

Edição XXIII

Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 49

FUNÇÕES DA TIREOIDE DURANTE A GESTAÇÃO

KAROLINE GELLIS GARCIA¹

LORENA MEZADRI FREITAS DE ARAÚJO¹

MICHELANGELA GUERRA DE MEDEIROS¹

ROSANA DE FILIPPI¹

STÉPHANIE PORCIÚNCULA BEZ¹

¹Discente – Faculdade de Medicina de Santo Amaro.

Palavras-Chave: Tireoide; Gestação; Transferência Placentária.

INTRODUÇÃO

Durante a gestação, modificações sistêmicas, metabólicas e hormonais ocorrem para atender as demandas maternas e do feto. Dentre as adaptações fisiológicas, o eixo hipotálamo-hipófise-tireoide materno sofre adaptações, aumentando a produção de hormônios tireoidianos, substâncias químicas essenciais para garantir a manutenção do metabolismo materno e o desenvolvimento neurológico fetal (RODRIGUES *et al.*, 2025; SPRING *et al.*, 2017).

Entretanto, a presença de disfunções tireoidianas neste período, pode comprometer o desenvolvimento da gestação e acarretar complicações obstétricas, evoluindo para uma gestação de alto risco, com quadros de falência orgânica, distúrbios hipertensivos e hemorragias. Ainda, podem comprometer o crescimento e desenvolvimento fetal, podendo ocasionar óbito perinatal. Esse impacto decorre da estrita dependência que o feto possui dos hormônios tireoidianos maternos, especialmente até a 10ª ou 12ª semana de gestação, momento em que a glândula tireoide fetal inicia sua produção endógena, embora a autonomia plena só seja alcançada por volta da 20ª semana (MAGANHA *et al.*, 2022; SINGH *et al.*, 2026).

Dessa maneira, o diagnóstico precoce é essencial para garantir o acompanhamento correto e tratamento oportuno, já que as endocrinopatias causadas pelos distúrbios na glândula, geram graves consequências. Assim, este capítulo tem como objetivo revisar os principais aspectos relacionados à fisiopatologia, manifestações clínicas, complicações, diagnóstico e tratamento das disfunções tireoidianas durante a gestação.

Manifestações clínicas

As disfunções tireoidianas estão diretamente ligadas à desfechos obstétricos e perinatais adversos. O reconhecimento e manejo clínico na gestação é um desafio, visto que os sintomas frequentemente se sobrepõem às queixas fisiológicas do período gravídico. É sempre importante educar as gestantes sobre as possíveis manifestações clínicas, visto que muitas desconhecem as gravidades que essa condição acompanha.

No hipotireoidismo a gestante pode apresentar cansaço excessivo, ganho de peso inadequado, intolerância ao frio, obstipação intestinal, inchaço importante, queda de cabelo e pele seca, ou ainda ser assintomática. Por outro lado, no hipertireoidismo os sintomas incluem incapacidade de ganho de peso esperado ou perda de peso, sudorese, intolerância ao calor, ansiedade, taquicardia persistente, náuseas e hiperêmese gravídica. Pelo fato de serem sintomas inespecíficos, tais sinais podem passar despercebidos, sendo fundamental que a equipe de saúde mantenha um alto índice de suspeição clínica. Ainda que seja importante esclarecer os possíveis sintomas que podem acompanhar essas condições, é dever dos profissionais da saúde reconhecer se esses sinais são fisiológicos ou patológicos (VIEIRA *et al.*, 2023; FEBRASGO, 2021).

Complicações maternas

No hipotireoidismo, a deficiência hormonal pode contribuir para o desenvolvimento de síndromes hipertensivas, como hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. Além disso, aumenta o risco de descolamento prematuro da placenta

(DPP), insuficiência cardíaca congestiva e hemorragias no puerpério. Essa condição também está associada a uma maior taxa de partos cesarianos devido ao sofrimento fetal agudo. Destaca-se ainda que a presença de anticorpos anti-tireoidianos (como o anti-TPO) está fortemente associada ao aborto espontâneo no primeiro trimestre, mesmo em pacientes eutireoidianas (MONTENEGRO *et al.*, 2025; RODRIGUES *et al.*, 2025).

