INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)

MEDICINA

ABORDAGEM AO PACIENTE COM DISTÚRBIO TIREOIDIANO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SALMA JAZMIN SOJA

Foz do Iguaçu

2025

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)

MEDICINA

ABORDAGEM AO PACIENTE COM DISTÚRBIO TIREOIDIANO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SALMA JAZMIN SOJA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Anália Rosário Lopes

Foz do Iguaçu

2025

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

SALMA JAZMIN SOJA

ABORDAGEM AO PACIENTE COM DISTÚRBIO TIREOIDIANO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

_____
Orientador: Profa. Dra. Anália Rosário Lopes
(UNILA)

_____
Prof. Dra Rosana Alvares Callejas
(UNILA)

_____
Prof. Dr Albert Luiz Costa da Costa
(UNILA)

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): SALMA JAZMIN SOJA

Curso: Medicina

(x) graduação

(...) especialização
curso

(...) mestrado

Tipo de Documento

(...) artigo

(x) trabalho de conclusão de

(...) monografia

(…) doutorado

(...) dissertação

(...) tese

(...) CD/DVD – obras audiovisuais

Título do trabalho acadêmico: ABORDAGEM AO PACIENTE COM DISTÚRBIO TIREOIDIANO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nome do orientador(a): Dra. Anália Rosário Lopes

Data da Defesa: 28/02/2025

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública Creative Commons Licença 3.0 Unported.

Foz do Iguaçu 5 de março de 2025.

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial no manejo de condições crônicas, incluindo os distúrbios endocrinológicos, como as doenças tireoidianas, que exigem diagnóstico precoce, tratamento adequado e acompanhamento contínuo. Este artigo apresenta o caso de uma paciente de 18 anos atendida na APS, que apresentou volume na região do pescoço, perda de peso, palpitações, nervosismo, insônia e sudorese, além de episódios de diarreia, constipação e sangramento uterino anormal. A partir de uma anamnese detalhada e exames laboratoriais, identificaram-se: níveis reduzidos de TSH, T4 livre dentro da normalidade e anti-TPO elevado, associados a achados ultrassonográficos sugestivos de tireoidite difusa, com características compatíveis com a doença de Graves. O tratamento foi iniciado com metimazol (Tapazol®), com ajustes posológicos ao longo do seguimento. O caso ilustra a importância da APS no diagnóstico precoce e no manejo inicial dos distúrbios tireoidianos, ressaltando a longitudinalidade e a coordenação do cuidado como elementos essenciais para um acompanhamento contínuo e eficaz. Além disso, destaca a necessidade de capacitação dos profissionais da APS para lidar com condições endocrinológicas complexas, bem como a importância do encaminhamento oportuno aos serviços especializados quando necessário. No decorrer do acompanhamento, a paciente evoluiu com um quadro sugestivo de tireoidite silenciosa, caracterizado pela transição do hipertireoidismo para hipotireoidismo e posterior normalização da função tireoidiana. Esse desfecho reforça a relevância do acompanhamento longitudinal e da abordagem multidisciplinar na APS. Este relato foi elaborado com base em revisão da literatura e experiência prática, permitindo reflexões sobre o planejamento e a organização da APS para garantir a resolutividade esperada no manejo dos distúrbios tireoidianos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Distúrbios Tireoidianos; Hipertireoidismo; Tireoidite; Longitudinalidade.

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) plays a crucial role in managing chronic conditions, including endocrine disorders such as thyroid diseases, which require early diagnosis, appropriate treatment, and continuous follow-up. This article presents the case of an 18-year-old female patient seen in PHC who exhibited cervical enlargement, weight loss, palpitations, nervousness, insomnia, and sweating, along with episodes of diarrhea, constipation, and abnormal uterine bleeding. A detailed anamnesis and laboratory tests revealed low TSH levels, normal free T4, and elevated anti-TPO, along with ultrasound findings suggestive of diffuse thyroiditis, consistent with Graves' disease. Treatment was initiated with methimazole (Tapazole®), with dose adjustments during follow-up.This case highlights the importance of PHC in the early diagnosis and initial management of thyroid disorders, emphasizing longitudinality and care coordination as essential elements for effective and continuous follow-up. Furthermore, it underscores the need for training PHC professionals to handle complex endocrine conditions, as well as the importance of timely referral to specialized services when necessary. During follow-up, the patient evolved with a condition suggestive of silent thyroiditis, characterized by a transition from hyperthyroidism to hypothyroidism and subsequent normalization of thyroid function. This outcome reinforces the significance of longitudinal follow-up and a multidisciplinary approach in PHC. This case report was developed based on a literature review and practical experience, providing insights into the planning and organization of PHC to achieve the expected resolutiveness in the management of thyroid disorders.

Keywords: Primary Health Care; Thyroid Disorders; Hyperthyroidism; Thyroiditis; Longitudinality.

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud (APS) desempeña un papel crucial en el manejo de condiciones crónicas, incluidos los trastornos endocrinológicos, como las enfermedades tiroideas, que requieren diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y seguimiento continuo. Este artículo presenta el caso de una paciente de 18 años atendida en APS, que presentó un aumento de volumen en la región del cuello, pérdida de peso, palpitaciones, nerviosismo, insomnio y sudoración, además de episodios de diarrea, estreñimiento y sangrado uterino anómalo. A partir de una anamnesis detallada y análisis de laboratorio, se identificaron: niveles reducidos de TSH, T4 libre dentro de la normalidad y anti-TPO elevado, asociados a hallazgos ecográficos sugestivos de tiroiditis difusa, con características compatibles con la enfermedad de Graves. Se inició el tratamiento con metimazol (Tapazol®), con ajustes posológicos a lo largo del seguimiento. El caso ilustra la importancia de la APS en el diagnóstico precoz y el manejo inicial de los trastornos tiroideos, resaltando la longitudinalidad y la coordinación de la atención como elementos esenciales para un seguimiento continuo y eficaz. Además, destaca la necesidad de capacitación de los profesionales de la APS para manejar condiciones endocrinológicas complejas, así como la importancia del referido oportuno a servicios especializados cuando sea necesario. Durante el seguimiento, la paciente evolucionó con un cuadro sugestivo de tiroiditis silenciosa, caracterizado por la transición del hipertiroidismo al hipotiroidismo y la posterior normalización de la función tiroidea. Este desenlace refuerza la relevancia del seguimiento longitudinal y del enfoque multidisciplinario en la APS. Este informe se elaboró a partir de una revisión de la literatura y la experiencia práctica, permitiendo reflexiones sobre la planificación y organización de la APS para garantizar la resolución esperada en el manejo de los trastornos tiroideos.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Trastornos Tiroideos; Hipertiroidismo; Tiroiditis; Longitudinalidad.

