

# RELEVÂNCIA DO RASTREIO DO HIPOTIREOIDISMO NA PRÁTICA CLÍNICA

## RELEVANCE OF HYPOTHYROIDISM SCREENING IN CLINICAL PRACTICES

LARISSA ASSIS ABREU<sup>1\*</sup>, LETÍCIA TORRES LEITE<sup>1</sup>, LAIS FENANDES GUIMARÃES<sup>1</sup>, ISADORA ORNELES LUIZ<sup>1</sup>, CORALINA SHIZUCA TIEKO OGIWARA<sup>1</sup>, JOSÉ HELVÉCIO KALIL DE SOUZA<sup>2</sup>

1. Discente do quinto período do curso de Medicina da Faculdade de Minas - BH; 2. Professor orientador docente da Faculdade de Minas – BH.

\* Rua dos Tupis, 274, Centro, apto: 502 Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 30190-060 [larissa.assisabreu@hotmail.com](mailto:larissa.assisabreu@hotmail.com)

Recebido em 14/04/2016. Aceito para publicação em 09/05/2016

### RESUMO

O hipotireoidismo é caracterizado pela deficiência da produção de hormônios tireoidianos ou pela diminuição da sua ação nos órgãos alvo. O hipotireoidismo subclínico é definido por altas concentrações do Hormônio Estimulador da Tireóide (TSH) e níveis normais de tiroxina T4. A patologia tem elevada prevalência no Brasil, particularmente entre mulheres e idosos. Objetiva-se com este estudo discutir o benefício do tratamento com levotiroxina na redução dos riscos e a necessidade do rastreamento. A metodologia utilizada foi uma revisão bibliográfica, em que analisou-se 20 artigos a fim de avaliar os benefícios da realização do rastreio na identificação do hipotireoidismo bem como em seu tratamento. Conclui-se que os profissionais de saúde devem fazer uma reflexão ética no diagnóstico desta patologia por possuírem a responsabilidade de oferecer a seus pacientes as melhores oportunidades de tratamento, evitando riscos e danos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dosagem TSH, Hipotireoidismo subclínico, levotiroxina

### ABSTRACT

Hypothyroidism is characterized by a deficiency of thyroid hormone production or the reduction of its share in target organs. Subclinical hypothyroidism is defined by high hormone levels Thyroid Stimulating (TSH) and normal levels of thyroxine T4. The disease is highly prevalent in Brazil, particularly among women and the elderly. It is with this objective study discuss the benefit of treatment with levothyroxine in reducing the risks and the need for tracing. The methodology used was a literature review, which analyzed 20 articles in order to assess the benefits of performing the screening in the identification of hypothyroidism as well in their treatment. It was concluded that health professionals must make an ethical reflection in the diagnosis of this disease because they have the responsibility to offer their patients the best treatment opportunities by preventing scratches and damage.

**KEYWORDS:** TSH dosage, subclinical hypothyroidism, levothyroxine

### 1. INTRODUÇÃO

Desde Alterações endócrinas relacionadas à glândula tireoide representam as patologias mais frequentemente diagnosticadas por clínicos<sup>1</sup>. O hipotireoidismo é caracterizado pela deficiência da produção de hormônios tireoidianos ou pela diminuição da sua ação nos órgãos alvo, podendo ser grave quando se manifesta como hipotireoidismo declarado em que há sintomas como cansaço excessivo, pele seca, queda de cabelo, entre outros. Além dessa forma, há o hipotireoidismo do tipo moderado sendo chamado subclínico, o qual raramente apresenta sinais e sintomas<sup>2</sup>. Este tipo corresponde a um aumento dos níveis séricos do hormônio estimulador da tireoide (TSH) e níveis normais de tiroxina livre (T4)<sup>3</sup>.

Ainda segundo esses autores, a principal etiologia é a doença de Hashimoto ou tireoidite crônica autoimune, seguida pelo tratamento com iodo radioativo ou cirurgia, reposição hormonal insuficiente, terapia com lítio, uso de amiodarona e radioterapia na região cervical<sup>3</sup>. Atualmente, de acordo com as Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (2009)<sup>4</sup>, o tratamento de reposição para o hipotireoidismo subclínico com levotiroxina é viável no impedimento da progressão da doença em pacientes com concentrações séricas do TSH superior a 10 mIU/L e com anticorpos antitireoidianos positivos, principalmente em mulheres e em indivíduos com idade superior a 55 anos. Entretanto há controvérsias relacionadas ao tratamento e rastreio do hipotireoidismo subclínico.

