TeleCedeba

o Cedeba mais perto de você

PROTOCOLO HIPOTIREOIDISMO

Estado da Bahia | SECRETARIA DA SAÚDE

2020. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Todos os direitos de edição reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para a venda ou qualquer fim comercial.

ORGANIZAÇÃO:

Núcleo Técnico Científico de Telessaúde do Estado da Bahia e Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia **(**CEDEBA)

ELABORAÇÃO:

Luciana Santana Leone de Souza

REVISÃO

Daiana Cristina Machado Alves

Érica Lima Costa de Menezes

Flávia Resedá Brandão

REVISÃO GERAL

Flávia Resedá Brandão

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Jamile Neves de Souza Barbosa

DIRETORIA

Reine Marie Chaves Fonseca

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO

Mariana de Azevedo Pinto

Fabio Brito dos Reis

COORDENAÇÃO DO PROJETO DE TELECONSULTORIA ESPECIALIZADA

Daiana Cristina Machado Alves

Érica Lima Costa de Menezes

Flávia Resedá

Maria das Graças Velanes

Reine Marie Chaves Fonseca

EQUIPE TÉCNICA CEDEBA

Ana Cláudia Couto

Ana Luisa Castro Nascimento de Aguiar

Caroline Bulcão Souza

Cícero Fidelis

Fabiana Freire Almeida Silva

Fábio Rogério Trujilho

Flavia Resedá Brandão

Giovanna Feitosa

Julia de Fátima Coutinho

Livia Leite

Luciana Santana Leone de Souza

Ludmila Chaves

Maria das Graças Velanes de Faria

Maria Palmira Carballido Romero

Monique Magnavita

Odelisa Silva de Matos

Regilene Batista

Regilene de Jesus Santos

Renata Peixoto

Rosa Gurgel

Teresa Arruti Rey

Thaisa Dourado Guedes Trujilho

REVISÃO TEXTUAL

Mariana de Azevedo Pinto

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO

Fábio Brito dos Reis

Mariana de Azevedo Pinto

TIRAGEM:

1ª edição – 2020 – Versão eletrônica

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

TELESSAÚDE BAHIA – DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

Endereço: 4a Avenida 400, Plataforma 6, 1o andar, sala 112B,

Centro Administrativo da Bahia, Salvador/BA CEP: 41.750-300.

Tel.: (71) 3115-4151

Endereço eletrônico: http://telessaude.ba.gov.br/

Material disponível por meio eletrônico no site http://telessaude.ba.gov.br/

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

2. O QUE É HIPOTIREOIDISMO? 6

3. O QUE CAUSA O HIPOTIREOIDISMO? 6

4. QUAIS OS SINAIS E SINTOMAS? 7

5. COMO É FEITO O DIAGNÓSTICO DE HIPOTIREOIDISMO? 7

6. COMO DEVEMOS TRATAR O HIPOTIREOIDISMO? QUAIS AS RECOMENDAÇÕES PARA O USO DA MEDICAÇÃO? 9

7. SITUAÇÕES ESPECIAIS: 12

7.1. HIPOTIREOIDISMO NA GESTAÇÃO 12

8. QUANDO PACIENTES COM HIPOTIREOIDISMO DEVEM SER ENCAMINHADOS AO ENDOCRINOLOGISTA? 16

9. REFERÊNCIAS 17

1. INTRODUÇÃO

O Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia **(**CEDEBA), enquanto Centro de Referência, atua na Atenção Secundária e tem como um dos papéis de fundamental importância o matriciamento e suporte especializado à Atenção Primária de Saúde (APS). Sabe-se que a APS é responsável pelo atendimento de grande parte dos casos leves esperados de COVID-19 e que também deve continuar atendendo às pessoas com enfermidades crônicas.

Diante da atual pandemia de COVID-19 e da necessidade de organização do Sistema de Saúde para atender a população de um Estado com grande dimensão territorial, aliado ao crescente movimento para descentralizar atendimentos de pacientes com doenças crônicas, que ainda são realizados na capital do Estado, é imprescindível fortalecer estratégias que possibilitem apoio aos médicos da APS no atendimento à maioria dos pacientes em seu local de origem de forma a agilizar as condutas e controle das enfermidades crônicas.

O Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia, já tendo identificado tal panorama e iniciado fluxo de Serviço em 2019, em parceria com o Núcleo de Telessaúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), ofertará Teleconsultoria Especializada, com objetivo de apoiar os profissionais da APS do Estado da Bahia, no cuidado à população, durante o período de enfrentamento da Pandemia de COVID-19.