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

SUMÁRIO

Sumário

1. INTRODUÇÃO 8

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 10

3. DESCRIÇÃO DO CASO 12

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 15

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 23

REFERÊNCIAS 24

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

1. INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é um componente essencial do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, sendo a porta de entrada dos cidadãos aos serviços de saúde. Desde a criação do SUS em 1988, a APS tem servido como ordenadora do sistema, lutando contra as iniquidades na saúde (Oliveira; Pereira, 2013).

A APS caracteriza-se por atuar em territórios definidos com equipes multidisciplinares que possuem responsabilidade frente às áreas de abrangência, proporcionando um atendimento integral. Essas equipes realizam medidas tanto individuais quanto coletivas, visando garantir a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde. Assim, asseguram um cuidado contínuo ao longo do tempo, desde a manutenção da saúde até o tratamento de doenças (Lavras, 2011; Gusso *et al*., 2018).

A atenção primária utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, apresentando uma capacidade resolutiva de até 85% ao fornecer recursos essenciais evitando intervenções excessivas. Isso significa que a maioria dos problemas de saúde pode ser identificada e tratada nesse nível de atendimento, o que alivia a demanda por serviços especializados e hospitalares, promovendo um sistema de saúde mais eficiente e acessível (Sellera *et al*., 2020; Lavras, 2011).

É próprio da Atenção Primária à Saúde estabelecer a continuidade para oferecer um cuidado integral e com vínculo, conhecido como longitudinalidade, um atributo essencial neste nível de atenção. A confiança e a responsabilidade permeiam a configuração do plano terapêutico, caracterizando esse atributo. Para obter diagnósticos precisos e adotar condutas adequadas, evitando encaminhamentos excessivos ou inadequados, é essencial estabelecer uma relação interpessoal duradoura entre o usuário e o profissional de saúde, que continue mesmo após eventuais interrupções. Nesse sentido, vínculos permanentes entre profissionais e usuários, orientados à saúde, devem ocorrer no acompanhamento dos problemas de saúde do usuário ao longo do tempo. O profissional conhece o usuário, suas dores, anseios e expectativas, bem como o histórico pregresso daquele indivíduo, permitindo que todos esses fatores que influenciam na terapêutica sejam direcionados para a melhor e mais humana abordagem possível (Oliveira; Pereira, 2013; Brasil, 2010).

Dentre as diversas condições em saúde abordadas na atenção primária, as condições endocrinológicas, mais especificamente os distúrbios tireoidianos correspondem a

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

uma fração que exige dos profissionais conhecimento técnico para apropriada conduta. Dada a frequência com que os médicos de atenção primária encontram pacientes com distúrbios tireoidianos, sejam eles clínicos ou laboratoriais, torna-se importante a capacitação contínua desses profissionais. Assim, garante-se que estejam preparados para identificar, diagnosticar e tratar adequadamente as diversas apresentações clínicas dessas doenças, proporcionando um cuidado contínuo, integral e eficaz aos pacientes (Gusso *et al*., 2018).

Um estudo realizado em uma comunidade localizada no nordeste brasileiro demonstrou que a prevalência de distúrbios tireoidianos em pessoas idosas, acima de 65 anos, varia entre 2% e 4%, sendo menor na população com menos de 65 anos, com uma prevalência de 0,5% a 1% (Pontes *et al*., 2002).

Entre os distúrbios tireoidianos mais prevalentes estão o hipotireoidismo, os nódulos tireoidianos e o hipertireoidismo, os quais figuram entre as 25 doenças mais comuns na atenção primária à saúde (APS). Devido à sua alta prevalência, é essencial que esses distúrbios sejam diagnosticados e tratados adequadamente no âmbito da APS (Gusso *et al*., 2018).

Neste contexto, este estudo tem o objetivo de apresentar um caso de distúrbio tireoidiano atendido e tratado na APS, assim como fomentar a discussão acerca das melhores abordagens e protocolos de atendimento nesta área, a fim de contribuir com a maior resolutividade na atenção primária à saúde.

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Dentro das disfunções tireoidianas, destacam-se aquelas de origem autoimune. Essas condições são caracterizadas pelo ataque à tireoide realizado pelo próprio sistema imunológico do indivíduo. Esse processo envolve uma reação do sistema imune, tanto celular quanto humoral, resultando na infiltração de células T e B, que produzem anticorpos e, assim, desencadeiam o ataque à tireoide. Esse ataque é evidenciado clinicamente por meio de diversos sintomas e sinais. A prevalência dessas condições varia de 1% a 5%, sendo maior no sexo feminino, com taxas entre 5% e 15%, em comparação aos homens, cujas taxas variam de 1% a 5%. A tireoide é uma glândula do corpo responsável pela síntese dos hormônios tireoidianos, dos quais os principais são a tiroxina (T4) e a triiodotironina (T3). Ambos os hormônios contêm iodo e tirosina em sua composição. O T4, que corresponde a 93% dos hormônios ativos secretados pela glândula, é produzido exclusivamente pela tireoide. Já o T3, que é quatro vezes mais potente que a tiroxina, é formado principalmente pela conversão de T4 em T3 em outros tecidos do corpo através da desiodação, apesar de também ser parcialmente secretado pela tireoide (Guyton; Hall, 2017; Melmed *et al.,* 2021).