Segundo Ruge *et al.* (2011)<sup>5</sup>, em geral, a prevalência aumenta com a idade, sendo maior entre os brancos em comparação com os negros e, superior nas mulheres comparado à homens. As estimativas da prevalência do hipotireoidismo subclínico variam de acordo com fatores demográficos e diferenças no limite superior da normalidade definido para TSH. Segundo Silva; Costa (2013)<sup>3</sup>, na população geral a prevalência do hipotireoidismo subclínico pode variar de 2,5% a 10%, atingindo até 15% das mulheres com idade superior a 60 anos.

Os exames ou testes do rastreio são aplicados em pessoas saudáveis (assintomáticas) com o intuito de detectar precocemente uma determinada doença, condição ou risco e instituir o tratamento nas fases iniciais, diminuindo assim, a morbidade e a mortalidade. De acordo com estudos transversais realizados pela National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), o nível de TSH elevado, a presença de anticorpos antitireoidianos, a idade avançada e o sexo feminino são os principais fatores de risco para o desenvolvimento do hipotireoidismo. Desse modo, o rastreio do hipotireoidismo pode ser feito usando a história clínica do paciente, exame físico, anticorpos antitireoidianos ou testes de função da tireóide, incluindo vários ensaios para dosar TSH e T4. Atualmente, o teste com TSH é usado para o rastreio inicial devido à sua capacidade de detectar anormalidades antes que os níveis séricos de tiroxina e triiodotironina se alterem, possuindo sensibilidade acima de 98% e especificidade superior a 92%<sup>6</sup>.

A partir dos artigos selecionados e analisados observou-se que há uma grande controvérsia na realização do rastreio do hipotireoidismo, pois os pesquisadores possuem opiniões divergentes quanto aos benefícios ou malefícios do tratamento do hipotireoidismo subclínico. O Ministério da Saúde preconiza que deve ser feito o rastreio, principalmente em mulheres em idade fértil, gestantes e idosos e, o tratamento dos mesmos, dependerá dos níveis séricos de TSH. Portanto, objetivou-se com esse estudo analisar as pesquisas que relacionam o rastreio e o hipotireoidismo, determinando a necessidade da realização desse procedimento, considerando o bem estar e a qualidade de vida do paciente.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

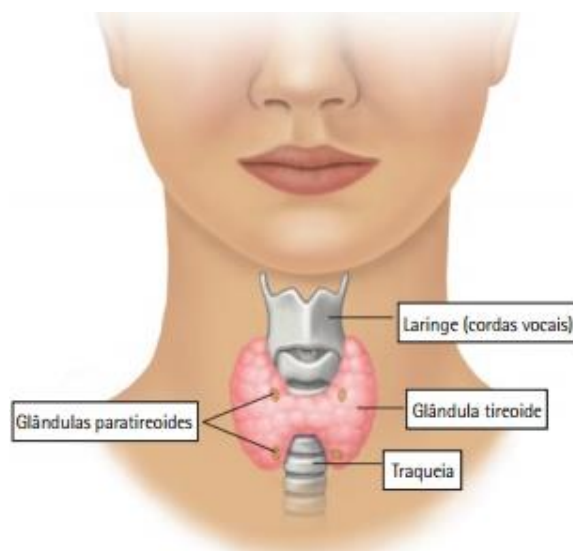
Este estudo refere-se a uma revisão bibliográfica, cujas bases de dados utilizadas foram Scielo (<http://www.scielo.br>), PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) e Bireme (<http://www.bireme.br/php/index.php>). A partir delas selecionou-se 30 artigos que continham o hipotireoidismo e, ou os métodos de rastreio. Após analisá-los detalhadamente, excluiu-se 10 artigos que não atenderam os seguintes critérios de inclusão: estar disponível online gratuitamente; estar na língua portuguesa, inglesa ou espanhola e, relacionar o hipotireoidismo com o rastreio.

## 3. RESULTADOS

### Hipotireoidismo

A tireóide é uma glândula localizada anteriormente no pescoço (Figura 1), encontrando-se abaixo da cartilagem

cricóide e dividindo-se em dois lobos (direito e esquerdo). Ela é responsável pela síntese, armazenamento e secreção dos hormônios tireoidianos, triiodotironina (T3) e tiroxina (T4), os quais são responsáveis pela regulação do metabolismo do corpo. O iodo é fundamental na produção desses hormônios e este é transportado para a tireóide pelo TSH (do inglês, thyroid-stimulating hormone). A tireóide é controlada pela hipófise, que produz o TSH responsável por estimular a produção de T3 e T4. O hipotireoidismo é uma síndrome clínica resultante da produção ou ação deficiente dos hormônios tireoidianos, levando a uma lentificação generalizada dos processos metabólicos.



