocarcinoma.

Causas menos comuns de hipertireoidismo incluem bócio multinodular tóxico e adenoma tóxico, tireoidite subaguda com liberação passiva de hormônios tireoidianos, ingestão excessiva de hormônio tireoidiano, secreção de TSH por adenoma pituitário, *struma ovarii*, metástases de câncer de tireoide ou mutações germinativas do receptor de TSH.

Os valores de referência de TSH, T4L e T4T devem ser ajustados, devido as alterações fisiológicas da gestação. Em relação ao TSH, deve-se reduzir 0,4mU/L do limite inferior da referência do laboratório, portanto, na maioria dos laboratórios, seria um nível de TSH < 0,1mU/L para o diagnóstico de hipertireoidismo. A partir do segundo trimestre, pode-se considerar os mesmos valores de não gestantes. O T4T aumenta progressivamente e estabiliza em torno da 16ª semana, devendo ser considerado normal um valor em torno de 1,5 vez o valor de referência. Para o T4L, utiliza-se do valor de referência do laboratório.

Gestantes com hipertireoidismo devem ser acompanhadas no alto risco, em consultas quinzenais até a 28ª semana e semanais a partir de então, até o parto.

O hipertireoidismo pode se manifestar na gravidez como:

- Hipertireoidismo clínico franco ou manifesto: TSH < 0,1 mUI/L e T4L elevado. O diagnóstico mais provável é o de DG. Dosar Anticorpo Anti Receptor de TSH (TRAb) para avaliar tratamento e monitorização fetal. Dosagem de T3 (total ou livre) aumentado em relação ao T4L também sugere DG. Tratamento: Droga Anti-Tireoidiana (DAT). A droga de primeira escolha para o tratamento do hipertireoidismo na gestação até 16ª semana é a Propiltiouracila (PTU), devido ao menor risco e à menor gravidade das malformações congênitas associadas.

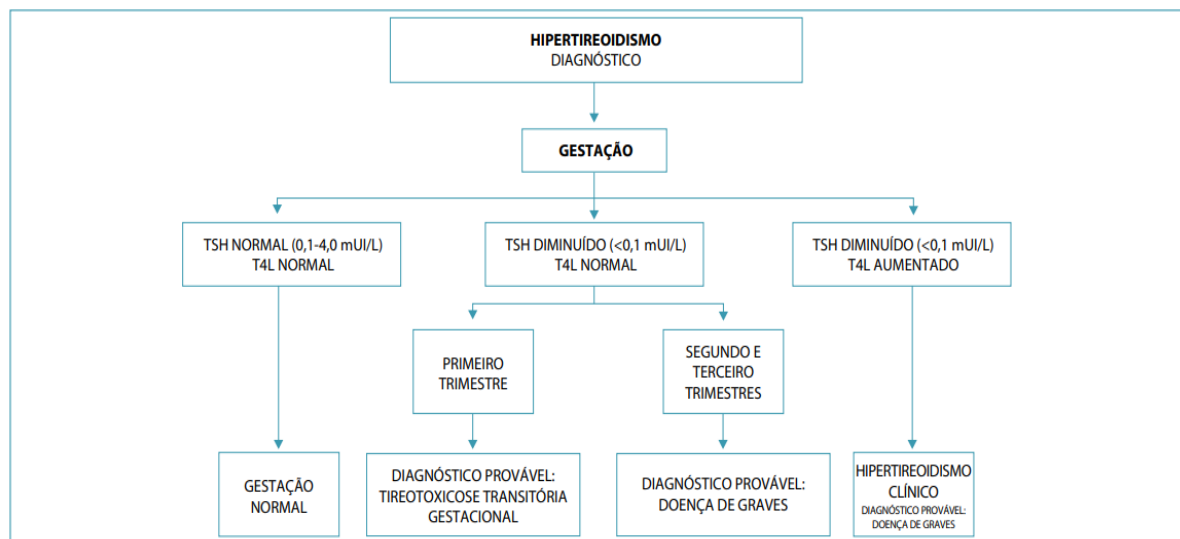
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT.015	
Título do Documento	HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO	Emissão: 02/04/2025	Próxima revisão: 02/04/2027
		Versão: 3	

Se necessário manter DAT, a PTU deve ser trocada pelo Metimazol (MMZ), pelo maior risco de hepatotoxicidade associado ao PTU.