Os iodetos provenientes da alimentação são utilizados pelas células da tireoide para a síntese dos hormônios tireoidianos. A etapa inicial consiste na captação de iodeto, que envolve o transporte de iodeto do sangue para as células e folículos da glândula, processo estimulado pelo hormônio estimulador da tireoide (TSH). O bombeamento de iodeto é realizado pelo co-transportador, que transporta iodeto juntamente com dois íons de sódio do plasma para a célula. Na membrana apical, o iodeto é oxidado a iodo pela peroxidase e pelo peróxido de hidrogênio. Durante a oxidação, o iodo se une à tiroglobulina, produzida pelas células foliculares, formando a monoiodotirosina. Esta molécula passa por iodação e acoplamento, gerando finalmente a tiroxina, o principal produto. Uma parte do produto é T3, que resulta da condensação de diiodotirosina com monoiodotirosina. (Guyton; Hall, 2017; Melmed *et al*., 2021).

Para a secreção dos hormônios produzidos, é necessária a proteólise da tiroglobulina na superfície apical das células foliculares. Ao chegarem ao sangue, T3 e T4 se unem a proteínas plasmáticas como a globulina fixadora de tiroxina, a albumina e a prealbumina fixadora de tiroxina. Apenas 0,1% do T4 secretado permanece livre no sangue. A forte ligação com as proteínas plasmáticas confere uma meia-vida maior de cerca de seis

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

dias a esses hormônios. Embora a produção de T4 seja prevalente em relação ao T3, a maior parte do T4 é desiodada para T3 nos tecidos periféricos (Guyton; Hall, 2017; Melmed *et al*, 2021).

Os hormônios tireoidianos afetam diversos órgãos, resultando em sinais e sintomas que se manifestam em múltiplos sistemas orgânicos, relacionados a um estado hiperadrenérgico e hipermetabólico. Essa síndrome clínica é conhecida como tireotoxicose (Mathew *et al*., 2023).

As etiologias podem estar associadas à hiperfunção da glândula tireoide, como é o caso do hipertireoidismo. Entre as etiologias mais comuns do hipertireoidismo, destacam-se a doença de Graves, bócio multinodular tóxico e adenoma tóxico. Por outro lado, existem etiologias que não envolvem o hipertireoidismo, como a tireotoxicose factícia, tireoidite com tireotoxicose transitória e tecido tireoidiano ectópico (Ross**,** 2023).

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

3. DESCRIÇÃO DO CASO

A usuária nasceu em 2005, branca, solteira, com ensino médio completo, considera-se ateia e é natural de Foz do Iguaçu, Paraná. Reside e trabalha nesse município e compartilha a casa com seus pais e um irmão.

A primeira consulta na USF foi em 2021, pois a mãe da usuária notou aumento na região do pescoço de sua filha. Ao procurar atendimento médico na atenção primária relataram que o motivo foi primeiramente o aumento da região cervical associado a perda de peso ponderal, palpitações, nervosismo, insônia e sudorese. Isso tudo associado a episódios diarreicos, episódios de constipação e sangramento uterino anormal.

Assim, nesse atendimento após anamnese foram pedidos os seguintes exames: hemograma completo, hemoglobina glicada, colesterol total, creatinina, glicose, HDL e LDL, vitamina B12, estradiol, T4 livre, anti-TPO, TSH e ultrassonografia da glândula tireoide.

Na sequência foi agendado um retorno para avaliação dos exames. Na consulta de retorno, o médico da estratégia de saúde da família avaliou os exames e constatou baixo nível de TSH (inferior a 0,1 μUI/mL), T4 livre dentro dos parâmetros normais e o anti-TPO acima de 400. No exame de ultrassonografia (USG) da glândula tireoide, foram evidenciados sinais de tireoidopatia difusa com padrão ecotextural compatível com tireoidite, além de sinais de hipervascularização difusa do parênquima ao Doppler, sugerindo uma possível condição de Graves. Os outros exames apresentaram resultados dentro da normalidade.

Nessa mesma consulta médica, após avaliação dos exames e pelo quadro clínico, o médico decidiu iniciar o tratamento medicamentoso com Tapazol 10 mg, 01 comprimido a cada 8 horas, nessa mesma consulta foi colocada a paciente na fila do endocrinologista, a qual se manteve na fila desde 2021 até 2024 quando teve a primeira consulta.

Uma consulta adicional, relatada pela mesma, ocorreu em 2021 com um endocrinologista particular. Nessa consulta, foi mantido o tratamento anteriormente prescrito pelo médico da equipe de saúde da família, porém com um reajuste na dose para a metade, resultando em 5 mg, com a orientação de tomar 1 comprimido a cada 8 horas. O motivo da consulta particular com o especialista ocorreu já que pelo sistema único de saúde tinha muitas pessoas na fila e não seria chamada com brevidade..

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

As consultas foram realizadas inicialmente para a investigação dos sinais e sintomas apresentados pela usuária, bem como a avaliação de exames pertinentes para iniciar o tratamento. Posteriormente, as consultas na USF foram importantes para monitorar e controlar a evolução da doença, além de realizar o reajuste necessário nos medicamentos utilizados, visando garantir a eficácia do tratamento ao longo do tempo.

A paciente relatou que, após o início do tratamento com tapazol, a maior parte dos sintomas previamente mencionados apresentaram uma significativa redução tanto em intensidade como em frequência. Contudo, ela ainda percebe a presença de bócio, mas agora notavelmente menor.

A paciente tem histórico familiar paterno de câncer de próstata e hipertensão, enquanto a mãe teve neoplasia intraepitelial cervical grau 3 e um irmão com Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. No lado da família paterna, há um avô também com hipertensão e histórico de infarto e a avó diabética. Da família materna há duas tias com hipotireoidismo, sendo que a avó materna faleceu de câncer de útero.