**Figura 1.** Localização anômica de glândula tireóide e estruturas adjacentes. **Fonte:** <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2013/v18n1/a3446.pdf>

A Tabela 1 apresenta a classificação dessa síndrome em primária, secundária e terciária bem como por qual problema cada uma delas é causada<sup>7</sup>.

**Tabela 1.** Classificação do Hipotireoidismo

CLASSIFICAÇÃO	PROBLEMA
<b>Primária</b>	Causa disfunção intrínseca da glândula tireóide, resultando em deficiência na síntese e na secreção dos hormônios tireoidianos
<b>Secundária</b>	Causa hipofisária por deficiência de tireotrofina (TSH)
<b>Terciária</b>	Causa hipotalâmica por deficiência de hormônio liberador da tireotrofina (TRH)

A Tabela 2 mostra que o hipotireoidismo primário corresponde a 95% do total de casos de hipotireoidismo e as causas mais comuns variam segundo ao desenvolvimento do país<sup>7</sup>.

**Tabela 2.** Causas mais comuns de Hipotireoidismo Primário por tipo de país

Países/áreas desenvolvidas, incluindo o Brasil	Países/ áreas subdesenvolvidas
<b>Tireoidite de Hashimoto (doença autoimune)</b>	Deficiência de iodo na dieta
<b>Tratamento de hipertireoidismo com cirurgia (tireoidectomia) ou radioiodoterapia</b>	

As causas de hipotireoidismo mais frequentes são a falência tireoidiana que leva à diminuição de tecido tireoidiano funcional, sendo que a tireoidite de Hashimoto é responsável por 90% dos casos, seguida pela tireoidite pós-parto, subaguda, tratamento da doença de Graves, doença infiltrativa, ectopia, agenesia e hipoplasia tireoidiana. Há também defeitos da biossíntese hormonal devido à grave deficiência de iodo e drogas anti-tireoidianos (lítio, iodo, amiodarona). Sendo que a etiologia do tipo secundária, ocorre quando há alteração na hipófise (deficiência de TSH) ou alteração no hipotálamo (deficiência de TRH), ocorrendo geralmente quando há tumores na hipófise/hipotálamo, relacionadas a cirurgia e radioterapia, entre outros. O hipotireoidismo subclínico compartilha a mesma etiologia que o hipotireoidismo primário<sup>8</sup>. Os sinais e sintomas do hipotireoidismo são pele seca e áspera, bradicardia, cansaço, fraqueza, sensação de frio, constipação intestinal, dispnéia, tolerância diminuída aos esforços, entre outros<sup>7</sup>.

A dosagem do TSH é o exame mais sensível e específico na avaliação das disfunções da tireoide. O T4 livre não sofre influência significativa da globulina ligadora de tiroxina (thyroxine-binding globulin, TBG) e está indicado no diagnóstico do hipotireoidismo ou do hipertireoidismo e, principalmente, para determinar a intensidade da disfunção tireoidiana. O T4 total é produzido pela tireoide, sendo que 99,97% circulam ligados a proteínas como a proteína TBG, a pré-albumina ligadora da tiroxina (thyroxine-binding prealbumin, TBPA) e a albumina. Em geral, é elevado no hipertireoidismo e diminuído no hipotireoidismo<sup>7</sup>.

O tratamento preconizado para casos de hipotireoidismo é realizado por intermédio de reposição hormonal com levotiroxina sódica (L-T4). Quando há confirmação diagnóstica deve-se considerar que a etiologia do hipotireoidismo irá influenciar diretamente a quantidade da dose necessária de levotiroxina. No tratamento deve-se considerar também que idosos requerem menores doses da L-T4 para a normalização do eixo hipotálamo-hipófise-tireoide. No tratamento do paciente deve-se usar as mínimas doses preconizadas para cada situação clínica de forma a evitar os efeitos adversos associados ao hipertratamento. Com o início do tratamento só deve ser solicitado o controle deste por meio da medida do TSH sérico, após seis semanas de seu início e somente quando asse-

gurada a tomada da levotiroxina de forma correta e regular. A partir do momento em que seus níveis estiverem normalizados, o acompanhamento deve ser feito anualmente<sup>9</sup>.