- Hipertireoidismo subclínico: TSH < 0,1 mUI/L e T4L normal. A paciente não deve ser tratada com DAT e é importante o diagnóstico diferencial entre TTG e DG.
- TTG: ausência de história prévia de doença tireoidiana, ausência de estigmas de DG (bócio, orbitopatia, mixedema pré-tibial), um distúrbio leve autolimitado e sintomas de vômitos favorecem o diagnóstico de TTG. A dosagem dos níveis de TRAb e T3 pode ser indicada nos casos duvidosos. O tratamento da TTG inclui terapia de suporte, correção da desidratação e hospitalização se necessário. DATs não são recomendadas, embora uso de betabloqueadores possa ser considerado, como Propranolol em doses de 10-40mg de 8/8h.

A figura 4 ilustra os cenários possíveis em gestantes com hipertireoidismo.

Figura 4 – Hipertireoidismo: diagnóstico.



TSH: hormônio estimulador da tireoide; T4L: tiroxina livre.

Fonte: Elaboração própria – Grupo de Trabalho para Disfunções Tireoidianas na Gestação (CNEGAR e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM).

Se houver suspeita de nódulos no exame clínico, uma ultrassonografia da tireoide deve ser realizada para avaliar a nodularidade. A cintilografia com radioisótopos ou a determinação da captação de iodo radioativo são contraindicadas durante a gravidez.

Em uma gestante com DG que está em eutireoidismo utilizando doses baixas de MMZ (5-10 mg/d) ou PTU (100-200 mg/d), deve ser considerada a descontinuação da medicação antitireoidiana, devido aos potenciais efeitos teratogênicos. A decisão de interromper a medicação deve levar em consideração o histórico da doença,

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT.015	
Título do Documento	HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO	Emissão: 02/04/2025	Próxima revisão: 02/04/2027
		Versão: 3	

tamanho do bócio, duração da terapia, resultados de testes de função tireoidiana recentes, medição de TRAb e outros fatores clínicos. Após a interrupção da medicação antitireoidiana, o teste da função tireoidiana materna (TSH e T4L ou TT4) e o exame clínico devem ser realizados a cada 1-2 semanas para avaliar o estado materno e fetal. Se a gestante permanecer clínica e laboratorialmente eutireoidiana, os intervalos dos exames podem ser estendidos para 2 a 4 semanas durante o segundo e terceiro trimestres. A decisão de continuar o manejo conservador deve ser guiada tanto pela avaliação clínica e laboratorial.

Em gestantes com alto risco de desenvolver tireotoxicose caso as DAT sejam suspensas, a continuação destas medicações pode ser necessária. Os fatores que predizem alto risco clínico incluem: necessidade de doses de MMI >5–10 mg/d ou PTU >100–200 mg/d para manter um estado eutireoidiano, níveis elevados de TRAb (3x o limite superior da normalidade), uso de DATs por menos de 6 meses, TSH suprimido em uso de DATs, bócio volumoso, oftalmopatia de Graves.

Nesses casos, PTU é recomendado para o tratamento do hipertireoidismo materno até a 16ª semana de gravidez. Gestantes em uso de MMZ devem trocá-lo para PTU o mais cedo possível. Ao mudar de MMZ para PTU, usar uma razão de dose de aproximadamente 1:20 (exemplo, MMZ 5 mg/d = PTU 50 mg 2x/dia). Deve-se utilizar a menor dose efetiva, visando T4L no limite superior ou moderadamente acima do intervalo de referência.

No quadro 1, encontra-se uma sugestão de doses para MMZ e PTU adaptada da diretriz da ATA para tratamento do hipertireoidismo e tireotoxicose para não gestantes e ajustadas para as doses recomendadas às gestantes (figura 2).

Quadro 1 - Doses de MMZ e PTU sugeridas para início de tratamento em gestantes de acordo com o nível de T4L.