A paciente relatou que possui hábitos alimentares saudáveis e balanceados, com consumo de proteínas, legumes, frutas e leguminosas, e se exercita apenas nas aulas de educação física do ensino médio.

O exame físico demonstrou algumas alterações relacionadas ao quadro mencionado, primeiramente o peso constatado foram 43 kg, altura 1,62 m e IMC 16,38 kg/m^2, classificada como abaixo do peso, sinais vitais sem alterações. Enquanto na avaliação tireoidiana, foi incluindo achados de bócio tireoidiano, alguns linfonodos cervicais sutilmente palpáveis e pele úmida nos membros inferiores. O restante do exame físico, incluindo avaliações neurológica, cardiovascular e abdominal, não apresentou outras anormalidades significativas. Os membros inferiores estavam sem edemas ou varizes e não foram observadas alterações nas articulações.

Nas consultas subsequentes, o acompanhamento foi mantido com o mesmo médico da equipe de saúde da família, com uma média de consultas a cada três meses. Além disso, a paciente realizou consultas periódicas com um endocrinologista do SUS, com retorno agendado a cada seis meses. Durante esses acompanhamentos, foram solicitados exames de TSH e T4 de forma regular. O único exame com valor de TSH abaixo do normal foi o inicial; no entanto, com o tempo, observou-se um aumento progressivo do TSH, que passou a se manter consistentemente acima dos limites normais. Por outro lado, os níveis de T4 e T3 livres permaneceram dentro dos valores normais, e, após alguns meses com TSH elevado, esses níveis retornaram aos padrões normais

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

.Após dois anos de acompanhamento, os exames continuaram dentro dos parâmetros normais. Além disso, em dezembro de 2023, foram solicitados exames de tomografia computadorizada (TC) de crânio e ultrassonografia (USG) de pelve, ambos sem alterações significativas.

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A paciente procurou o serviço de atenção primária relatando aumento na região do pescoço, acompanhado de perda de peso, palpitações, nervosismo, insônia e sudorese. Além disso, mencionou episódios diarreicos, constipação e sangramento uterino anormal. Com base nesses sintomas, foi inicialmente levantada a hipótese de um distúrbio da glândula tireoide. Seguindo as orientações da literatura (Gusso *et al*., 2018), foi realizada uma anamnese detalhada, na qual foram questionados os aspectos relacionados à natureza dos sinais e sintomas, bem como o tempo de início. Também foram descartados fatores como uso de medicamentos, exposição a iodo, gestações, doenças prévias e cirurgias. Durante a investigação, foi identificado histórico familiar de doenças autoimunes da tireoide.

No exame físico, foi constatado um bócio palpável, com pele úmida, mas sem outras alterações significativas. Vale ressaltar que a pressão arterial e os batimentos cardíacos estavam dentro da normalidade. A paciente apresentava peso de 43 kg e altura de 1,62 m, o que resulta em um IMC de 16,38 kg/m^2, indicando baixo peso para sua faixa etária e sexo. Não foram encontrados nódulos na palpação da região cervical. Diante do quadro clínico, a principal suspeita foi de tireotoxicose, condição caracterizada pelo excesso de hormônios tireoidianos no organismo, que pode ser originada pela hiperfunção da glândula tireoide ou por outros fatores subjacentes (Maia *et al*., 2013).

Os principais sintomas da tireotoxicose incluem irritabilidade, sudorese excessiva, ansiedade, palpitações cardíacas, dispneia, fraqueza muscular, alterações oculares, perda de peso não intencional, aumento do apetite, fadiga, diarreia, poliúria, queda de cabelo e redução da libido. Esses sintomas podem ser explicados pela ação dos hormônios tireoidianos, que atuam em diversos tecidos e sistemas do corpo. Quando esses hormônios estão elevados, causam um aumento da taxa metabólica basal, da termogênese e da quantidade de receptores alfa-adrenérgicos, resultando em uma intensificação da atividade do sistema simpático (Gusso *et al*., 2018; Blick; Nguyen; Jialal, 2023).

Para dar continuidade à investigação da disfunção tireoidiana, é necessário realizar os exames laboratoriais recomendados. O exame de TSH é amplamente reconhecido como o mais seguro e confiável para diagnosticar disfunções da tireoide, pois sua secreção pela hipófise é diretamente responsável pela regulação da liberação dos hormônios tireoidianos sendo eles T4 (tiroxina) e T3 (triiodotironina). Esses hormônios, por sua vez, atuam por meio de um mecanismo de feedback negativo, controlando os níveis de TSH no

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

organismo. Nesse contexto, os valores de T4 e T3 livres são considerados mais precisos e informativos do que os valores totais desses hormônios, uma vez que são as formas biologicamente ativas e apresentam menor variação em resposta a alterações nas proteínas que os transportam no sangue. Assim, como parte essencial da avaliação clínica, a solicitação dos exames de TSH e T4 livre é recomendada para um diagnóstico mais acurado, conforme a abordagem adotada pelo médico neste caso (Carvalho, 2023).

Na mesma consulta, o profissional optou por solicitar uma ultrassonografia (USG) da tireoide, o que foge um pouco da prática convencional descrita pela literatura. De acordo com as diretrizes nacionais, a ultrassonografia não faz parte da rotina de investigação dos distúrbios tireoidianos em geral, sendo reservada para situações em que nódulos tireoidianos são palpados. Nesse contexto, a USG pode ser utilizada como uma ferramenta complementar na avaliação etiológica do hipertireoidismo, especialmente quando o teste de captação de iodo não pode ser realizado ou está contraindicado. Nesses casos, o uso do ultrassom com doppler pode ser uma alternativa viável para auxiliar no diagnóstico (Maia *et al*., 2013).