Este Protocolo, produzido pelo corpo clinico do CEDEBA, tem como objetivo apoiar os profissionais da Atenção Básica no acolhimento, conduta clínica, solicitação de teleconsultorias especializadas e identificação dos casos com necessidade de um cuidado compartilhado com especialistas de pessoas com hipotireoidismo.

2. O QUE É HIPOTIREOIDISMO?

Trata-se da deficiência de produção de hormônio pela glândula tireoide, que pode ser severa ou moderada. Uma deficiência grave de hormônios da tiroide se manifesta como hipotiroidismo franco e laboratorialmente encontramos níveis de hormônio estimulador da tireoide (TSH) acima do limite superior da normalidade e níveis de Tiroxina livre (T4livre) abaixo dos valores de referência. A forma moderada é denominada hipotiroidismo subclínico, raramente apresenta sinais e sintomas, e é definida pela concentração de TSH acima do limite superior do intervalo de referência, com os níveis de T4livre dentro dos limites de referência.

3. O QUE CAUSA O HIPOTIREOIDISMO?

As causas mais frequentes do hipotiroidismo resultam de alterações da própria glândula tireoidiana (hipotireoidismo primário), sendo a tireoidite autoimune crônica (tireoidite de Hashimoto), a causa mais comum em áreas com suficiência de iodo, como o Brasil.

A segunda maior causa de hipotireoidismo primário é a iatrogênica, causada pelo tratamento com iodo radioativo ou cirurgia para doença nodular tóxica, doença nodular atóxica com compressão de estruturas cervicais ou do bócio difuso na doença de Graves.

Outras possíveis causas incluem o uso de medicamentos (drogas antitireoidiano como tapazol e propiltiuracil; amiodarona, lítio, interferon, talidomida e rifampicina) e disfunções hipofisárias (hipotireoidismo secundário) ou hipotalâmicas (hipotireoidismo terciário). Dentre as causas de hipotireoidismo central (primário ou secundário) podemos destacar tumores, traumas, infecções vasculares, infiltrativas, inflamatórias ou congênitas.

4. QUAIS OS SINAIS E SINTOMAS?

Os sintomas do hipotiroidismo são geralmente inespecíficos como intolerância ao frio, fadiga, dispneia aos esforços, queda de cabelos, constipação intestinal, diminuição de memória, aumento de peso, irregularidade menstrual, mialgia e falta de libido. Ao exame físico, podemos evidenciar pele ressecada, unhas quebradiças, movimentos e fala lentificados, edema não-compressível (mixedema), hiporreflexia, bócio, bradicardia e hipertensão diastólica. Raramente, apresentação ocorre com todos os sinais e sintomas, mas na presença de vários destes devemos levantar a suspeita do hipotiroidismo.

5. COMO É FEITO O DIAGNÓSTICO DE HIPOTIREOIDISMO?

O diagnóstico é feito laboratorialmente, pois os sintomas são inespecíficos. Na suspeita de hipotireoidismo, o TSH é o primeiro exame a ser solicitado. Se o TSH estiver aumentado, sugere-se repeti-lo junto com a medida de T4-livre, possibilitando assim realizar o diagnóstico de hipotireoidismo primário franco (se o T4livre estiver abaixo do valor de referência) ou hipotireoidismo subclínico (se o T4livre estiver dentro da normalidade) (Figura 1). Se o TSH inicial estiver normal, mas o paciente apresentar sinais e sintomas convincentes de hipotireoidismo, também se deve repetir o TSH junto com o T4-livre para investigar a suspeita de hipotireoidismo central (Figura 2). Não é necessário solicitar T3 livre ou total e nem T4 total.

Figura 1

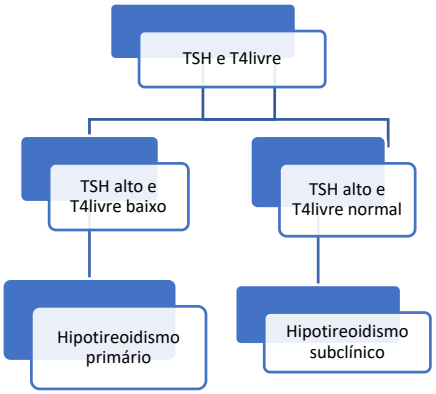
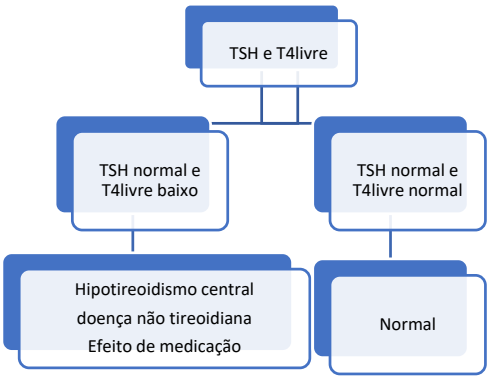


