



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO CIENCIAS
DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

CURSO DE MEDICINA

**INTEGRALIDADE NO CUIDADO EM PACIENTE COM MÚLTIPLAS
COMORBIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.
RELATO DE CASO**

**CARLOS RODRIGO KRIVOROTOFF
DAVALOS**

Foz do Iguaçu
2022



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

CURSO DE MEDICINA

**INTEGRALIDADE NO CUIDADO EM PACIENTE COM MÚLTIPLAS
COMORBIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.
RELATO DE CASO**

**CARLOS RODRIGO KRIVOROTOFF
DAVALOS**

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.

Orientador: Profa. Dra. Rosana Alvarez Callejas

Foz do Iguaçu
2022

CARLOS RODRIGO KRIVOROTOFF DAVALOS

**INTEGRALIDADE NO CUIDADO EM PACIENTE COM MÚLTIPLAS
COMORBIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

RELATO DE CASO

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. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Prof. Dr. Bruno Costa Sicuro de Moraes
UNILA

Prof. Flavio Luiz Tavares
UNILA

Foz do Iguaçu, 28 de dezembro de 2022.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor: Carlos Rodrigo Krivorotoff Davalos

Curso: Medicina

	Tipo de Documento
<input checked="" type="checkbox"/> graduação	<input type="checkbox"/> artigo
<input type="checkbox"/> especialização	<input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso
<input type="checkbox"/> mestrado	<input type="checkbox"/> monografia
<input type="checkbox"/> doutorado	<input type="checkbox"/> dissertação
	<input type="checkbox"/> tese
	<input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais
	<input type="checkbox"/> _____

Título do trabalho acadêmico: Integralidade no Cuidado em Paciente com múltiplas comorbidades na Atenção Primária à Saúde: Relato de Caso.

Nome da orientadora: Rosana Alvarez Callejas

Data da Defesa: 28/12/2022

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor:

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, 28 de dezembro de 2022.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por deixar me viver esta grande oportunidade estando do lado meu lado durante este caminhar, e a minha família quem mediante eles consigo a força para resistir e prosseguir nos momentos mais difíceis.

*Seja resiliente, acredite na sua força, no seu
potencial, creia que é capaz e você será.*
Roger Stankewski

RESUMO

Na atenção primária existe uma alta demanda de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, com múltiplas comorbidades que aumentam o risco para desenvolver doenças que afetam o sistema cardiovascular. Estes pacientes precisam de um cuidado diferenciado e uma monitorização do estado de saúde, afim de evitar a presença e associação de várias doenças como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, e dislipidemias que aumentam o risco cardiovascular e são tratadas na maioria das vezes com várias medicações para o tratamento em conjunto de todas as comorbidades. Este trabalho tem como objetivo apresentar como a integralidade no cuidado de um paciente traz grandes resultados no que se refere a tratamento dentro da atenção primária, sendo acompanhada dentro da Unidade Básica de Saúde. Paciente sexo feminino de 60 anos, quem no momento do acolhimento percebeu-se níveis elevados de pressão arterial, com estado de ânimo ansiosa mesmo com utilização de medicação de forma regular. Durante a consulta medica foram feitas ajuste nas medicações, orientações gerais nos hábitos de vida, aconselhamento e solicitação de exames para controle das morbididades e rastreio de risco cardiovascular. Durante o processo e acompanhamento evidencia-se como a integralidade no cuidado do paciente é uma ferramenta muito útil dentro da atenção primária, o qual permite gerar planos e estratégias para o cuidado organizado do paciente, em todos os níveis de atenção, considerando o contexto social, familiar e cultural, para obter uma resposta eficaz e de menor prejuízo para a saúde.

Palavras-chave: Atenção primária; integralidade; doenças crônicas não transmissíveis; risco cardiovascular; morbididades.