Outro exame que, considerando o histórico familiar de doenças autoimunes, o médico decidiu solicitar foi o anti-TPO. A escolha foi muito assertiva, pois, conforme as bibliografias consultadas, dentro dos exames que avaliam os anticorpos contra os antígenos tireoidianos, o anti-TPO é o mais relevante. Exames como o anti-TG e anti-TR são geralmente solicitados apenas em situações muito específicas e não de forma rotineira. Entre 90% a 95% dos pacientes com doenças autoimunes da tireoide apresentam o anti-TPO detectável (Vieira *et al*., 2003; Fröhlich; Wahl, 2017).

De acordo com a literatura, o procedimento correto para a investigação de tireotoxicose inicia-se com uma anamnese detalhada, seguida de um exame físico minucioso. A partir da história clínica, pode-se identificar sintomas característicos e sinais relacionados à disfunção tireoidiana. Em seguida, realizam-se os exames laboratoriais para confirmar a presença de tireotoxicose. Após a confirmação diagnóstica pelos exames laboratoriais, o próximo passo seria a solicitação do exame de captação de radioiodo pela tireoide. No entanto, caso esse exame não esteja disponível, como mencionado anteriormente, uma alternativa válida seria o uso da ultrassonografia com Doppler para a investigação etiológica (Pearce, 2006).

Neste caso específico, observou-se que o TSH estava significativamente baixo, em 0,1 μUI/mL, enquanto o T4 permanecia dentro dos parâmetros normais. Durante a ultrassonografia de tireoide, realizada simultaneamente, foram identificados sinais de

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

tireoidopatia difusa, com padrão ecotextural compatível com tireoidite, além de evidências de hipervascularização difusa do parênquima ao Doppler. Diante desses achados, é essencial investigar todas as possíveis causas de tireotoxicose que possam estar relacionadas ao quadro clínico e aos exames complementares apresentados. Vale ressaltar que, posteriormente, os resultados laboratoriais mostraram um aumento substancial dos níveis de TSH (acima de 10), enquanto os níveis de T3 e T4 permaneceram dentro dos parâmetros normais, com o anti-TPO mantendo-se consistentemente elevado.

Segundo os autores Blick, Nguyen e Jialal (2023), as causas de tireotoxicose podem ser classificadas em duas categorias: aumento endógeno e aumento exógeno dos hormônios tireoidianos. Dentro da primeira categoria, destacam-se o bócio multinodular tóxico, hipertireoidismo induzido por drogas, doença de Graves, adenoma produtor de TSH ou hipofisário, struma ovarii, tireoidite e hipertireoidismo mediado por HCG. Já na categoria de aumento exógeno, as causas são mais restritas, abrangendo o hipertireoidismo fictício e a terapia de reposição excessiva com levotiroxina

Para iniciar a investigação dos possíveis diagnósticos, devemos destacar dois que são particularmente relevantes neste caso, considerando o histórico familiar de doenças tireoidianas autoimunes. Os diagnósticos principais são a Doença de Graves, que é a principal causa de tireotoxicose, e a Doença de Hashimoto, que é mais rara.

Começando pela Doença de Graves, ela pode ser explicada de forma simples: os anticorpos contra o receptor de TSH (hormônio estimulante da tireoide) atuam estimulando a glândula tireoide. Isso provoca o aumento da glândula e, consequentemente, ela começa a produzir mais hormônios tireoidianos, o que resulta em um excesso hormonal e caracteriza a síndrome de tireotoxicose. No entanto, para distinguir a Doença de Graves, além dos sinais típicos da tireotoxicose, existem duas manifestações extratireoidianas importantes. A mais comum é a orbitopatia de Graves, que se caracteriza por dor ocular e outros sintomas, como fotofobia (sensibilidade à luz), edema nas pálpebras e na região periorbital, hiperemia ocular, conjuntivite e alterações visuais, como visão turva e diplopia (visão dupla). A segunda manifestação é o mixedema pré-tibial, que afeta a pele (Ross, 2023; Fox; Anastasopoulou, 2023).

Esse quadro clínico ajuda a diferenciar a Doença de Graves de outras condições. A manifestação da Doença de Hashimoto, por sua vez, pode envolver um fenômeno descrito nas literaturas internacionais como Hashitoxicose. Esse termo se refere a casos mais raros e atípicos da doença, em que a tireoide inicialmente se apresenta hiperfuncionante, com uma fisiopatologia semelhante à da Doença de Graves. Nesses casos,

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

há um aumento significativo na captação de iodo pela glândula, mediado pelos receptores, o que resulta em uma produção excessiva de hormônios tireoidianos, gerando sintomas de tireotoxicose. Entretanto, ao contrário da Doença de Graves, que mantém a estimulação da tireoide por um longo período, na Hashitoxicose, após essa fase de hiperfunção, ocorre uma infiltração de linfócitos, levando à destruição progressiva da glândula tireoide. Esse processo resulta em uma hipofunção tireoidiana subsequente, o que leva ao desenvolvimento de um quadro hipotireoidiano (Davies, 2024).

Considerando a apresentação clínica da paciente, os exames realizados e as características epidemiológicas, outras possíveis causas a serem investigadas incluem os nódulos tireoidianos. Nesse contexto, o ultrassom tem se mostrado um exame eficaz para a identificação diagnóstica desses nódulos. No entanto, no caso específico desta paciente, apesar dos sinais e sintomas sugestivos de tireotoxicose, o exame físico e o ultrassom não evidenciaram a presença de nódulos o que descarta essa hipótese. O câncer de tireoide, em sua forma mais comum, costuma se manifestar como um bócio nodular atóxico, mas pode ser agressivo, ocasionando dor, disfagia e outros sintomas (Villar, 2017). No entanto, a paciente não apresenta essas características.