Figura 2



Devemos ter atenção especial em algumas situações específicas ao se analisar o resultado do TSH, nas quais devemos repetir nova função tireoidiana após 2 meses para definir necessidade ou não de tratamento:

1. Na presença de doença hipotalâmica ou hipofisária, pois o TSH pode não se elevar, mas ocorre redução do T4livre

2. Pacientes hospitalizados, com doença sistêmica grave, pois existem possibilidade de interferência na dosagem de TSH

3. Em pacientes recebendo drogas que afetem a liberação do TSH como dopamina, glicocorticóides, fenitoína entre outras.

4. Situações de hipotireoidismo transitório, como tireoidite subaguda ou outras tireoidites, as quais comumente estão associadas com quadro de dor importante em região cervical podendo ou não se relacionar a sinais de infecção.

➢ Quem deve ser rastreado para o hipotireoidismo?

As recomendações para triagem diferem entre as sociedades profissionais e não existe indicação para solicitar TSH como rastreio populacional em assintomáticos, porém em algumas condições de alto risco a avaliação tireoidiana tem sido considerada, como elucidado na Tabela 1 e a solicitação do TSH isoladamente seria o necessário.

Tabela 1- Condições clínicas a serem consideradas para avaliação tireoidiana

Mulheres em idade fértil ou maiores que 60 anos
Mulheres grávidas
Tratamento anterior de radiação da tireoide
Cirurgia tireoidiana ou disfunção tireoidiana prévia
DM-1 ou história pessoal de doença auto-imune
Síndrome de Down
Sintomas clínicos de hipotireoidismo Uso de Lítio, amiodarona, interferon

Hiperprolactinemia,

Dislipidemia

Anemia

ICC

Ultrassonografia tireoidiana não deve ser solicitada de rotina para pacientes com hipotireoidismo clínico ou subclínico. Pode, no entanto, ser considerada em pacientes com hipotireoidismo e palpação anormal da tireoide.

6. COMO DEVEMOS TRATAR O HIPOTIREOIDISMO? QUAIS AS RECOMENDAÇÕES PARA O USO DA MEDICAÇÃO?

Recomendamos a levotiroxina como a droga de escolha para o tratamento de hipotiroidismo. A absorção intestinal da levotiroxina aumenta com baixo pH gástrico e em jejum, e pode estar diminuída na ausência de jejum. Assim, a ingestão da medicação deve ser feita durante o jejum matutino de 30 minutos.

Alguns alimentos (café expresso, proteína de soja, fibras dietéticas) e drogas (ferro, cálcio, agentes sequestradores de ácidos biliares, sucralfato, hidróxido de alumínio e os inibidores da bomba de prótons) podem diminuir a absorção intestinal da levotiroxina. Nesses casos, deve-se evitar a ingestão simultânea das medicações. Assim, pacientes que usam omeprazol devem utilizá-lo ao deitar ou após 30 minutos do uso da levotiroxina. Uma outra situação prática muito comum é o uso de bifosfonato semanal ou mensal associado ao uso da levotiroxina. Nestes casos, como também é necessário o jejum de 40 minutos e não é uma medicação diária, o paciente deve usar primeiro o bifosfonato, aguardar os 40 minutos necessários e em seguida usar a levotiroxina, aguardando mais 30 minutos para ingerir o alimento.

Devem ser consideradas algumas doenças digestivas como gastrite crônica, infecções por *Helicobacter pylori* e Giardia, as quais podem também diminuir a absorção da levotiroxina. Outros medicamentos podem acelerar o metabolismo da medicação (fenitoína, carbamazepina, inibidores da tirosina-quinase, rifampicina), levando a um aumento da necessidade da levotiroxina.

➢ Como iniciamos o tratamento com a levotiroxina?

Para pacientes saudáveis e com menos de 60 anos de idade a dose diária recomendada no hipotireoidismo franco é de 1,6-1,8mcg/kg de peso, sem necessidade de início gradual. Em **pacientes idosos ou com doença cardíaca, recomenda-se iniciar com 25 mcg/dia** aumentando de maneira gradual 12,5 a 25 mcg/dia a cada duas semanas até atingir a dose adequada de acordo com o resultado do TSH.