No hipertireoidismo, a tireotoxicose descontrolada, decorrente principalmente da Doença de Graves, que representa uma condição de elevado risco materno fetal. O excesso de hormônios circulantes está associado ao desencadeamento de crises tireotóxicas, falência cardíaca materna e ao agravamento ou desenvolvimento de condições hipertensivas induzidas pela gravidez. Essas complicações aumentam a morbimortalidade materna, e podem comprometer a evolução da gestação. Por isso, é fundamental realizar exames para rastrear essas alterações metabólicas no início da gravidez (MONTENEGRO *et al.*, 2025; SINGH *et al.*, 2025).

Complicações fetais e neonatais

No hipotireoidismo, a deficiência do hormônio tireoidiano materno compromete processos vitais como neurogênese e mielinização, o que implica no risco aumentado para déficits no desenvolvimento neurocognitivo fetal. Além disso, está associado à prematuridade, recém-nascidos de baixo peso, restrição de crescimento intrauterino, síndrome do desconforto respiratório neonatal, e, ainda, óbito fetal ou neonatal (MONTENEGRO *et al.*, 2025; RODRIGUES *et al.*, 2025).

No hipertireoidismo, a exposição ao excesso de hormônios tireoidianos ou aos anticorpos maternos também está associada à prematuridade, ao baixo peso ao nascer e à restrição de crescimento intrauterino. Ainda, a transferência transplacentária desses anticorpos maternos confere ao feto o risco de desenvolver hipertireoidismo fetal ou neonatal de base imune (MONTENEGRO *et al.*, 2025; RODRIGUES *et al.*, 2025).

Diagnóstico

O diagnóstico laboratorial baseia-se na dosagem de TSH (hormônio tireoestimulante) e T4 livre, com valores de referência específicos para cada trimestre da gestação. Devido às flutuações hormonais fisiológicas induzidas pelo hCG e pelo aumento da globulina transportadora de tiroxina (TBG), os limites de normalidade diferem da população geral. As diretrizes atuais recomendam adotar os intervalos de referência estabelecidos pela população local. Na ausência destes, historicamente considerava-se o limite superior de TSH próximo a 2.5 mUI/L no primeiro trimestre e 3.0 mUI/L nos trimestres subsequentes, embora diretrizes recentes aceitem limites de até 4.0 mUI/L a depender do ensaio laboratorial e do perfil da paciente. Recomenda-se também a avaliação dos anticorpos contra o receptor de TSH (TRAb), especialmente na segunda metade da gravidez, uma vez que esses anticorpos atravessam a placenta. Esse exame é essencial para diagnosticar a Doença de Graves (FEBRASGO, 2021; MAGANHA *et al.*, 2022; SPRINGER *et al.*, 2017).

O diagnóstico é obtido a partir da análise laboratorial. Caso haja níveis elevados de T4L e níveis reduzidos de TSH, é caracterizado como hipertireoidismo primário. Por outro lado, o hipotireoidismo secundário (ou central), que é re-

sultado de disfunções na hipófise, tem como valores TSH, T3 e T4L elevados. Além disso, há também a forma de tireoidismo subclínico, que tem como padrão laboratorial TSH reduzido, e níveis de T3 e T4 normais. Já o hipertireoidismo possui diversas causas, distribuídas no hipertireoidismo primário, secundário e tireotoxicose sem hipertireoidismo. Na manifestação primária, há níveis de TSH reduzidos, e T3 e T4 elevados. É necessário levar em consideração a história clínica da paciente assim como exames de imagem para determinar a causa. Já no hipertireoidismo secundário, tanto os níveis de TSH e T3 e T4 estão aumentados. E por fim, na tireotoxicose sem hipertireoidismo, há o aumento desses hormônios. Por conta dessas diversas possibilidades, o diagnóstico laboratorial é fundamental para determinar a conduta clínica (FEBRASGO, 2021; MAGANHA *et al.*, 2022; SPRINGER *et al.*, 2017).

O rastreamento universal é indicado no primeiro trimestre da gestação, visando garantir maior segurança materno-fetal. Entretanto, caso não haja condições plenas, o rastreamento deve ser realizado em mulheres com fatores de risco. Entre elas, estão aquelas que possuem incluem idade materna acima de 30 anos, obesidade grau 3 (IMC 40 kg/m²), histórico pessoal ou familiar de alterações tireoidianas, presença de bócio, anticorpo anti-TPO positivo, doenças autoimunes, histórico de aborto recorrente, parto prematuro ou infertilidade (FEBRASGO, 2021; SINGH *et al.*, 2026; VIEIRA *et al.*, 2023).