Outras condições a serem consideradas incluem o teratoma ovariano e o adenoma tireoideano. O adenoma tóxico pode causar hipertireoidismo em pacientes com TSH suprimido, sendo mais frequente em indivíduos mais jovens e geralmente associado ao histórico de nódulos no pescoço, porém a TC de crânio descartou essa possibilidade. O teratoma ovariano, especificamente o Struma ovarii, pode causar tireotoxicose, mas tipicamente apresenta sintomas abdominais inferiores (Villar, 2017), o que difere do quadro da paciente. Por essa razão, foi solicitado um ultrassom abdominal e veio sem alterações, o que derrubou essa hipótese.

Em relação às tireoidites, que são inflamações da glândula, devemos considerar tanto as formas dolorosas quanto as indolores. No caso em questão, não se pode cogitar uma tireoidite dolorosa, pois a paciente não relatou dor ou disfagia em nenhum momento. As tireoidites indolores, no entanto, são pertinentes para este caso, considerando a sintomatologia, os exames laboratoriais e o ultrassom que indicaram a presença de tireoidite (Burman, 2024).

Entre as tireoidites indolores, a tireoidite pós-parto caracteriza-se por uma fase inicial de hipertireoidismo, seguida por uma fase de hipotireoidismo, com posterior resolução. O que a distingue é o fato de ser exclusiva de mulheres que tiveram uma gestação ou aborto recente, sendo diagnosticada aproximadamente um ano após o parto ou

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

aborto provocada pelos anticorpos gerados pelo feto que agrupam na tiroide da mãe. No entanto, a ausência de histórico gestacional ou de aborto na paciente descarta essa hipótese (Burman, 2024; Fariduddin; Singh, 2023).

Outra possível causa seria a tireoidite silenciosa, que é semelhante à tireoidite pós-parto, mas ocorre em mulheres sem histórico de gestação recente. No diagnóstico da fase de hipertireoidismo, o TSH estará baixo, com T3 e T4 elevados, embora, em alguns casos, esses hormônios possam estar normais, caracterizando uma forma subclínica. Na fase de hipotireoidismo, a concentração sérica de T4 pode permanecer baixa por vários dias a semanas antes que o TSH se eleve devido à supressão prévia da secreção desse hormônio. Em alguns pacientes, apenas os níveis elevados de TSH são observados, indicando hipotireoidismo subclínico, e o anti-TPO pode estar elevado, o que é característico de doenças autoimunes. No caso desta paciente, essa hipótese de tireoidite silenciosa é bastante provável (Burman, 2024).

Importante destacar que pacientes com tireoidite silenciosa frequentemente apresentam histórico familiar de doenças autoimunes, o que também se aplica a este caso. Além disso, esses pacientes podem desenvolver hipotireoidismo crônico. O tratamento varia conforme a fase da doença e a intensidade dos sintomas. Na fase hipertireoidiana, podem ser utilizados betabloqueadores, enquanto na fase hipotireoidiana, pode ser necessária a reposição hormonal. No entanto, na maioria dos casos, o tratamento não é requerido, sendo o acompanhamento clínico a principal abordagem (Franco; Amaya; Anaya, 2013; Burman, 2024).

Outras possíveis causas de tireotoxicose, como as tireoidites induzidas por medicamentos (lítio, amiodarona, interleucinas alfa e 2, inibidores da tirosina quinase e até quimioterapia), foram descartadas, pois a paciente negou o uso de qualquer desses medicamentos, o que elimina essa possibilidade de diagnóstico (Fonseca; Melek, 2014).

Por fim, uma outra forma de tireoidite, a tireoidite fibrosa, apresenta características clínicas distintas, como dor no pescoço, disfagia, rouquidão, bócio duro e fixo, além de fibrose extensa e infiltração por macrófagos e eosinófilos na glândula tireoide. Essa condição também pode envolver fibrose mediastinal e retroperitoneal (Burch, 2024). No entanto, considerando que a paciente não apresentou esses sintomas nem evidências de fibrose na tireoide ou em outras partes do corpo, essa hipótese foi descartada. O diagnóstico foi, portanto, completamente excluído, apesar da biópsia não ter sido realizada.

Neste caso específico, após os primeiros exames laboratoriais e de imagem, o médico diagnosticou hipertireoidismo subclínico. O primeiro exame da paciente

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

revelou níveis baixos de TSH e níveis normais de T4 livre, acompanhados de sinais clínicos de tireotoxicose. Esses resultados poderiam indicar uma toxicose por T3, sugerindo o início do hipertireoidismo clínico. Para confirmar ou descartar essa hipótese, recomenda-se a realização do exame de T3 livre. Caso o T3 livre esteja normal, o diagnóstico seria de hipertireoidismo subclínico (Romaldini *et al.,* 2004). No caso dessa paciente, o exame foi realizado conforme recomendado e os resultados estavam dentro dos valores normais.

Como a paciente apresentava sintomas, optou-se por iniciar o tratamento com Tapazol, que é uma das opções terapêuticas para o hipertireoidismo. De acordo com a literatura, no hipertireoidismo subclínico, o tratamento deve ser iniciado quando os níveis de TSH estão abaixo de 0,1 μUI/mL, visto que os efeitos adversos do medicamento são menores do que o risco de não o tratar. As opções de tratamento incluem o uso de drogas antitireoidianas, iodo radioativo para destruir o tecido tireoidiano ou a remoção cirúrgica da tireoide, além de betabloqueadores. A escolha do tratamento depende de vários fatores, como considerações clínicas, socioeconômicas e as preferências do paciente e do médico. No caso desta paciente jovem, foi escolhida a medicação antitireoidiana, especificamente o metimazol, que inibe a produção dos hormônios tireoidianos (Cebola, 2021).