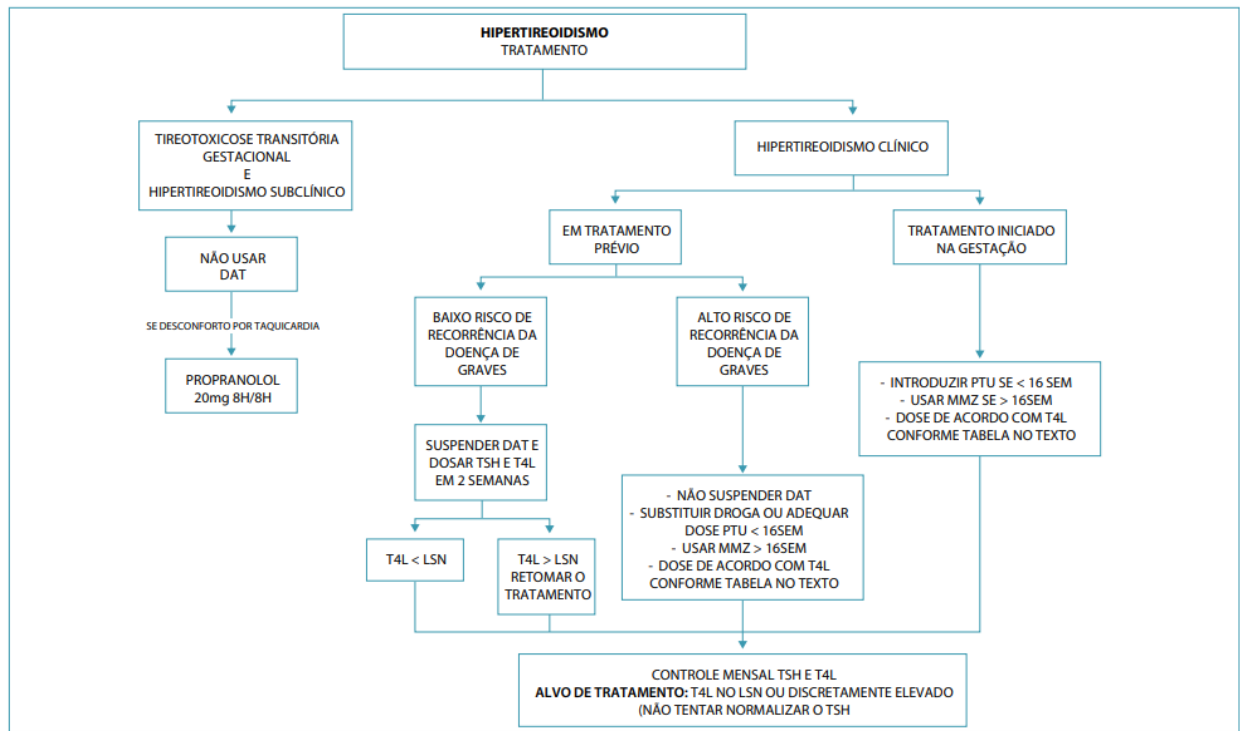
NÍVEL DE T4L (número vezes em relação ao limite superior normal)	METIMAZOL MG	PROPILTIOURACILA MG
Até 2 vezes	5-10	100-200
Entre 2 e 3 vezes	10-20	200-400
Acima de 3 vezes	20-30	400-600

T4L: tiroxina livre.

Fonte: Adaptada de: Ross et al.⁽⁵⁾

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT.015
Título do Documento	HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO		Emissão: 02/04/2025
			Versão: 3
			Próxima revisão: 02/04/2027

Figura 5 – Hipertireoidismo: Tratamento.



TSH: Hormônio estimulador da tireoide; T4L: Tiroxina livre; DAT: Droga antitireoidiana; PTU: Propiltiuracil; MMZ: Metimazol; LSN: Limite superior da normalidade.

Fonte: Elaboração própria – Grupo de Trabalho para Disfunções Tireoidianas na Gestação (CNEGAR e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM).

A tireoidectomia deve ser considerada em casos de alergias ou contraindicações as ambas as DAT, na paciente não aderente à terapia medicamentosa e em mulheres nas quais o eutireoidismo não pode ser alcançado mesmo com altas doses de DAT. Se a cirurgia for indicada, o segundo trimestre é o momento ideal.