### Rastreio

O intuito central do rastreio é detectar e tratar precocemente doenças em fase inicial detectável, contribuindo para o aumento da sobrevida do paciente e evitar danos as pessoas sem necessidade de tratamento. Citam-se entre os danos sofridos pelos indivíduos submetidos ao procedimento: a falsa impressão de proteção para as pessoas que o resultado do teste foi negativo mas, na verdade, apresentam a patologia rastreada (falso-negativos); pacientes que não possuem a patologia rastreada, mas o resultado do teste foi erroneamente positivo (falso-positivos); a exaustiva sequência de exames que o paciente será submetido até a confirmação da doença; a preocupação e a ansiedade geradas no paciente enquanto aguarda os resultados dos exames; e o tratamento excessivo de pacientes com anormalidades limítrofes, sendo que muitas delas não se desenvolvem para a doença sintomática<sup>10</sup>.

Além disso, é imprescindível que para a realização do rastreio o paciente seja informado sobre os riscos, benefícios e peculiaridades do procedimento. Alguns anos atrás se instaurou uma crença de que o rastreamento automaticamente reduziria a chance de desenvolver determinadas doenças, a cura seria alcançada mais facilmente e os testes realizados eram infalíveis, aumentando drasticamente o número de rastreamentos realizados. No Brasil, existem dois tipos distintos de rastreamento: o rastreamento oportunístico que ocorre quando o paciente procura o profissional de saúde por algum outro motivo, e este aproveita o momento para rastrear alguma doença ou fator de risco mas, esse comportamento nem sempre é vantajoso, pois pode não haver redução da mortalidade como consequência do procedimento e pode ser mais oneroso para o sistema de saúde. Já os programas de rastreamento organizado são sistematizados e realizados por instituições de saúde, que possuem o compromisso e a responsabilidade de prover a todas as pessoas incluídas no programa a continuidade do processo diagnóstico até o tratamento e, dessa forma, estes são mais efetivos por haver maior domínio de informações e os planos estarem bem estabelecidos e pactuados<sup>10</sup>.

Entretanto, o rastreamento é somente considerado apropriado em uma população assintomática quando os seguintes critérios divulgados pela Organização Mundial da Saúde são respeitados<sup>10</sup>:

- A doença deve representar um importante problema de saúde pública, que seja relevante para a população, ou seja, deve ser prevalente.
- A história natural da doença ou do problema clínico deve ser bem conhecida.
- Deve-se ter um programa de tratamento para os casos

detectados.

- Deve existir estágio pré-clínico (assintomático) bem definido durante o qual a doença possa ser diagnosticada.
- Os exames que detectam a condição clínica no estágio assintomático devem ser reproduzíveis, disponíveis, aceitáveis e confiáveis.
- O custo do rastreamento e tratamento de uma condição clínica deve ser razoável e compatível com o orçamento.
- O rastreamento deve reduzir a morbidade, a mortalidade e melhorar a qualidade de vida.
- O benefício da detecção e do tratamento precoce com o rastreamento deve ser maior do que se a condição fosse tratada no momento habitual de diagnóstico.
- O rastreamento deve ser um processo contínuo e sistemático.

### A relevância do rastreio no hipotireoidismo

A principal razão para o rastreio é diagnosticar e tratar precocemente o hipotireoidismo subclínico em pacientes que possuem níveis elevados de TSH, níveis normais de T4 e sintomas não específicos. Esse raciocínio entende as disfunções tireoidianas subclínicas como fator de risco para o desenvolvimento posterior de complicações, mas a controvérsia trata-se de saber se o tratamento precoce é eficaz em pessoas aparentemente saudáveis em que a única indicação de um distúrbio da tireóide é um resultado anormal de TSH e, se os benefícios do rastreio são superiores frente aos riscos e danos da intervenção. Dessa forma, a precisão de um teste de TSH tem sido difícil de avaliar, o que torna importante a realização do rastreio apenas em condições que comprovadamente tenham evidência científica e grau de recomendação favorável para a intervenção, uma vez que o procedimento pode ser lesivo ao indivíduo que, muitas vezes, não possui nenhuma evidência do hipotireoidismo no exame físico. Assim, dividi-se os estudos entre aqueles que apoiam a realização do rastreio e aqueles que não apoiam, que serão relatados a seguir.

Os defensores do rastreio do hipotireoidismo argumentam que a disfunção da tireóide é prevalente e pode causar morbidade significativa. Além disso, um ensaio de TSH é relativamente barato, preciso, prontamente disponível e, geralmente, um teste muito aceitável para os pacientes. Os sintomas do hipotireoidismo subclínico podem ser difíceis de diagnosticar e, portanto, o rastreio pode permitir o diagnóstico da doença que manifesta mais cedo no curso clínico, diminuindo assim a morbidade. Para hipotireoidismo subclínico, o tratamento com levotiroxina é não invasivo e de baixo custo. Finalmente, os principais defensores argumentam que os potenciais danos da triagem são pequenos em relação aos benefícios potenciais, parecendo prudente errar do lado de detecção

precoce e tratamento, até que haja dados suficientes para abordar estas questões definitivamente<sup>5</sup>.