Tratamento

A abordagem terapêutica deve ser individualizada e cuidadosamente monitorada durante toda a gestação. No hipotireoidismo, o tratamento de escolha consiste na reposição hormonal com levotiroxina sódica. Nas pacientes com

diagnóstico prévio, recomenda-se o aumento da dose em cerca de 25% a 50% após a confirmação da gravidez, com monitorização laboratorial a cada 4 a 6 semanas. É necessário realizar um acompanhamento mais próximos na gestação, a fim de detectar mudanças laboratoriais precocemente (FEBRASGO, 2021).

Já o manejo do hipertireoidismo, especialmente da Doença de Graves envolve o uso de medicamentos antitireoidianos de forma criteriosa e nas menores doses efetivas para evitar o hipotireoidismo fetal. A escolha do fármaco é guiada pela idade gestacional: a propiltiouracila (PTU) é a droga de eleição durante o primeiro trimestre devido ao seu menor risco de malformações congênitas (teratogenicidade). A partir do segundo trimestre, preconiza-se a transição para o metimazol (MMI), visando minimizar o risco de hepatotoxicidade materna grave associado ao uso prolongado da propiltiouracila. É essencial a utilização dos medicamentos corretos para a idade gestacional, caso contrário, podem ocorrer consequências graves para o feto (FEBRASGO, 2021).

Além do tratamento farmacológico, o acompanhamento multidisciplinar é fundamental para otimizar os desfechos maternos e fetais. A monitorização periódica, por meio da dosagem sérica de TSH e T4 livre, permite realizar modificações no esquema terapêutico e a manutenção do eutireoidismo ao longo da gestação. Gestantes que possuem essas condições, devem ser acompanhadas pelo pré natal de alto risco a fim de evitar desfechos insatisfatórios.

Considerações finais

O cuidado com as disfunções tireoidianas no período gestacional é um pilar no acompanhamento obstétrico. Lembrando que as gestan-

tes com confirmação laboratorial de endocrinopatia, devem ser acompanhadas no pré-natal de alto risco. As intervenções médicas devem sempre serem realizadas levando em conta o desejo da paciente, mas o foco principal é garantir a saúde tanto da gestante, como do bebê.

Assim, o acompanhamento adequado dos níveis hormonais maternos é necessário para a

minimizar comorbidades associadas e proporcionar condições para o desenvolvimento fetal adequado, bem como minimizar os riscos de morbimortalidade fetal. Esses exames devem ser repetidos em cada gestação, para manter os níveis hormonais dentro do limite da normalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Doenças da tireoide na gestação. Protocolo Febrasgo Obstetrícia, n. 39 / Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco. São Paulo: Febrasgo, 2021.

MAGANHA, C.A. *et al.* Rastreio, diagnóstico e manejo do hipertireoidismo na gestação. Febrasgo Position Statement, n. 8, ago. 2022. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/posicionamentos-febrasgo/FPS---N8---Agosto-2022---portugues.pdf>. Acesso em 7 jun 20216.

MAGANHA, C.A. *et al.* Rastreio, diagnóstico e manejo do hipotireoidismo na gestação. Febrasgo Position Statement, n. 10, out. 2022. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/posicionamentos-febrasgo/FPS-N10-Outubro-2022-portugues.pdf>. Acesso em 7 jun 20216.

MONTENEGRO, C.M.D. *et al.* Impacto das disfunções tireoidianas maternas nas complicações gestacionais e neonatais: uma revisão sistemática. Journal of Medical and Biosciences Research, v. 2, n. 2, p. 1-13, mar. 2025. DOI: 10.70164/jmbr.v2i2.618.

RODRIGUES, J. S. *et al.* Hipotireoidismo em gestantes: uma revisão sistemática dos impactos na saúde materna e risco para os neonatos. Archives of Health, v. 6, n. 3, jul. 2025. DOI: 10.46919/archv6n3-011.

SINGH, S. *et al.* Doença de tireoide e gravidez. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2026. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538485/>. Acesso em 7 jun 20216.

SPRINGER, D. *et al.* Thyroid in pregnancy: From physiology to screening. Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences, v. 54, n. 2, p.102-116. jan. 2017. DOI: 10.1080/10408363.2016.1269309.

VIEIRA, I.C. *et al.* Hipotireoidismo e suas implicações no Período Gestacional: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 5, n. 5, p.6731-6741, 2023. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v5n5p6731-6741.