RESUMEN

En atención primaria existe una alta demanda de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, con múltiples comorbilidades que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades que afectan al sistema cardiovascular. Estos pacientes necesitan atención diferenciada y seguimiento de su estado de salud, con el fin de evitar la presencia y asociación de diversas enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y dislipidemias que aumentan el riesgo cardiovascular y que en la mayoría de los casos son tratadas con diversos medicamentos para el tratamiento de todas las comorbilidades. El objetivo de este trabajo es presentar cómo la integralidad en el cuidado de un paciente trae grandes resultados en cuanto al tratamiento dentro de la atención primaria, siendo monitoreado dentro de la Unidad Básica de Salud. Paciente femenina de 60 años, quien al momento de la recepción notó niveles elevados de presión arterial, con estado anímico ansioso aún con el uso regular de medicamentos. Durante la consulta médica se realizaron ajustes en los medicamentos, orientaciones generales sobre hábitos de vida, consejos y solicitud de exámenes para control de morbilidades y del riesgo cardiovascular. Durante el proceso y seguimiento se evidencia cómo la integralidad en la atención al paciente es una herramienta de gran utilidad dentro de la atención primaria, que permite generar planes y estrategias para la atención organizada del paciente, en todos los niveles de atención, considerando el contexto social, familiar y cultural, para obtener una respuesta eficaz con menos daños a la salud.

Palabras llave: Atención primaria; integralidad; enfermedades crónicas no transmisibles; riesgo cardiovascular; morbilidades

ABSTRACT

In primary care, there is a high demand for patients with chronic non-communicable diseases, with multiple comorbidities that increase the risk of developing diseases that affect the cardiovascular system. These patients need differentiated care and monitoring of their health status, in order to avoid the presence and association of various diseases such as diabetes mellitus, systemic arterial hypertension, and dyslipidemias that increase cardiovascular risk and are most often treated with various medications. for the joint treatment of all comorbidities. The objective of this work is to present how integrality in the care of a patient brings great results in terms of treatment within primary care, being monitored within the Basic Health Unit. A 60-year-old female patient, who at the time of reception noticed high levels of blood pressure, with an anxious state of mind even with regular use of medication. During the medical consultation, adjustments were made to the medications, general guidelines on lifestyle habits, advice and request for exams to control morbidities and cardiovascular risk screening. During the process and follow-up, it becomes evident how integrality in patient care is a very useful tool within primary care, which allows the generation of plans and strategies for organized patient care, at all levels of care, considering the social context , family and cultural, to obtain an effective response with less damage to health.

Key words: Primary care; completeness; non-communicable chronic diseases; cardiovascular risk; morbidities.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS (OPCIONAL)

APS	Atenção Primária a Saúde
RAS	Redes de atenção à saúde
UBS	Unidade básica de Saúde
IAM	Infarto agudo de miocárdio
RCV	Risco cardiovascular
TSH	Hormônio tireoestimulante
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
DCV	Doença cardiovascular
DIU	Diuréticos
IECA	Inibidores da enzima conversora de angiotensina
BRA	Bloqueadores do receptor da angiotensina
BCC	Bloqueadores dos canais de cálcio
BB	Beta bloqueadores
PNS	Pesquisa nacional de saúde
DM	Diabetes mellitus
HDL	Lipoproteínas de alta densidade
LDL	Lipoproteína de baixa densidade
GnRH	Hormônio liberador gonadotrófica

SUMARIO

INTRODUÇÃO.....	12
RELATO DE CASO.....	13
DISCUSSÃO.....	15
CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS.....	21

INTRODUÇÃO

O aspecto multifatorial das comorbidades demanda o cuidado centrado na pessoa, já que cada pessoa é diferente e entende o processo de adoecimento de formas distintas, o conceito de multimorbidade ocorre na presença de duas ou mais doenças crônicas (AUGUSTO, 2018), e a melhor forma de abordá-los é em conjunto com a equipe multiprofissional, envolvendo a coordenação do cuidado, Longitudinalidade e integralidade, garantindo uma assistência que transcenda a prática curativa, atingindo todos os níveis de atenção do paciente.

A integralidade, um dos fundamentos da APS que deve ser viabilizado por meio de estratégias de integração horizontal (ações programáticas e demanda espontânea, ações de vigilância à saúde e assistenciais, trabalho multiprofissional e interdisciplinar e em equipe) e integração vertical entre os diversos níveis de atenção que compõem as RAS. (ALMEIDA, 2018)

O aspecto multifatorial das comorbidades demanda o cuidado centrado na pessoa, já que cada pessoa é diferente e entende o processo de adoecimento de formas distintas, o conceito de multimorbidade ocorre na presença de duas ou mais doenças crônicas (AUGUSTO, 2018), e a melhor forma de abordá-los é em conjunto com a equipe multiprofissional, envolvendo a coordenação do cuidado, Longitudinalidade e integralidade, garantindo uma assistência que transcenda a prática curativa, atingindo todos os níveis de atenção do paciente.