Realizou-se dois estudos randomizados relacionados ao tratamento com levotiroxina em pacientes com hipotireoidismo subclínico, sendo que em ambos os ensaios os indivíduos tinham uma média de TSH acima de 10 mU/L. O primeiro ensaio de Cooper (1984, apud HELFAND, 2004)<sup>6,11</sup> os pacientes tinham sido tratados para a doença de Graves e o nível de TSH estava subindo relativamente rápido. Após um ano, dos 17 pacientes tratados com levotiroxina 8 (47%) relataram redução dos sintomas, 4 se sentiam pior e 5 não relataram mudança dos sintomas. Dos 16 pacientes que usaram placebo 3 (19%) se sentiram melhor, 6 se sentiram pior e 7 não relataram mudança. A diferença entre a percentagem de pacientes que se sentiu melhor em cada grupo foi de 0,28, indicando que um paciente melhora para cada 3,5 pacientes tratados com levotiroxina. Em um segundo estudo Meier (2001, apud HELFAND, 2004)<sup>6,12</sup> os pacientes com tireoidite ou história de doença Graves tratados com levotiroxina não tiveram melhora dos sintomas, mas houve uma redução significativa nos níveis de colesterol LDL de 4,0 para 3,7 mmol/l e, não houve redução significativa no grupo de placebo.

De acordo com Helfand (2004)<sup>6</sup>, apesar das evidências, a avaliação desses dois estudos demonstrou que a relevância deles para o rastreamento é baixa, porque a história natural da doença de Graves já tratada (especialmente se o TSH é acima de 10mU/L) difere da história natural do hipotireoidismo espontâneo na população em geral. Além disso, a maioria desses estudos analisados possuem limitações, as amostras são pequenas, a seleção dos pacientes foi mal descrita, médicos e pacientes estavam cientes do tratamento e da necessidade de reduzir os níveis de lipídios e, a avaliação de resultados pode ter sido tendenciosa, ou seja, a maioria desses ensaios são de baixa qualidade. Dessa forma, o tratamento do hipotireoidismo subclínico parece reduzir os sintomas no subgrupo de pacientes que têm uma história de doença de Graves e TSH>10mU/L. Conclui-se assim que, as evidências dos estudos são insuficientes para determinar se o tratamento tem um efeito clinicamente importante e eficaz na redução dos sintomas.

No entanto, Ruge (2011)<sup>5</sup> também cita que o rastreio da disfunção tireoidiana subclínica pode causar potenciais malefícios devido à rotulagem, ansiedade relacionada aos resultados dos testes, falso-positivos, sobrediagnóstico e tratamento excessivo. Há evidências suficientes de que o rastreio pode detectar os níveis elevados de TSH. No entanto, o que constitui um nível anormal de TSH é incerto. Intervalos de referência de laboratório são baseados na distribuição estatística dos níveis de TSH na população em geral e, o correto seria realizar uma associação entre o nível de TSH com sintomas apresentados no hipotireoidismo e os fatores de risco para

a doença. Há discordância profissional sobre os pontos de corte adequados para os limites inferiores e superiores dos níveis normais de TSH na população em geral e em subgrupos, tais como idosos e gestantes. Além disso, muitos indivíduos que têm um nível de TSH levemente elevado e um T4 livre normais nunca desenvolvem complicações e, em alguns, o TSH reverte espontaneamente para um valor abaixo do limite superior de referência. Em mulheres com níveis de TSH elevados (> 6 mU/L) e anticorpos antitireoidianos positivos, a taxa de progressão anual para hipotireoidismo manifesto foi de 4,3%, enquanto naquelas com níveis de TSH elevados e anticorpos tireoidianos negativos foi de apenas 2,6%. Existem poucas e insuficientes evidências para determinar se o rastreio do hipotireoidismo reduz a doença cardiovascular, melhora a qualidade de vida ou proporciona melhorias clinicamente significativas na pressão arterial, índice de massa corporal (IMC), densidade mineral óssea, densidade lipídica, função cognitiva ou a morbidade e mortalidade relacionada.