➢ E no hipotireoidismo subclínico? Quando devemos tratar?

No hipotireoidismo subclínico, uma dose mais baixa (1,1-1,2 mcg/kg) tem sido sugerida, porém nem todas as situações de hipotireoidismo subclínico devem ser tratadas. Apesar de controverso recomenda-se tratamento se:

- TSH persistentemente > 10 mcUI/ml; ou
- TSH persistentemente ≥ 7 mcUI/ml (mas inferior a 10 mcUI/ml) e mais um dos fatores:
  1- idade < 65 anos; ou 2- idade ≥ 65 anos e sintomas muito sugestivos de hipotireoidismo; ou
- TSH acima do limite normal do laboratório e inferior a 7 mcUI/ml em pessoa com idade inferior a 65 anos e mais um dos fatores:
  1- anti-TPO positivo em altos títulos; 2- bócio; 3- sintomas muito sugestivos de hipotireoidismo.

➢ Qual o objetivo do tratamento?

O objetivo da terapia é normalizar os níveis de TSH (restaurar o eutireoidismo). Recomendações recentes sugerem considerar os alvos de TSH idade-dependente em pacientes em tratamento com L-T4. Desse modo, o paciente mais jovem (< 60 anos) deve atingir níveis de TSH de 1-2,5mU/L; em pacientes entre 60-70 anos, o alvo de TSH deve ser 3-4 mU/L e, em pacientes com mais de 70anos, 4-6 mU/L.

➢ Existem diferenças de bioequivalência entre as marcas da levotiroxina?

A levotiroxina tem um índice terapêutico estreito e apresenta um risco aumentado de ocasionar sub ou super tratamento com pequenas variações de dose. Os estudos de bioequivalência têm demonstrado diferenças significativas entre algumas preparações genéricas e de marca industrial, assim **ao iniciar o tratamento com uma marca específica não mudar, se possível, para outra pois variações podem ocorrer na terapêutica.** Em caso de mudança, por não haver outra possibilidade, os níveis de TSH e T4 livre devem ser sempre verificados após 2 meses.

- Quais as Levotiroxinas disponível no comércio, além dos medicamentos genéricos?

  Euthyrox (Merck) - comprimidos de: 25; 50; 75; 88; 100; 112; 125; 137; 150; 175; 200mcg.

  Levoid (Aché) - comprimidos de: 25; 38; 50; 75; 88; 100; 112; 125; 150; 175; 200 mcg.

  Puran T4 (Sanofi) - comprimidos de: 12,5; 25; 37,5; 50; 62,5; 75; 88; 100; 112; 125; 150;175; 200; 300 mcg.

  Synthroid (Abbott) - comprimidos de: 25; 50; 75; 88; 100; 112; 125; 137; 150; 175; 200 mcg.

- Como deve ser feito o acompanhamento destes pacientes?

Devem ser feitas dosagens de TSH e T4 livre, 6 a 8 semanas após cada ajuste da dose, para evitar o sub ou supertratamento. Após atingir o objetivo do TSH, o intervalo de acompanhamento pode ser aumentado para 6 meses e depois anualmente, durante toda a vida. O T4 livre pode ser medido nos estágios iniciais do tratamento, mas após a estabilização não é tão importante. **Lembrando que no dia da coleta do exame a levotiroxina deve ser ingerida após a coleta, pois se coletado T4livre este pode vir elevado após o uso da levotiroxina com pouco espaço de tempo.**

Nos casos de hipotireoidismo subclínico em que foi optado por não iniciar o tratamento, deve-se repetir o TSH após seis meses a um ano e manter acompanhamento posterior.

Atenção:

Em situações clínicas especiais, uma monitorização mais frequente é obrigatória como gravidez (vide sessão abaixo), mudanças significativas no peso corporal, uso de medicação concomitante e doenças intercorrentes

Não é necessário solicitar ecografia de tireoide ou T3 no diagnóstico ou acompanhamento de hipotireoidismo primário.

7. SITUAÇÕES ESPECIAIS:

7.1. Hipotireoidismo na gestação

A prevalência de hipotireoidismo subclínico em gestantes é de 3% - 7% e a de hipotireoidismo franco de 0,3-0,5%. Apesar da elevada prevalência, o *screening* universal para disfunção tireoidiana no início da gestação não tem sido recomendado pela maioria das sociedades científicas.