Gestantes com história atual ou pregressa de DG (tratada com radioiodoterapia ou cirurgia) devem ser submetidas a determinação sérica materna de TRAb no início da gravidez. Se a concentração materna de TRAb estiver elevada, a repetição do teste deve ocorrer nas semanas 18-22. Caso o nível seja indetectável ou baixo no início da gravidez, nenhum teste adicional é necessário. Se TRAb elevado nas semanas 18-22 ou a mãe estiver utilizando DAT no terceiro trimestre, uma medição de TRAb deve ser realizada novamente no final da gravidez (semanas 30-34) para avaliar a necessidade de monitoramento neonatal e pós-natal.

As DTAs podem gerar efeitos colaterais em 3% a 5% das gestantes, em geral, reações alérgicas eruptivas ou sintomas gastrointestinais, podendo ser tratados com anti-histamínico ou realizando a troca entre as DATs. Efeitos mais graves, como agranulocitose e insuficiência hepática podem ocorrer em 0,1 a 0,15%. Nesses casos, há contraindicação absoluta para uso de DATs, não sendo recomendada a troca e

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT.015	
Título do Documento	HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO	Emissão: 02/04/2025	Próxima revisão: 02/04/2027
		Versão: 3	

devendo a paciente ser encaminhada para serviço de urgência. Deve-se avaliar a realização de tireoidectomia, idealmente no 2º trimestre. Também pode ocorrer efeitos para o feto, devido a passagem transplacentária dos medicamentos. Podem ocorrer efeitos teratogênicos no primeiro trimestre. O MMZ leva a complicações em 2% a 4% das gestações, principalmente *aplasia cutis*. Outras malformações descritas: atresia cloacal e esofágica, defeitos de formação da parede abdominal e malformações oculares, cardíacas e do sistema urinário. A PTU pode levar a malformações em 2% a 3%, como cistos cervicais e anormalidades do trato urinário masculino. As malformações relacionadas a PTU em geral são menos graves que as decorrentes do uso de MMZ. O feto pode ainda desenvolver hipotireoidismo decorrente do uso de DATs. O propranolol por longos períodos pode levar a restrição de crescimento fetal, bradicardia fetal e hipoglicemia neonatal.

4. AVALIAÇÃO FETAL

No cuidado de mulheres com hipotireoidismo adequadamente tratado, nenhum outro teste materno ou fetal (como ultrassonografias fetais, testes pré-natais e/ou amostragem de sangue umbilical) é recomendado além da medição da função tireoidiana materna, a menos que seja necessário devido a outras circunstâncias da gravidez. Uma exceção a isso são as mulheres com DG tratadas com radioiodoterapia ou cirurgia, que requerem monitoramento dos níveis de TRAb.

A vigilância fetal deve ser realizada em mulheres com hipertireoidismo não controlado na segunda metade da gravidez e em mulheres com níveis elevados de TRAb detectados em qualquer momento da gravidez (superiores a 3 vezes o limite superior da normalidade). Recomenda-se uma consulta com especialista em medicina materno-fetal. O monitoramento pode incluir ultrassonografia para avaliar a frequência cardíaca, o crescimento, o volume do líquido amniótico e a presença de bócio fetal.

A cordocentese deve ser usada em raras circunstâncias e realizada em um ambiente apropriado.

5. CONDUTA PRÉ-CONCEPCIONAL

Não há evidências suficientes para recomendar a triagem universal com dosagem de TSH no período pré-concepcional. A exceção diz respeito a mulheres que procuram atendimento por infertilidade, planejam reprodução assistida ou aquelas com positividade para anti-TPO. Todas as mulheres grávidas devem ser avaliadas verbalmente na consulta pré-natal inicial para qualquer história de disfunção tireoidiana e uso prévio ou atual de hormônio tireoidiano (LT4) ou medicamentos antitireoidianos (MMI ou PTU).