Segundo a análise de Sgarbi (2013)<sup>13</sup>, algumas pesquisas mostram que o hipotireoidismo subclínico pode progredir para o sintomático; outros estudos mostram que o hipotireoidismo subclínico se manterá estável por períodos longos e poderá regredir para a normalização da tireoide. Outros estudos mostram que não há evidências da associação entre o hipotireoidismo subclínico e dislipidemias, pois as diferenças nos níveis séricos de colesterol total e colesterol não HDL não são significantes. Além dessas diferenças, há controvérsias com relação ao tratamento e uso da levotiroxina, pois não há estudos randomizados controlados por placebos com número suficientes de pacientes que revelem os benefícios do tratamento. Por fim, com relação às gestantes os estudos desconhecem as consequências que o não tratamento poderiam levar para o feto. Dessa forma, não recomenda-se a realização de triagem universal em gestantes, apenas naquelas com alto risco de desenvolvimento de disfunção tireoidiana, ou seja, com histórico de hipotireoidismo ou que tenham alguns dos fatores de risco que são causadores do hipotireoidismo.

O estudo randomizado de Jaeschke (1996 apud HELFAND, 2004)<sup>6,14</sup> possui grande relevância para o rastreio, uma vez que foram recrutadas 37 mulheres com hipotireoidismo subclínico, e que não foram previamente tratadas para a doença de Graves ou doenças da tireoide nodular. As pacientes que receberam placebo ficaram tão bem quanto ou melhor que aquelas que receberam levotiroxina. Após 6 meses, das 16 pacientes do grupo de levotiroxina, 8 melhoraram, 3 ficaram piores e, 5 não observou-se mudanças dos sintomas. Das 16 pacientes do grupo placebo, 11 melhoraram, 1 piorou e 4 não observou-se mudanças. No entanto, o tratamento não melhorou o estado geral de saúde como medido por um questionário padronizado, o Sickness Impact Profile

(SIP). Nesse estudo, a pontuação média SIP em pacientes com hipotireoidismo era inicialmente de 3,1 de 10, sendo que esse valor é interpretado como a fronteira entre nenhuma deficiência e incapacidade leve.

Segundo Helfand (2004)<sup>6</sup> um dos melhores dados sobre a história natural de hipotireoidismo subclínico vem do estudo Whickham, que em uma de suas análises estimou que se 1.000 mulheres com 35 anos ou mais forem rastreadas, 80 serão diagnosticadas com hipotireoidismo subclínico e, 43 terão um TSH suavemente elevado e anticorpos antitireoide positivos. Se estas 43 forem tratadas com levotiroxina por 5 anos, o hipotireoidismo sintomático seria impedido em 3 mulheres, enquanto 40 terão tomado medicação por 5 anos sem nenhum benefício claro. Se tomarem levotiroxina por 20 anos, o hipotireoidismo clínico seria impedido em 29 (67%) das 43 mulheres, mas 14 mulheres saudáveis teriam tomado a medicação por 20 anos sem necessidade ou benefícios. Uma outra análise do estudo Whickham citado por Ruggie (2014)<sup>15</sup> seguiu 2.779 residentes britânicos com idade superior a 20 anos. Observou-se que em uma mulher de 50 anos que com nível de TSH sérico de 6 mIU/L e anticorpos antitireoidianos positivos, o risco para o desenvolvimento de hipotireoidismo em 20 anos foi de 57% e, uma mulher com nível de TSH de 9 de mIU / L, o risco foi de 71%. Já uma mulher de 50 anos com nível de TSH normal e anticorpos negativos tinha um risco de apenas 4% por mais de 20 anos.

Segundo Gharib (2005 apud RUGGE, 2014)<sup>15,16</sup> aproximadamente de 2 a 5% das pessoas que possuem hipotireoidismo subclínico desenvolvem a doença sintomática, mas cerca de 40% dessas pessoas podem reverter ao quadro normal ao longo do tempo de acordo com DIEZ (2004 apud RUGGE, 2014)<sup>15,17</sup>.

A U.S Preventive Services Task Force (2004, apud RUGGE 2014)<sup>15</sup> encontrou evidências de que o teste com TSH pode detectar disfunções tireoidianas subclínicas em pessoas sem sintomas, entretanto as evidências não indicam que o tratamento melhora os sintomas, portanto são insuficientes para que o rastreio do hipotireoidismo subclínico seja recomendado. Embora o rendimento do rastreio seja maior em grupos de alto risco, também não foram encontradas evidências de que o rastreio desses grupos leva a benefícios clinicamente importantes. Além disso, existe o potencial para danos causados por testes de rastreio falso-positivos. Como resultado, o saldo de benefícios e danos do rastreio em adultos assintomáticos não pôde ser determinado.