As doses de Tapazol variam de 10 a 30 mg para casos leves a moderados, podendo ser ajustadas para 40-60 mg em casos graves. Após 6-8 semanas de tratamento, a maioria dos pacientes atinge o eutireoidismo, e a dose é reduzida para 5-10 mg diários. No caso da paciente, o tratamento começou com 10 mg, sendo reduzido posteriormente para 5 mg por orientação de um endocrinologista. Embora o tratamento inicial possa ser conduzido por médicos generalistas ou de família, o acompanhamento com um endocrinologista é altamente recomendado. Durante o primeiro mês, é fundamental monitorar os níveis de T4 livre e T3 total, realizando exames a cada 4-8 semanas até alcançar o equilíbrio hormonal. Em geral, a terapia é interrompida após um ano, mas, no caso do hipertireoidismo subclínico, é prática comum realizar exames a cada 3-6 meses, pois os hormônios tendem a melhorar com o tempo (Cebola, 2021). No caso desta paciente, o tratamento foi suspenso devido à persistência de níveis elevados de TSH, mesmo após a redução da dose, o que exigiu a realização de novos exames para esclarecimento diagnóstico.

Diante disso, o médico decidiu realizar novos exames laboratoriais, além de uma tomografia computadorizada de crânio e uma ultrassonografia de pelve, que descartaram a presença de adenoma hipofisário ou struma ovarii, com resultados normais. Seguindo os protocolos estabelecidos, o caso de tireotoxicose foi encaminhado para acompanhamento com um endocrinologista. É fundamental que distúrbios tireoidianos sejam detectados na atenção

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

primária, pois essa fase inicial oferece os recursos necessários para diagnóstico e início do tratamento, ajudando a prevenir complicações. No entanto, os protocolos indicam que, independentemente de o caso ser subclínico ou manifestado, os pacientes devem ser encaminhados a serviços especializados em endocrinologia, uma vez que esses casos exigem cuidados e manejo com a experiência específica da especialidade. Isso é particularmente evidente neste caso, em que, apesar dos exames laboratoriais e sinais clínicos de tireotoxicose, a atenção primária não foi capaz de chegar a um diagnóstico definitivo devido às variações laboratoriais e à complexidade do quadro (Silva *et al*., 2011).

Este relato ilustra bem a aplicação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando especialmente a *longitudinalidade*. Esse princípio é fundamental em casos como o da paciente, no qual o diagnóstico é desafiador e exige acompanhamento contínuo. A longitudinalidade se reflete no fato de que, embora a paciente tenha buscado atendimento especializado no serviço secundário, ela manteve o acompanhamento com a mesma equipe de saúde. Essa continuidade permite que os profissionais conheçam bem seus hábitos, histórico familiar, social e de saúde, proporcionando um atendimento mais personalizado e eficaz. A relação de confiança estabelecida entre a paciente e os profissionais de saúde facilita a comunicação e o planejamento de intervenções mais adequadas e eficientes (Kessler *et al*., 2019).

Outro atributo da APS que vale destacar neste caso é a coordenação da atenção, que, segundo Starfield (2002), implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, pela equipe de saúde, com reconhecimento dos problemas que requerem seguimento em outros pontos da rede. Coordenar as ações de saúde, considerando a história anterior de atenção ao usuário (terapias ou ações já utilizadas) e as necessidades do presente, atuando com o compromisso de buscar a resolução dos problemas e prestar atenção continuada à pessoa/família, mesmo nos casos de encaminhamento a outros níveis de atenção, atuando de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados.

Este é um caso complexo, acompanhado por mais de três anos com monitoramento laboratorial e de imagens. A paciente passou por várias fases da doença tireoidiana. Inicialmente, apresentou uma fase hipertireoidiana, com sintomas clássicos de tireotoxicose (palpitações, nervosismo, sudorese, perda de peso, aumento do volume cervical) e exames mostrando TSH muito baixo (abaixo de 0,1 µUI/mL), enquanto T4 livre e T3 livre estavam dentro da normalidade. Esses achados sugerem hipertireoidismo subclínico, em que a tireoide produzia hormônios em excesso, mas sem alteração significativa nos níveis de T4/T3, e o TSH suprimido indicava a resposta da hipófise à hiperatividade tireoidiana (Mathew;

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

Kaur; Rawla., 2023).

Após essa fase, a paciente evoluiu para hipotireoidismo, com níveis de TSH significativamente elevados (acima de 10 µUI/mL), enquanto T4 livre e T3 livre mantiveram-se normais. Essa transição é característica de tireoidites, na qual a inflamação da tireoide leva à liberação excessiva de hormônios inicialmente (hipertireoidismo), seguida de uma fase de hipofunção devido à destruição do tecido tireoidiano. A presença de anticorpos anti-TPO elevados e o padrão ecotextural de tireoidite na ultrassonografia sugeriram uma doença autoimune, como a tireoidite silenciosa ou a tireoidite de Hashimoto na fase inicial (Hashitoxicose), além de uma possível doença de Graves (Gosi; Kaur; Garla., 2025; Franco; Amaya; Anaya, 2013).

Após essas fases, a paciente estabilizou-se em um estado eutireoidiano, com os níveis de TSH, T4 livre e T3 livre normalizados, indicando a recuperação da função tireoidiana. Esse padrão de evolução é típico da tireoidite silenciosa, que pode passar por fases transitórias de hipertireoidismo e hipotireoidismo antes de se estabilizar. O tratamento durante a fase hipertireoidiana foi com Tapazol (metimazol), um antitireoidiano, embora em casos de tireoidite silenciosa o tratamento ideal na fase hipertireoidiana seria com betabloqueadores. Na fase hipotireoidiana, o tratamento seria com hormônios, caso a paciente apresentasse sintomas. A cintilografia teria sido útil para o diagnóstico definitivo, já que na tireoidite silenciosa o valor seria menor que 1% e na doença de Graves seria elevado (Burman, 2023).

O acompanhamento foi mantido a cada seis meses, com monitoramento laboratorial contínuo dos níveis de TSH, T4 livre e T3 livre, além de avaliação clínica regular. Atualmente, a paciente encontra-se em estado eutireoidiano, sem necessidade de medicação, e segue em acompanhamento para monitoramento de possíveis recidivas ou complicações. Esse caso ilustra a importância do acompanhamento contínuo na Atenção Primária à Saúde (APS), permitindo um diagnóstico precoce e um manejo adequado das diferentes fases da doença, além de garantir cuidado contínuo ao paciente. Também reforça a necessidade de capacitação dos profissionais da APS para reconhecer e tratar distúrbios tireoidianos, além de encaminhamentos adequados para serviços especializados quando necessário (Gusso et al., 2018).

