

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ATENDIMENTO EM TELESSAÚDE

PROJETO: Tratamento Diretamente Observado por Vídeo (VDOT)
MODALIDADE(S) DE ATENDIMENTO: Acolhimento por teleconsulta

1. DEFINIÇÃO

O projeto Teleconsulta do Tratamento Diretamente Observado para Tuberculose (VDOT) foi desenvolvido pelo Departamento de Vigilância em Saúde - DEVISA/SMS para intensificar a estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose. O projeto prevê a utilização de tecnologias de saúde digital para supervisionar o tratamento da tuberculose (TB) por profissionais de saúde da rede de Atenção Primária em Saúde de Campinas.

Em novembro de 2023 o Ministério da Saúde publicou nota informativa atualizando a definição do Tratamento Diretamente Observado no contexto da tecnologia de saúde digital, passando então a considerar a observação da tomada do medicamento por recursos digitais, tais como vídeo ou imagem síncrono e assíncrono, chamadas de voz ou mensagem de texto que contenha confirmação autorreferida da pessoa com TB sobre a tomada de medicamento.

A abordagem de tecnologia digital deve ser entendida como um suporte que permite flexibilidade e que se alinha com o cuidado centrado na pessoa. Nesse sentido, as intervenções digitais devem ser definidas com base na avaliação do indivíduo, considerando as suas necessidades, valores e preferências, os recursos e as condições da pessoa que irá utilizar a estratégia.

1. OBJETIVOS

- ✓ Facilitar a comunicação da pessoa em tratamento de tuberculose com a equipe do Centro de Saúde,
- ✓ Possibilitar o acompanhamento das doses supervisionadas pela VISA.
- ✓ Redução da necessidade de deslocamentos do paciente e profissionais para a supervisão diária das tomadas de medicação.

- ✓ Minimizar situações de exposição da pessoa em tratamento de tuberculose na comunidade.
- ✓ Possibilitar que o paciente mantenha sua rotina de vida habitual com menor impacto possível do tratamento em suas atividades de vida diária.
- ✓ Tornar o tratamento de tuberculose mais acessível e conveniente ao paciente.
- ✓ Contribuir para a otimização do tempo de trabalho das equipes de saúde.
- ✓ Possibilitar a identificação precoce do risco de abandono de tratamento por meio da supervisão diária das tomadas de medicação e contato diário com o usuário.
- ✓ Melhorar a adesão ao tratamento de tuberculose reduzindo taxas de abandono de tratamento no município.

2. INDICAÇÕES

Pessoa em tratamento de tuberculose, que após avaliação dos fatores e características individuais pela equipe do Centro de Saúde, atenda aos seguintes requisitos:

- ✓ Ter 18 anos de idade ou mais. Se criança, deve haver um responsável adulto que assume o compromisso de administração da medicação, mediante a assinatura do TERMO DE CONSENTIMENTO.
- ✓ Aceitar o diagnóstico e compreender a necessidade do tratamento.
- ✓ Estar em tratamento diretamente observado presencial por pelo menos duas semanas com 100% de comparecimento.
- ✓ Ser capaz de reconhecer o medicamento e de contar quantos comprimidos deve tomar.
- ✓ Demonstrar saber usar adequadamente o equipamento de vídeo e aplicativos.
- ✓ Ter acesso regular à conexão de internet.
- ✓ Pacientes com histórico de má adesão (abandonos anteriores).

3. CONTRAINDICAÇÕES

- ✓ Pacientes que façam uso abusivo de substâncias psicoativas;
- ✓ Portadores de transtorno mental que comprometam a função cognitiva;
- ✓ Portadores de tuberculose droga resistente.

ATENÇÃO!!! Considerando a possibilidade de MELHORA NA ADESÃO AO TRATAMENTO UTILIZANDO RECURSOS DIGITAIS, pacientes com histórico de má adesão (abandonos anteriores) poderão realizar o VDOT, mesmo possuindo as contraindicações aqui citadas.