A American Association of Clinical Endocrinologists, a American Thyroid Association e, a Society of Endocrinology (2002 apud RUGGE, 2014)<sup>15</sup> não encontraram provas suficientes para apoiar o rastreio da disfunção da tireoide, mas recomendam o rastreio em casos considerados de alto risco, incluindo mulheres grávidas e

as mulheres mais velhas com idade superior a 60 anos.

Os efeitos adversos das doses de reposição de levotiroxina incluem nervosismo, palpitações, fibrilação atrial e exacerbação de angina pectoris. Em um estudo realizado por Nystrom (1998 apud RUGGE, 2014)<sup>15,18</sup>, dois dos 20 pacientes (10%) que tomavam levotiroxina saíram do protocolo por causa do nervosismo e sensação de palpitações. Em outro estudo realizado por Jaeschke (1996 apud RUGGE, 2014)<sup>14,15</sup>, dois dos 18 pacientes (11%) que tomavam levotiroxina tiveram complicações, como angina e fibrilação atrial. Num terceiro estudo feito por Kong (2002 apud RUGGE, 2014)<sup>15,19</sup>, os níveis de ansiedade aumentaram no grupo de pessoas que faziam o uso de levotiroxina

## 5. DISCUSSÃO

Como apresentado anteriormente, o rastreamento do hipotireoidismo possui benefícios e malefícios. Apesar de os estudos mostrarem que o hipotireoidismo possui alta prevalência, pode ser detectado em uma fase assintomática, os exames e os tratamentos são disponíveis, reproduzíveis, aceitáveis, confiáveis e de baixo custo, os benefícios da detecção e do tratamento precoce nem sempre são superiores aos riscos e danos aos quais os indivíduos são submetidos. Entre eles citam-se: alto número de falsos-positivos e falso-negativos, tratamento excessivo de pacientes com anormalidades limítrofes e, ansiedade no aguardo dos resultados. Além disso, de acordo com a maioria dos artigos analisados o rastreamento do hipotireoidismo não reduz mortalidade, visto que a doença subclínica raramente progride para a doença sintomática. E também, não há nenhuma evidência suficientemente forte e conclusiva em estudos prospectivos randomizados com amostras adequadas sobre potenciais benefícios associando o hipotireoidismo subclínico com o surgimento e agravamento de outras patologias como, dislipidemias, alterações cardíacas, diabetes, alterações fetais, depressão, entre outros.

Desse modo, os profissionais de saúde não devem depositar grande valor na detecção de doenças em um estágio precoce e assintomático, uma vez que possuem a responsabilidade ética de orientar seus pacientes todas as vezes que demandarem a realização de exames sem evidências relevantes da patologia. A partir disso, devem esclarecer os motivos para a não indicação do procedimento embasado em comprovações científicas. Caso contrário, o profissional estará agindo de forma criminosa por não oferecer ao seu paciente a melhor prevenção, o melhor diagnóstico, o melhor tratamento e a melhor recuperação, além de expô-lo a riscos e danos desnecessários, sendo que, muitas vezes, a detecção precoce da doença não alterará a conduta médica, o prognóstico e não conseguirá evitar graves consequências da doença ou reduzir a mortalidade.

## 6. CONCLUSÃO

Com base em todo o exposto verificou-se que os profissionais de saúde devem fazer uma reflexão ética no diagnóstico desta patologia por possuírem a responsabilidade de oferecer a seus pacientes as melhores oportunidades de tratamento, evitando riscos e danos. Dessa forma, a realização do rastreamento do hipotireoidismo subclínico não é relevante.