- Quando é indicada a investigação nas gestantes?

Na vigência de suspeita clínica bem como em gestantes com risco elevado para doença tireoidiana (Tabela 2) e o rastreio deve ser feito pela determinação do TSH sérico, já na primeira consulta do pré-natal ou no momento do diagnóstico de gravidez.

Tabela 2. Fatores de risco para hipotireoidismo na gestação:
• idade > 30 anos
• pacientes provenientes de áreas com insuficiência de iodo
• obesidade grau 3
• história familiar e/ou pessoal de hipotireoidismo ou doença autoimune tireoidiana
• antecedente de infertilidade, prematuridade ou perda gestacional
• Bócio ou autoanticorpos tireoidianos positivos, principalmente, anti-peroxidase
• História de radiação de cabeça e pescoço ou cirurgia da tireoide anterior
• Mulheres recebendo tratamento com levotiroxina
• diabetes tipo 1 ou outras doenças autoimunes associadas
• Sinais ou sintomas relacionados ao hipotireoidismo

*Fonte:*Adaptado de De Groot *et al.*, 2012

➢ Quais os riscos do hipotireoidismo franco nas gestantes?

Estudos demonstram que o hipotireoidismo franco, não adequadamente tratado na gestação, bem como a deficiência moderada-grave de iodo durante a gestação associam-se com desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis, bem como déficits intelectuais em seus filhos. As complicações maternas relatadas incluíram pré-eclâmpsia, aumento do peso placentário e hipertensão gestacional (19). Os eventos adversos fetais foram mais numerosos e variaram de aborto espontâneo e morte fetal ao cretinismo, baixo peso ao nascer e retardo de crescimento intra-uterino.

➢ Como é feito o diagnóstico do hipotireoidismo na gestação?

O diagnóstico baseia-se na determinação do TSH sérico, no entanto, em decorrência das adaptações fisiológicas da função tireoidiana na gestação admite-se valores de referência mais baixos do que aqueles referentes ao período não gestacional. O TSH sérico elevado é o parâmetro usado para o diagnóstico do hipotireoidismo

primário em gestantes. **Deve-se considerar os valores de referências normais específicos para gestantes antes de se definir um TSH como anormal.**

Na ausência de padrões locais de referência, o último *guideline* da *American ThyroidAssociation* (ATA) recomenda que podem ser considerados nas gestantes, TSH com limites superiores de normalidade, valores de TSH menores em 0,5 mUI/L nos limites superiores propostos para mulheres não gestantes**.** Assim, caso o kit realizado para mensurar os níveis de TSH demonstre uma faixa de referência onde o valor de 4,0 mUI/L seja o limite superior para não grávidas, o diagnóstico de hipotireoidismo será feito em grávidas quando o TSH estiver acima de 3,5 mUI/L.

Confirmando-se a elevação do TSH, a determinação do T4L é útil para a classificação do hipotireoidismo em franco ou subclínico, conforme apresentado no Quadro 1, bem como é importante a definição da presença de tireoidite autoimune ou anticorpos antitireoidianos circulantes, pois estes serão levados em conta na decisão de tratamento ou não com levotiroxina, no hipotireoidismo subclínico.

Quadro 1. Diagnóstico do hipotireoidismo franco e subclínico na gestação

TSH (µUI/ml)	T4L	DIAGNÓSTICO
≤ LSN* específico para população gestante local	Normal	Eutireoidismo
> LSN* específico para população gestante local porém < 10,0 mUI/L	Normal	Hipotireoidismo subclínico
> LSN* específico para população gestante local porém < 10,0 mUI/L	Baixo	Hipotireoidismo franco
≥ 10,0 mUI/L	Normal ou baixo	Hipotireoidismo franco

*** Limite superior da normalidade (na ausência de valores estabelecidos para a população local pode-se reduzir em 0,5 do valor do limite superior para não grávidas)**

- Quando devemos considerar tratamento do hipotireoidismo na gestação?

O tratamento vai depender do nível do TSH bem como vai depender da presença ou ausência dos anticorpos tireoidianos circulantes (Quadro 2)

Quadro 2. Recomendações da ATA 2017 para início da reposição com levotiroxina em gestantes:

	Com anticorpos anti-tireoidianos circulantes	Sem anticorpos
TSH sérico – com T4 livre normal		
>2,5 mUI/L < VRS*	**Considerado tratamento**	**Não recomenda tratamento**
> VRS* < 10,0 mUI/L	**Recomendação forte para tratamento**	**Considerado tratamento**
> 10,0 mUI/L	**Recomendação forte para tratamento**	**Recomendação forte**
TSH sérico – com T4 livre baixo		
> VRS*	**Recomendação forte**	**Recomendação forte**
Normal (hipotiroxinemia isolada da gestação)	**Não recomenda tratamento universalmente**	

* Valor de referência superior (na ausência de valores estabelecidos para a população local pode-se reduzir em 0,5 do valor do limite superior para não grávidas)

- Como deve ser feito o início do tratamento?