4. EXECUTANTES

Qualquer profissional de saúde da Atenção Primária à Saúde que tenha acesso ao e-SUS PEC/APS e a Plataforma Saúde Digital.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

1. Sala de atendimento com computador;
2. Acesso estável de internet;
3. Equipamento/kit multimídia (Headset);
4. Profissionais adequadamente treinados na plataforma de Saúde Digital SUS Campinas;
5. Termo de consentimento assinado:
 - 5.1 Termo de consentimento do paciente maior de 18 anos ou menores de 18 anos;
6. Fichas de atendimentos necessárias:
 - 6.1 Ficha de cadastro para o VDOT;
 - 6.2 Ficha de cadastramento do VDOT - seguimento;
7. Planilha de controle de doses;

6. DESCRIÇÃO DOS PROCESSOS

1. Após ter concluído 2 semanas de TDO presencial convencional e a equipe avaliar que o paciente é elegível ao VDOT, um profissional conversa com o paciente sobre o VDOT e escuta sua opinião sobre essa modalidade de tratamento.
2. Simular uma tomada de medicação em atendimento de VDOT presencialmente e confirma que o paciente possui habilidade com meios digitais e que é capaz de realizar a videochamada e demonstrar a tomada da medicação e de forma autônoma.
3. Caso seja considerado apto e esteja de acordo com o VDOT o paciente ou responsável assina um termo de consentimento que inclui: requisitos para considerar como boa adesão, confidencialidade, data e hora da chamada, compromisso de comparecer às consultas e exames.
4. Acessar a plataforma de Saúde Digital, verificar se o paciente já possui cadastro na plataforma, se não, realizar o cadastro do paciente.
5. Abrir a área de atendimento do paciente e preencher a ficha **CADASTRO PARA VDOT(ESUS)**, registrando todos os combinados realizados com o paciente ou responsável.
6. Na data e horário agendados com o paciente ou responsável, entrar no aplicativo e convidar o paciente para a teleconsulta.
7. Caso o paciente atenda à chamada, o profissional deve abrir a ficha **SEGUIMENTO DO VDOT (ESUS)**.
8. Durante o atendimento da teleconsulta:
 - Verificar a fase do tratamento;
 - Confirmar a identidade do paciente;
 - Indagar se teve alguma reação aos medicamentos nos dias anteriores;
 - Pedir para o paciente:
 - Mostrar a cartela de medicamentos de modo que reconheça a medicação que contém;
 - Retirar os comprimidos do blister mostrando a quantidade de comprimidos em mãos;
 - Colocar os comprimidos na boca e beber 4 goles de líquido;
 - Abrir a boca após a ingestão dos comprimidos e mostrar que esses foram deglutidos;

9. Registrar o atendimento realizado no prontuário físico ou eletrônico e-SUS PEC/APS.
10. Registrar a dose supervisionada na planilha de controle de doses (papel ou planilha do Excel).
11. Após duas tentativas no mesmo dia de contato, sem atendimento nas duas chamadas, informar FALTA na plataforma de Saúde Digital.

7. QUANDO SERÁ CONSIDERADA FALTA NO VDOT:

- ✓ Caso paciente não atender a chamada na primeira tentativa - encaminhar mensagens para o paciente acordando que a próxima chamada após 30 minutos.
- ✓ Caso não atender a chamada novamente, considerar como “FALTA” na plataforma digital.
- ✓ Caso o paciente não atender a chamada por 3 dias consecutivos (considerando 2 chamadas por dia), é indicado o retorno do paciente para o TDO presencial.
- ✓ Em caso de insucesso no VDOT - assegurar esforços para concluir o tratamento de forma presencial;

8. OBSERVAÇÕES RELEVANTES

- ✓ Para assegurar a adesão e vínculo com o paciente, o profissional designado pela equipe de saúde para supervisionar o tratamento deve se organizar para realizar as chamadas em data e horário pactuado com o paciente, evitando atrasos.
- ✓ A equipe deve resguardar a privacidade das informações do paciente.
- ✓ Para que um tratamento seja considerado como diretamente observado a tomada da medicação deve ocorrer no mínimo 3 vezes por semana durante todo o tratamento (24 doses na fase intensiva e 48 doses na fase de manutenção).