A possibilidade de gravidez deve ser discutida com todas as mulheres em idade fértil com hipertireoidismo. Mulheres com DG que desejam gestar devem ser aconselhadas sobre a complexidade do manejo da doença durante a gestação, incluindo a associação de malformações com o uso de DAT. O aconselhamento pré-concepcional deve rever os riscos e benefícios de todas

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT.015	
Título do Documento	HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO	Emissão: 02/04/2025	Próxima revisão: 02/04/2027
		Versão: 3	

as opções de tratamento. A gravidez deve ser adiada até que um estado eutireoidiano estável seja alcançado. Devem ser obtidos dois testes de função tireoidiana dentro dos valores de referência, com pelo menos um mês de intervalo e sem mudança na terapia entre os testes. É recomendada contracepção até que a doença seja controlada. Para pacientes com hipertireoidismo e que planejam engravidar, pode ser oferecido terapia medicamentosa, terapia ablativa com radioiodo ou tireoidectomia, a depender do caso. Após a terapia ablativa, concepção deve ser adiada por seis meses e até que um estado eutireoidiano estável seja alcançado após início da terapia de reposição de LT4.

6. PARTO, PÓS-PARTO E PUERPÉRIO

A via de parto deve ser de indicação obstétrica. Após o parto, a dose de Levotiroxina deve ser reduzida à dose pré-concepcional. Testes adicionais de função da tireoide devem ser realizados após seis semanas. Mulheres nas quais a levotiroxina foi iniciada durante a gravidez podem ter o uso descontinuado após o parto, principalmente se a dose for de até 50 mcg/dia e o TSH sérico deve ser avaliado em aproximadamente seis semanas.

Todas as mulheres que amamentam devem ingerir aproximadamente 250 µg/d de iodo na dieta diariamente, devendo complementar sua dieta com um suplemento oral diário que contenha 150 µg de iodo. Isso é fornecido de maneira ideal na forma de iodeto de potássio (presente em um multivitamínico).

A causa mais comum de tireotoxicose no período pós-parto é a Tireoidite Pós-Parto (TPP), com prevalência de tireotoxicose de 4%. Muitos casos são leves e de curta duração e reverterem espontaneamente ao eutireoidismo. Casos mais graves com necessidade de um curso curto de *b*-bloqueadores são observados em pacientes com altos níveis de anti-TPO, e geralmente são seguidos por um período de hipotireoidismo. A maioria das mulheres retorna ao eutireoidismo um ano após o parto.

7. HIPOTIREOIDISMO E LACTAÇÃO

Como o hipotireoidismo materno pode afetar adversamente a lactação, as mulheres que apresentam lactação deficiente sem outras causas identificadas devem ter TSH medido para avaliar disfunção da tireoide. Dado seu impacto adverso sobre a produção de leite, o hipotireoidismo clínico e subclínico devem ser tratados em mulheres lactantes.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT.015
Título do Documento	HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO		Emissão: 02/04/2025
			Versão: 3
			Próxima revisão: 02/04/2027

8. HIPERTIREOIDISMO E LACTAÇÃO

A decisão de tratar o hipertireoidismo em mulheres lactantes deve ser guiada pelos mesmos princípios aplicados a mulheres não lactantes. Quando a medicação antitireoidiana é indicada para mulheres que estão amamentando, tanto o metimazol (até a dose máxima de 20 mg/d) e propiltiouracil (até a dose máxima de 450 mg/d) podem ser administrados. Deve-se administrar a dose mais baixa efetiva.

9. REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, E. K. *et al.* Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. **Thyroid.**, v.27, n.3, p. 315-389, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. 1.ed. versão preliminar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022, 659p.
- MAGANHA, C. A. *et al.* Rastreamento, diagnóstico e manejo do hipotireoidismo na gestação. *Febrasgo Position Statement.*, n.8, ago, p.1-11, 2022.

10. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2	07/03/2023	Inserido: figuras e quadro.
3	02/04/2025	Atualização da versão

11. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Bianca Cordeiro Nojosa de Freitas Paulo Cruz de Queiroz Raimundo Homero de Carvalho Neto	
VALIDAÇÃO	
Rhaquel de Moraes Alves Barbosa Oliveira Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.002035/2025-27, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
George Chaves Nunes Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado e Apoio Diagnóstico e Terapêutico da Meac	Conforme Processo SEI nº 23533.002035/2025-27, assinado eletronicamente.
Francisco Edson de Lucena Feitosa Gerência de Atenção à Saúde da MEAC	Conforme Processo SEI nº 23533.002035/2025-27, assinado eletronicamente.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br