É trabalho da equipe de saúde da família entender as prioridades nas demandas do paciente, para assim coordenar o cuidado da saúde do paciente, elaborando um plano que ajude no processo terapêutico respeitando sempre a autonomia do paciente a fim de fortalecer o vínculo equipe-paciente.

O seguinte caso consiste em uma situação comum na prática clínica, paciente com múltiplas comorbidades associado a transtorno de ansiedade e elaboração de manutenção do plano terapêutico, sendo resolutivo nas demandas prioritárias da paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, parda, 60 anos, vem para a Unidade Básica de Saúde (UBS) para controle da pressão arterial e com queixa de falta de ar, sudorese fria e agitação nas pernas e braços. Em avaliação médica relatou estar sofrendo crise de ansiedade recorrentes, causadas pelo medo a sofrer um infarto, pois tem histórico familiar recente de IAM do irmão menor. Além disso está tratando hipertensão arterial, diabetes, hipotireoidismo e transtorno de ansiedade. Relata acordar todas as noites com episódios de medo intenso e palpitações.

As medicações de uso contínuo da paciente são: metformina 500mg, losartana potássica 50mg, sinvastatina 40mg, levotiroxina sódica 25mg, e fluoxetina 25mcg.

No momento o que mais a incomoda e acordar todas as noites com episódios de medo intenso e palpitações, nega tabagismo, uso de álcool, e alergia a medicações. Ao exame físico regular estado geral, corada, hidratada, eupneica e afebril, com PA de 160/100 mmHg, glicemia pós prandial de 90 mg/dl, FC de 97 bpm, saturando 98% em ar ambiente, aparelho cardiovascular e pulmonar sem alterações, membros inferiores sem edema.

Na avaliação foi constatada a crise de ansiedade generalizada e alteração da pressão arterial. Paciente com sobrepeso, histórico de tratamento de ansiedade e hipotireoidismo. O plano com a paciente foi encaminhar com a psicóloga, melhorar hábitos de vida, já seja atividade física, tempo de lazer e alimentação saudável assim como orientações nas medicações sobre as horas certas para o seu uso assim como solicitação de exames para avaliação de risco cardiovascular(RCV) e agendamento de consulta de retorno após 1 mês.

Na consulta de retorno após 1 mês a paciente relata ter consultado com a psicóloga onde falaram dos aspectos que desencadeavam as crises de ansiedade e que teve uma melhoria bastante significativa na vida dela assim como ter começado a fazer atividade física o qual segundo ela melhorou totalmente sua qualidade de vida, que se sente mais alegre, com mais vitalidade e onde a qualidade do sono teve uma grande melhorada.

Ao exame físico bom estado geral, corada e hidratada, eupneica e afebril, PA de 140/85 mmHg, glicemia pós prandial 121 mg/dl, o resto do exame físico sem alterações. Os resultados dos exames laboratoriais revelam glicose de 97,2 mg/dl (resultado anterior 115,8) colesterol total em 198,5 mg/dl (resultado anterior 224,6 mg/dl), colesterol HDL 50,90 mg/dl (resultado anterior 45 mg/dl) e colesterol LDL 91,62

mg/dl, triglicerídeos 279,90 mg/dl (resultado anterior 317 mg/dl), hemoglobina glicosilada de 6,4% (resultado anterior 7,0%), t4 livre de 0,76 ng/dl e TSH 4,09 UI/ml, creatinina 1,10mg/dl, o restante dos exames dentro dos parâmetros de normalidade.

Ao avaliar os resultados do exame laboratorial, foi possível constatar que os níveis de glicose e hemoglobina glicosilada estão dentro dos parâmetros desejados de uma paciente diabética, e as dislipidemias com um controle bom mas que poderia melhorar. O novo plano terapêutico com a paciente foi baixar manter toda a medicação igual, a levotiroxina sódica para dose mínima (0,25 mg), seguir com os hábitos de vida saudáveis assim como o acompanhamento com a psicóloga.

DISCUSSÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. (BRASIL, 2006)

Considerando o critério de hipertensão arterial como pressão sistólica >140mmHg e/ou pressão diastólica >90mmHg e/ou uso corrente de anti-hipertensivo, os estudos mostram taxas de prevalência em torno de 20%, sem distinção por sexo, mas com evidente tendência de aumento com a idade. Esses índices variam em função da população estudada, mas são semelhantes à prevalência encontrada em outros países da América Latina; são valores importantes para o planejamento de ações de Saúde Pública. A alta prevalência e aglomeração de fatores de risco para DCV entre hipertensos reforça a necessidade não só de aprimoramento do diagnóstico e tratamento da hipertensão, como também da abordagem integral do perfil de risco dessa população. (PASSOS, 2006)

Entre os fatores de risco para desenvolver HAS podemos encontrar que fatores genéticos influenciam em 30-50% para o aparecimento, idade, sexo, etnia, sobrepeso, ingestão de Sódio e Potássio, assim como a alimentação, tabagismo e uso de álcool. (BARROSO *et al.*, 2021).

A meta de tratamento é a manutenção da PA em valores menores a 140/90 mmHg, sendo optado a princípio pelas medidas não farmacológicas os quais incluem abandono do tabagismo, alimentação saudável e atividade física, ou combinada com fármacos anti-hipertensivos, dentre os grupos de medicamentos com esta ação podemos encontrar os Diuréticos (DIU), Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) e Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA), os quais são de excelente escolha para monoterapia em pacientes com HAS estágio I sem RCV, a combinação de vários fármacos ajuda no melhor controle da HAS independente do estágio, podendo ser associado vários grupos de medicamentos, além dos já citados encontramos os Bloqueadores dos Canais de Cálcio (BCC), alfa

bloqueadores e Betabloqueadores (BB), podendo ser de escolha em situações específicas, a recomendação para terapia com dois fármacos é associar um IECA ou BRA + BBC ou DIU, quando não ocorre o controle pode adicionar-se mais fármacos até lograr o alvo terapêutico (BARROSO *et al.*, 2021)

Conforme a avaliação inicial da paciente, constatou-se HAS no limite do estágio I, com uso de 1 medicação anti-hipertensiva, sendo losartana potássica 50mg que é um medicamento da classe dos antagonistas dos receptores da angiotensina, foi mantida a medicação assim como melhorar os hábitos alimentícios e uma alimentação saudável com retorno marcado após 1 mês, onde foi constatado uma melhoria na PA da paciente.

O diabetes mellitus é uma das doenças mundialmente mais prevalentes em adultos e está entre as principais causas de perda de anos de vida saudável, o que se agrava com o acelerado envelhecimento populacional no Brasil. Este estudo visa dimensionar o problema do diabetes mellitus e suas complicações e caracterizar a atenção à saúde do diabético no Brasil, segundo regiões. As prevalências foram estimadas a partir da triangulação entre a *Pesquisa Nacional de Saúde* (PNS), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e dados da Farmácia Popular. A prevalência de diabetes mellitus no Brasil foi de 9,2%, e a prevalência da PNS corrigida (autorreferida + alterada na hemoglobina glicosilada - HbA1c \geq 6,5) foi de 9,4%. (MUZY, 2021)

A Diabetes Mellitus, consiste em um distúrbio metabólico onde ocorre hiperglicemia persistente, decorrente da deficiência da insulina ou por resistência dos tecidos a sua função, a hiperglicemia predispõe a lesões micro e macrovasculares de órgãos alvos e de forma sistêmica, entre os principais fatores para desenvolver DM estão os fatores genéticos no qual ocorre uma deficiência da produção de insulina pela destruição das células β pancreáticas produtores de insulina, sendo classificada como DM tipo I, já os fatores ambientais como alimentação e sedentarismo, aumentam o consumo de carboidratos levando a uma resistência dos tecidos na captação e metabolização dos carboidratos permanecendo na corrente sanguínea, sendo a tipo II, onde ocorre uma resistência a ação da insulina (SBD, 2019).