- ✓ Ressalta-se que a modalidade VDOT é uma ferramenta adicional e não exclui a necessidade do seguimento clínico mensal com comparecimento em consultas médicas e de enfermagem e visitas domiciliares para acompanhamento do caso pela equipe de saúde.
- ✓ Casos que atendam parcialmente os critérios de inclusão ou situações omissas nesta nota técnica, deverão ser discutidos com as VISAs regionais, considerando as particularidades de cada caso

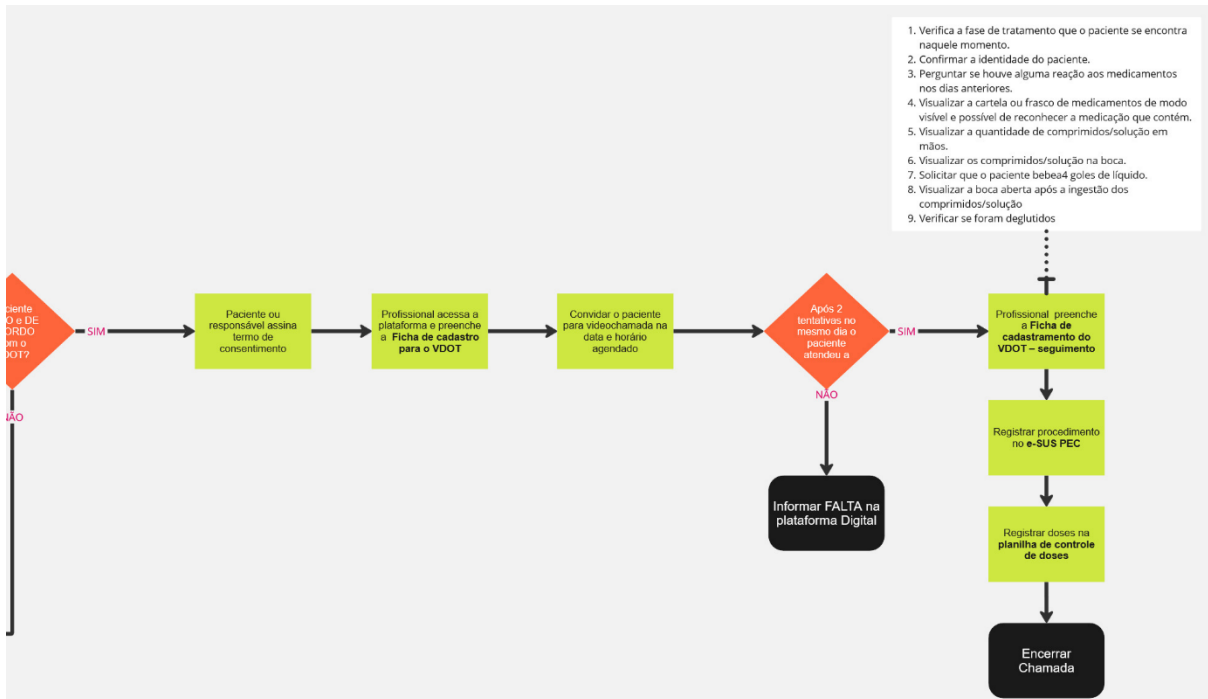
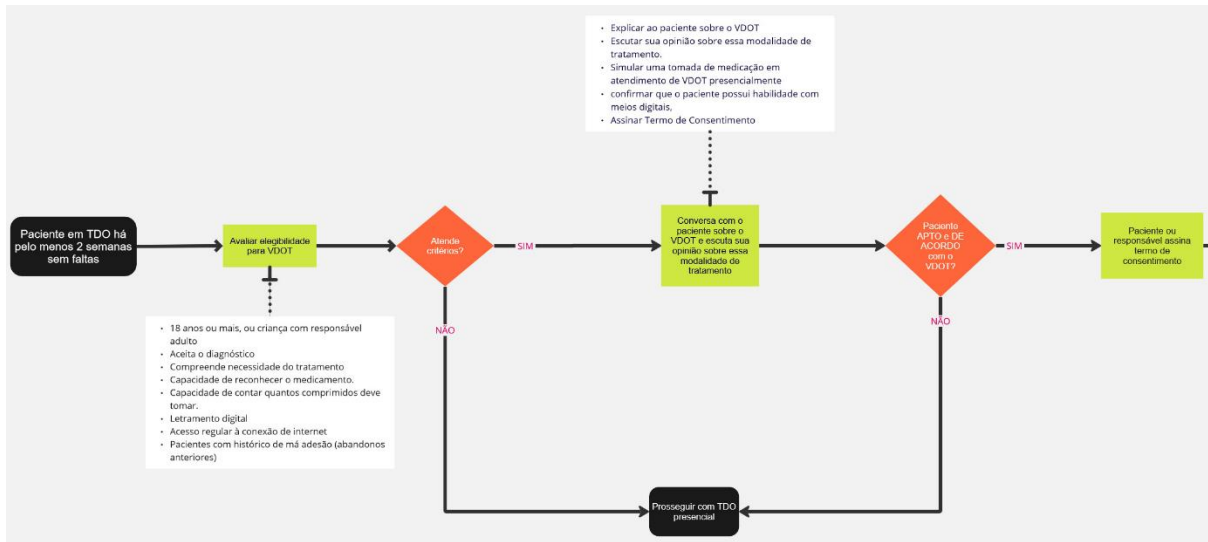
9. MOTIVOS PARA SUSPENSÃO DO VDOT E RETORNO AO TRATAMENTO

DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) CONVENCIONAL (PRESENCIAL):

- ✓ Qualquer mudança em algum dos critérios de inclusão ou surgimento de critério de exclusão.
- ✓ Paciente apresentou reação adversa aos medicamentos.
- ✓ Paciente relata não conseguir mais ter um local protegido e confiável para o momento do VDOT (questões familiares ou instabilidades tecnológicas).
- ✓ Não atende as chamadas do Centro de Saúde por 3 dias consecutivos (risco de abandono que demanda busca ativa presencial)
- ✓ Paciente não comparece às consultas e exames presenciais demonstrando outros sinais de má adesão.
- ✓ Paciente manifesta desejo de retornar ao TDO convencional.



10. FLUXOGRAMA ORIENTADOR





11. FORMULÁRIOS NECESSÁRIOS PARA ATENDIMENTO DO VDOT

11.1 FICHA DE CADASTRO PARA O VDOT

1. Número da notificação no SINAN:
2. Anexar termo de consentimento assinado
3. Forma clínica:
 TB pleural Empiema pleural tuberculoso TB ganglionar periférica
 TB meningoencefálica TB pericárdica TB óssea
4. Data de início de tratamento:
5. Data provável da alta:
6. O contato será realizado durante a semana nos dias: **(Deverá ser realizado no mínimo 3 vezes por semana)**
 Segunda-feira, horário:
 Terça-feira, horário:
 Quarta-feira, horário:
 Quinta-feira, horário:
 Sexta-feira, horário:
 Sábado, horário:

11.2 FICHA DE CADASTRAMENTO DO VDOT - SEGUIMENTO

1. Fase do tratamento do paciente:
 Fase intensiva
 Fase de manutenção
2. Realizado a confirmação do nome do paciente:
 Sim
 Não
3. Houve alguma reação adversa apresentada pelo paciente após o último contato?
 Sim **(SE RESPONDER SIM ABRIR AS POSSIBILIDADES DE RESPOSTAS)**
Se sim, Qual?
 Náusea Vômito Epigastralgia Sudorese Urina de cor avermelhada Outras
queixas: _____
 Não
4. Visualizado a cartela/solução correta do medicamento?
 Sim
 Não
5. A quantidade de medicação retirados da cartela/solução pelo paciente é a correta?
 Sim
 Não
6. Os comprimidos/solução foram deglutidos pelo paciente?