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes que enfrentam distúrbios tireoidianos possuem pleno direito de assegurar o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento essenciais para gerir sua condição. Narrar o cenário de uma paciente consistiu numa ferramenta de análise, aprendizados e permitiu uma compreensão maior dessa abordagem na esfera da atenção primária à saúde. Tal relato também desempenha o papel de registro das intervenções necessárias para essa paciente e para outros indivíduos em situações similares. A aplicação de um olhar crítico, que contrapõe as melhores evidências disponíveis para o manejo do hipertireoidismo com a observação dos resultados na realidade, viabiliza um conhecimento mais abrangente sobre como oferecer o cuidado apropriada dentro do âmbito da atenção primária à saúde.

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Endocrinologia e nefrologia** / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 20 p. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 1). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada_endocrinologia.pdf. Acesso em: 07 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BURCH, H. B. Infiltrative thyroid disease. **UpToDate**, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/infiltrative-thyroid-disease/contributors. Acesso em: 19 mai. 2024.

BURMAN, K. D. Overview of thyroiditis. **UpToDate**, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/postpartum-thyroiditis?search=tireodite%20pos%20parto&source=search_result&selectedTitle=1%7E20&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 18 jun. 2024.

BURMAN, K. D. Painless thyroiditis. **Update,** 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/painless-thyroiditis?search=tireoidite%20silencio&source=search_result&selectedTitle=1%7E28&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 10 jul 2024.

BLICK, C.; NGUYEN, M.; JIALAL, I. Tireotoxicose. **StatPearls**, 2025. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482216/. Acesso em: 10 set. 2024.

CARVALHO, G. A. et al. Utilização dos testes de função tireoidiana na prática clínica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia,** v. 57, n. 3, p. 193–204, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abem/a/JqTcnpnPXyQvhktfFkTS3Cx/#. Acesso em: 20 set. 2023.

CEBOLA, Joana Silva. Hipertiroidismo. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar,** v. 37, n. 1, p. 36-43, 2021. Disponível em: https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12548/pdf. Acesso em: 30 set. 2023.

DAVIES, Terry F. Pathogenesis of Hashimoto's thyroiditis (chronic autoimmune thyroiditis). **UpToDate**, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-hashimotos-thyroiditis-chronic-autoimmune-thyroiditis. Acesso em: 19 out. 2024

FARIDUDDIN, MM; SINGH, G. Thyroiditis..**StatPearls. Treasure Island (FL**), 2023. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555975/. Acesso em: 10 jun. 2024

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

FONSECA, C. W ; MELEK F. E. Fármacos de amplo uso na prática clínica que interagem com os hormônios tireoidianos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 12, n. 2, p. 92-96, 2014

FOX, TJ; ANASTASOPOULOU, C. Graves Orbitopathy. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL), 2023. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549889. Acesso em: 19 Jan. 2024.

FRANCO, J. S.; AMAYA-AMAYA, J.; ANAYA, J. M. Thyroid Autoimmunity: Role of Anti-thyroid Antibodies in Thyroid and Extra-Thyroidal Diseases. **Immunology,** 2017. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5422478/. Acesso em: 20 nov. 2024.

GOSI, S.; KUAR J; GARLA V V. Subclinical Hypothyroidism. **StatPearls:Treasure Island**, 2025. Disponível em: https://www-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/books/NBK536970/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt&_x_tr_pto=tc. Acesso em: 10 dez. 2024.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Orgs.) **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

KESSLER, M. et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 186–193, mar. 2019.

LANE, L. C.; WOOD, C. L.; CHEETHAM, T. Graves' disease: moving forwards. ***Epub***, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35831126/. Acesso em: 5 mar. 2024.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade,** v. 20, n. 4, p. 867–874, 2011.

MAIA, A. L., et al. Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento do hipertireoidismo: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 57, n. 3, p. 205–232, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abem/a/k5s3N3nf4gs8DxDsnPWBQ3r/#. Acesso em: 20 set. 2023.

MATHEW, P.; KAUR, J.; RAWLA, P. Hyperthyroidism. **StatPearls,** 2023. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537053/. Acesso em: 30 set. 2023.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família**. Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158–164, set. 2013.

PEARCE, E. N. Diagnosis and management of thyrotoxicosis. **BMJ,** 2006. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16763249/. Acesso em: 10 jul. 2024.

PONTES, A. A. N.; et al. Prevalência de Doenças da Tireoide em Uma Comunidade do Nordeste Brasileiro. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 46, n. 5, p. 544-548, out. 2002.

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58

ROSS, D. S. Disorders that cause hyperthyroidism. **UpToDate**, 10 jul. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/disorders-that-cause-hyperthyroidism. Acesso em: 7 mar. 2024.

ROMALDINI, J. H., et al. Disfunções mínimas da tireoide: hipotiroidismo subclínico e hipertiroidismo subclínico. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 48, n. 1, p. 147–158, fev. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abem/a/4vpxTNkxwcsT49XMfSqWtXm/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 set. 2023.

SELLERA, P. E. G.; et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1401–1412, abr. 2020.

SILVA, Anderson Soares da et al. Principais distúrbios tireoidianos e suas abordagens na atenção primária à saúde. **Revista da AMRIGS**, v. 55, n. 4, p. 380-388, 201.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VIEIRA, J. G. H. et al. Anticorpos anti-tiróide: aspectos metodológicos e importância diagnóstica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 47, n. 5, p. 612–621, out. 2003.

VILLAR, Lucio**. Endocrinologia Clínica.** 7. ed. Editora Guanabara Koogan, 2020.

Versão Final Homologada
06/03/2025 17:58