## REFERÊNCIAS

- [01] Lefevre ML, *et al.* Screening for Thyroid Dysfunction: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* May;162(9): 641-650; 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25798805>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2015.
- [02] Cooper DS, Biondi B. Subclinical thyroid disease. *The Lancet.* 2012; 379(9.821):1142-54. 24 March. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lan-cet/PIIS0140-6736\(11\)60276-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lan-cet/PIIS0140-6736(11)60276-6.pdf)>. Data de acesso: 27 de Setembro de 2015.
- [03] Silva GAR, Costa TB. Hipotireoidismo subclínico: uma revisão para o médico clínico. *Revista Brasileira Clínica Médica.* São Paulo, Jul-Set, 2013; 11(3):289-95. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3754.pdf>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2015
- [04] Ministério da Saúde. Primeiras diretrizes clínicas na saúde suplementar – versão preliminar / organizado por Agência Nacional de Saúde Suplementar, Associação Médica Brasileira. ANS. 273 p. Rio de Janeiro 2009. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/ProdEditorialANS\\_Primeiras\\_Diretrizes\\_Clinicas\\_da\\_SS.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Primeiras_Diretrizes_Clinicas_da_SS.pdf)> Acesso em: 27 de Setembro de 2015.
- [05] Ruge B, *et al.* Screening and Treatment of Subclinical Hypothyroidism or Hyperthyroidism. Agency for Healthcare Research and Quality (US); Oct. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83496/>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2015.
- [06] Helfand M. Screening for Thyroid Disease. 2004; 23. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/boks/NBK42812/#!po=16.6667>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2015.
- [07] Valente O. Rastreamento diagnóstico das principais disfunções da tireoide. *Diagnóstico Tratamento.* 2013; 18(1): 49-51. Disponível em: <<http://www.saudedireta.com.br/docupload/1382440739a3446.pdf>>. Acesso em: 22 de Setembro de 2015.
- [08] Brenta G, *et al.* Clinical practice guidelines for the management of hypothyroidism. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2013; 57(4). São Paulo. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n4/pt\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n4/pt_03.pdf)>. Data de acesso: 30 de Setembro de 2015.
- [09] Nogueira CR, *et al.* Hipotireoidismo: tratamento. *Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar.* 2011. Disponível em:

- <<http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/hipotireoidismo-tratamento.pdf>>. Data de acesso: 20 de Setembro de 2015.
- [10] Ministério da Saúde. Secretária de atenção à saúde. Cadernos da atenção básica: acolhimento a demanda espontânea. N. 29; Brasília; 2010. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos\\_de\\_atencao\\_basica\\_-\\_volume\\_i.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_i.pdf)>. Acesso em: 27 de Setembro de 2015.
- [11] Cooper DS, Halpern R, Wood LC, Levin AA, Ridgway ECL. Thyroxine therapy in subclinical hypothyroidism. A double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med.* 1984; 101:18–24. Disponível em: <<http://annals.org/article.aspx?articleid=698640>>. Data de acesso: 27 de Setembro de 2015.
- [12] Meier C, *et al.* TSH-controlled L-thyroxine therapy reduces cholesterol levels and clinical symptoms in subclinical hypothyroidism: a double blind, placebo-controlled trial (Basel Thyroid Study) *J Clin Endocrinol Metab.* ;86: 4860–4866. 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11600554>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2015.
- [13] Sgarbi JA, *et al.* Consenso brasileiro para a abordagem clínica e tratamento do hipotireoidismo subclínico em adultos: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. *Arq. Bras. Endocrinologia Metab.* 57/3; São Paulo, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0004-27302013000300003&pid=S0004-27302013000300003&pdf\\_path=abem/v57n3/v57n3a03.pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0004-27302013000300003&pid=S0004-27302013000300003&pdf_path=abem/v57n3/v57n3a03.pdf&lang=pt)>. Acesso em: 22 de Setembro de 2015.
- [14] Jaeschke R, *et al.* Does treatment with L-thyroxine influence health status in middle-aged and older adults with subclinical hypothyroidism? *J Gen Intern Med.* 1996; 11:744–749. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9016421>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2015.
- [15] Ruggie JB, *et al.* Screening for and Treatment of Thyroid Dysfunction: An Evidence Review for the U.S. Preventive Service Task Force. Oct. 2014. Disponível em: <<http://annals.org/article.aspx?articleid=1919872>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2015.
- [16] Gharib H, Tuttle R, Baskin H, Fish L, Singer P, Mcdermott M. Consensus statement: subclinical thyroid dysfunction: a joint statement on management from the American Association of Clinical Endocrinologists, the American Thyroid Association, and the Endocrine Society. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005; 90(1):581–5. Disponível em: <<http://press.endocrine.org/doi/pdf/10.1210/jc.2004-1231>>. Data de acesso: 27 de Setembro de 2015.
- [17] Diez JJ, Iglesias P. Spontaneous subclinical hypothyroidism in patients older than 55 years: an analysis of natural course and risk factors for the development of overt thyroid failure. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004; 89(10):4890–7. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15472181>>. Data de acesso: 27 de Setembro de 2015.
- [18] Nystrom E, Caidahl K, Fager G, Wikkelso C, Lundberg P A, Lindstedt G. A double-blind cross-over 12-month study of L-thyroxine treatment of women with 'subclinical' hypothyroidism. *Clin Endocrinol.* 1988; 29:63–75. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3073880>>. Acesso em: 27 de Setembro de 2015.
- [19] Kong WM, Sheikh MH, Lumb PJ. A 6-month randomized trial of thyroxine treatment in women with mild subclinical hypothyroidism. *Am J Med.* 2002; 112:348–354. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11904108>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2015.