As metas terapêuticas para DM correspondem na manutenção da hemoglobina glicada em valores menores de 7%, que mostra redução nas lesões microvasculares enquanto se mantem menor que este valor, para o tratamento da glicemia em valor inferior a 200 mg/dL pode ser utilizado fármacos que não promovam aumento da

secreção da insulina como a metformina, o qual diminui a produção hepática de glicose, aumenta a sensibilidade da insulina no fígado e no músculo, reduzindo assim a hemoglobina glicada sem risco de hipoglicemia, também ajuda na diminuição do LDL e triglicerídeos minimizando o RCV, nos pacientes com glicemia entre 200-299 mg/dL pode ser feita a combinação de fármacos associados a metformina, entre eles podem ser agentes que estimulam a secreção de insulina como a glibenclamida ou agentes que promovem a glicosúria excretando a glicose por meio da urina podendo ser desta classe canagliflozina e empagliflozina, os quais atuam inibindo a reabsorção de glicose nos túbulos proximais dos rins, entretanto os valores glicêmicos iguais ou maiores a 300 mg/dL, é recomendado a utilização de insulina de forma imediata e início de investigação etiológica (SBD, 2019).

Conforme os resultados dos exames laboratoriais foi possível concluir que a paciente previamente com diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, está em um bom controle, dentro da meta terapêutica proposta pela Sociedade Brasileira de Diabetologia, o que nos mostra que o plano terapêutico onde existe uma associação entre o hipoglicemiante oral (metformina 50mg) e atividade física adotada pela paciente e o adequado, diminuindo assim o risco cardiovascular.

As alterações dos lipídeos plasmáticos e suas lipoproteínas estão associadas à elevação do risco cardiovascular. Elevações do colesterol associado à lipoproteína de baixa densidade (LDLc) guardam estreita correlação com aumento do risco cardiovascular, independentemente da faixa etária. Embora a manifestação clínica dos eventos aterotrombóticos ocorra habitualmente após a quarta década de vida, a exposição prematura a um ambiente hiperlipidêmico pode levar à deposição lipídica na parede arterial já nas primeiras semanas após a concepção. Dados de autópsia revelam que LDLc alto e níveis reduzidos de colesterol associado à lipoproteína de alta densidade (HDLc) associam-se à aterosclerose coronariana em adolescentes e adultos jovens. (FARIA, 2016)

Os exames solicitados para avaliação do perfil lipídico consistem na dosagem do colesterol total o qual o valor normal é menor a 190 mg/dL, o HDL cujo valor normal deve ser maior a 40 mg/dL e dos triglicerídeos menor a 150 mg/dL, já o valor do LDL normal deve ser menor que 130 mg/dL, este parâmetro serve para classificação laboratorial da dislipidemia, sendo que a hipercolesterolemia isolada ocorre quando somente o LDL está igual ou acima de 160 mg/dL, hipertrigliceridemia isolada quando somente os triglicerídeos estão maior ou igual a 150 mg/dL, e quando ambos

encontram-se elevados é chamado de hiperlipidemia mista. As dislipidemias podem ser de etiologia primária onde existe um distúrbio lipídico genético, e as secundárias decorrentes do estilo de vida e alimentação inadequada, contribuindo para o processo da aterogênese. (SBC, 2017).

As metas terapêuticas para as dislipidemias correspondem níveis entre os valores de referência considerados normais.

Conforme os estudos realizados, o plano terapêutico está sendo adequado para a paciente já que a sinvastatina ajuda na redução da hiperlipidêmica mista segundo a SBC, assim como os hábitos alimentícios saudáveis e atividade física diária.

O hipotireoidismo definido por concentrações elevadas do TSH em face de níveis normais dos hormônios tireoidianos, tem elevada prevalência no Brasil, particularmente entre mulheres e idosos. Embora um número crescente de estudos venha associando o hipotireoidismo com maior risco de doença arterial coronariana e de mortalidade, não há ensaio clínico randomizado sobre o benefício do tratamento com levotiroxina na redução dos riscos e o tratamento permanece controverso. (SGARBI, 2013)

O hipotireoidismo tem sido definido bioquimicamente pela presença de níveis séricos elevados do hormônio estimulador da tireoide (TSH) em face de concentrações séricas normais dos hormônios tireoidianos. Estima-se que a prevalência na população geral seja em torno de 4% a 10%, sendo maior no sexo feminino, em idosos e inversamente proporcional ao conteúdo de iodo na dieta. (SGARBI, 2013)