Frente ao hipotireoidismo franco deve-se estabelecer o tratamento precoce para redução da taxa de complicações maternas e fetais. A droga de escolha é a levotiroxina, na dose inicial de 150 mcg/ dia ou 2 mcg/ kg /dia, para restabelecer o eutireoidismo o mais rápido possível.

Para pacientes com TSH abaixo de 10 mU/L, hipotireoidismo subclínico, recomenta-se iniciar 50 a 75 µg de levotiroxina ao dia.

- Qual o objetivo do tratamento na gestação?

O objetivo do tratamento é alcançar valores menores que 2,5 mUI/L, independente do trimestre gestacional.

- Como devemos orientar uma paciente que já faz tratamento com levotiroxina

Ao documentar a gestação, a dose da levotiroxina deve ser aumentada em 30% a 50% da dose de antes da gestação, pois sabe-se que no primeiro trimestre há uma grande demanda ao eixo hipotálamo-hipófise tireoide e que é comum a paciente com hipotireoidismo primário em tratamento evoluir para níveis de TSH acima dos níveis recomendados, em caso de não ajuste prévio e empírico da dose de levotiroxina.

➢ Como deve ser o acompanhamento?

O acompanhamento destas gestantes deve ser feito com mais frequência, a cada quatro semanas, acompanhado de ajuste da dose para se obter a meta de TSH. Após o alcance das metas de tratamento, os níveis do TSH sérico devem ser monitorados a cada 6-8 semanas. No período pós-parto, a dose deve ser reduzida para níveis da pré-gestação eo TSH reavaliado após 6 a 8 semanas**.**

8. QUANDO PACIENTES COM HIPOTIREOIDISMO DEVEM SER ENCAMINHADOS AO ENDOCRINOLOGISTA?

- Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4L ou total baixo) ou
- Paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,0 a 2,5 ug/Kg/dia de LT4 ou
- Pacientes com hipotireoidismo secundário à tireoidectomia por Ca de tireoide, pois as metas de TSH vão variar conforme risco inicial e recorrência.

9. REFERÊNCIAS

Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. Thyroid. 6 de janeiro de 2017;27(3):315–89.

Brenta, G. *et al.* Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotiroidismo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 57, n. 4, p. 265–291, 2013.

De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2012;97(8):2543–2565.

Jonklaas, J. *et al.*Guidelines for the Treatment of Hypothyroidism: Prepared by the American Thyroid Association Task Force on Thyroid Hormone Replacement. **Thyroid**, v. 24, n. 12, p. 1670–1751, dez. 2014.

Glinoer D. The regulation of thyroid function during normal pregnancy: importance of the iodine nutrition status. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. junho de 2004;18(2):133–52.

Lazarus J, Brown RS, Daumerie C, Hubalewska-Dydejczyk A, Negro R, Vaidya B. 2014 European Thyroid Association Guidelines for the Management of Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy and in Children. Eur Thyroid J. 2014;3(2):76–94.

Sgarbi, J. A. *et al.* The Brazilian consensus for the clinical approach and treatment of subclinical hypothyroidism in adults: recommendations of the thyroid Department of the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 57, n. 3, p. 166–183, 2013.

Valente, O.; VALENTE, F. DE O. F. Tratamento de hipotiroidismo baseado em evidência. **Diagn. tratamento**, p. 05–08, 2009.

ZULEWSKI, H. *et al.* Estimation of tissue hypothyroidism by a new clinical score: evaluation of patients with various grades of hypothyroidism and controls. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 82, n. 3, p. 771–776, 1997.

NÚCLEO TELESSAÚDE BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)
Av. Luis Viana Filho, 400, Secretaria da Saúde, CAB
1° andar - Sala 112-B - CEP 41.745-900 - Salvador/Bahia

(71) 3115-9650

telessaudeba

CanalTelessaudeBA

WWW.TELESSAUDE.BA.GOV.BR

comunica.telessaude@saude.ba.gov.br

Estado da Bahia | SECRETARIA DA SAÚDE