Para o diagnóstico é feita a dosagem do TSH e do T4 livre, o TSH normalmente varia entre 0,38-5,33 $\mu\text{UI/mL}$ e T4 livre entre 0,54-1,24 ng/dL conforme valores de referência do laboratório, no hipotireoidismo primário os níveis de TSH estão elevados e T4 livre baixos, dando a entender que existe estímulo da hipófise, porém a tireoide não produz T3 e T4, já no hipotireoidismo secundário e terciário os níveis de TSH e T4 livre estão diminuídos, revelando que o problema pode estar na produção do TSH ou GnRH. O hipotireoidismo subclínico é diagnosticado quando ocorre aumento da produção de TSH e a T4 se mantém normal, revelando que existe uma evolução para o estágio clínico, o tratamento deve ser feito quando o TSH foi maior ou igual a 10 $\mu\text{UI/mL}$. O tratamento corresponde na reposição do T4 por meio da levotiroxina, o qual é transformada em T3 nas células do corpo, repondo assim a falta da produção

de hormônios tireoidianos, a dosagem de TSH e T4 devem ser feito em pelo menos 1 mês de intervalo para a conclusão diagnóstica e início do plano terapêutico. Pode ser solicitado a pesquisa do anticorpo TPO para diagnóstico da presença de hipotireoidismo primário (SBEM, 2013).

O paciente relatou que faz 2 anos que seu hipotireoidismo está sendo tratado com levotiroxina sódica 50mg, após a solicitação do T4 e TSH foi constatado que os hormônios tireoidianos da paciente está dentro dos parâmetros normais, o que nos levou a modificação do plano e diminuição da levotiroxina sódica para 25 mg diários para logo fazer o desmame completo da medicação.

CONCLUSÃO

O seguinte relato de caso traz para nós uma situação muito comum no dia a dia da atenção primária, paciente com múltiplas comorbidades que após o início do tratamento não faz o seguimento no tempo correto gerando algum descontrole nos parâmetros normais das doenças crônicas não transmissíveis gerando um aumento gradual do risco cardiovascular.

Cabe a equipe gerar planos e estratégias que facilitem o acesso como visitas domiciliares para agendamento de consulta de rotina, coordenando o cuidado da paciente de forma integral, uma assistência que contemple o indivíduo em todos os níveis de atenção para criar um vínculo com a paciente e sua família.

REFERENCIAS

1. ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 20 Fevereiro 2022], pp. 244-260. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>>. ISSN 2358-2898.
2. AUGUSTO, D. K. Curso de cuidado à pessoa com multimorbidade e polimedicamentos. NESCON - UFMG, Minas Gerais, 2018. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Material_Impresso-Cuidado_pessoa-com-multimorbidade_e_polimedicamentos.pdf. Acesso em: 18 Jan 2022.
3. BARROSO, W. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol*, Rio de Janeiro, v. 116(3), p. 516-658, 2021. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x44344.pdf. Acesso em: 25 jan 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado de pessoa com doença crônica. Caderno de Atenção Básica, nº35, Brasília, D/F, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 22 jan 2022.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, D/F, 22 Setembro 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 fev 2022.
7. BRASIL. Ministerio da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquerito telefonico. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis, Brasília, D/F, 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 18 fev 2022.
8. FARIA, José Rocha et al. ERICA: prevalence of dyslipidemia in Brazilian adolescents. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2016, v. 50. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006723>>.[Acessado 23 Fevereiro 2022].

9. MCLELLAN, Kátia Cristina Portero et al. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. *Revista de Nutrição* [online]. 2007, v. 20, n. 5, pp. 515-524. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-52732007000500007>> [Acessado 23 Fevereiro 2022].
10. MUZY, Jéssica et al. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 37, n. 5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00076120> Acessado 23 Fevereiro 2022]
11. PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacionalHypertension in Brazil: estimates from population-based prevalence studies. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília* , v. 15, n. 1, p. 35-45, mar. 2006 Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742006000100003&lng=pt&nrm=iso acessos em 20 fev. 2022.
12. SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Editora Científica Clannad, 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>. Acesso em: 15 fev 2022.
13. SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da diretriz Brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose - 2017. *Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Rio de Janeiro*, v. 109, n. 1, 2017. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.pdf. Acesso em: 18 jan 2022.
14. SBEM. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, São Paulo, v. 57, n. 3, 2013. Disponível em: https://www.endocrino.org.br/media/uploads/abem2013/abem_57-3.pdf. Acesso em: 19 fev 2022
15. SALSIMA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2882. [Acesso em 12/02/2022];
16. SGARBI, Jose A. 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. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia* [online]. 2013, v. 57, n. 3 [Acessado 23 Fevereiro 2022] , pp. 166-183. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-27302013000300003>>.