- () Sim
() Não

7. Confirma a realização do VDOT?

- () Sim
() Não

10.3 PLANILHA DE CONTROLE DE DOSES



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEVISA - DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



CENTRO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA
"Prof. Alexandre Vranjac"



DIVISÃO DE
TUBERCULOSE

CONTROLE DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO DE TUBERCULOSE

NOME:		IDADE:	FORMA CLÍNICA:
ENDEREÇO:		NÚMERO DO PRONTUÁRIO:	Nº DO SINAN:
ENDEREÇO DO TRABALHO:		INÍCIO DO TRATAMENTO:	DATA PROVÁVEL DA ALTA:
TELEFONE RESIDENCIAL:	TELEFONE COMERCIAL:	DATA DA ALTA:	MOTIVO:

MÊS	DIAS																															COMPARECIMENTO								
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	SU	SVD	A	N					

10.3 TERMO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE MAIOR DE 18 ANOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Vigilância em Saúde



**TERMO DE CONSENTIMENTO - TRATAMENTO DE TUBERCULOSE
DIRETAMENTE OBSERVADO POR VÍDEO - VDOT**

Eu, _____, nascido em _____,
CNS _____, inscrito no Centro de Saúde _____ residente e
domiciliado à _____ declaro ter sido devidamente
informado sobre a necessidade de realizar o tratamento de tuberculose sob supervisão de
profissional de saúde. Tenho conhecimento que posso realizar o tratamento de forma
presencial no Centro de Saúde ou realizá-lo na modalidade virtual, diretamente observado
por vídeo desde que atendidos os critérios avaliados pela equipe de saúde.

É de minha livre escolha iniciar o tratamento na modalidade virtual e comprometo-me a
atender as videochamadas da equipe nas datas e horários pactuados conforme abaixo,
bem como a comparecer em todas as consultas e exames agendados.

Tenho conhecimento que o tratamento recorrentemente interrompido ou abandonado pode
apresentar maior possibilidade de resistência bacteriana e diminuem minhas chances de
cura de tuberculose. Assim, estou ciente que a equipe de saúde pode suspender a
modalidade de tratamento diretamente observado por vídeo sempre que identificar alguma
dificuldade, risco de abandono ou outras implicações para o tratamento..

Data e horários do tratamento diretamente observado por vídeo:

Dias da semana:

- Segunda-feira
- Terça-feira
- Quarta-feira
- Quinta-feira
- Sexta-feira
- Sábado
- Domingo

Horário da videochamada: _____

Campinas, _____.

Assinatura: _____



10.3 TERMO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE MENOR DE 18 ANOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Vigilância em Saúde



**TERMO DE CONSENTIMENTO DE AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL (PARA
PACIENTES MENORES DE 18 ANOS) - TRATAMENTO DE TUBERCULOSE
DIRETAMENTE OBSERVADO POR VÍDEO - VDOT**

Eu, _____, responsável pelo menor _____ nascido em _____, CNS _____, inscrito no Centro de Saúde _____ residente e domiciliado à _____ declaro ter sido devidamente informado sobre a necessidade de realizar o tratamento de tuberculose sob supervisão de profissional de saúde. Tenho conhecimento que posso realizar o tratamento de forma presencial no Centro de Saúde ou realizá-lo na modalidade virtual, diretamente observado por vídeo desde que atendidos os critérios avaliados pela equipe de saúde.

É de minha livre escolha iniciar o tratamento na modalidade virtual e comprometo-me a atender as videochamadas da equipe nas datas e horários pactuados conforme abaixo, bem como a comparecer em todas as consultas e exames agendados.

Tenho conhecimento que o tratamento recorrentemente interrompido ou abandonado pode apresentar maior possibilidade de resistência bacteriana e diminuem minhas chances de cura de tuberculose. Assim, estou ciente que a equipe de saúde pode suspender a modalidade de tratamento diretamente observado por vídeo sempre que identificar alguma dificuldade, risco de abandono ou outras implicações para o tratamento..

Data e horários do tratamento diretamente observado por vídeo:

Dias da semana:

- Segunda-feira
- Terça-feira
- Quarta-feira
- Quinta-feira
- Sexta-feira
- Sábado
- Domingo

Horário da videochamada: _____

Campinas, _____.

Assinatura: _____



12. DADOS DE ELABORAÇÃO E REVISÃO

DATA	VERSÃO	ELABORADO OU REVISADO POR
01/04/2022	1	<u>Grupo Técnico de Tuberculose - CVADT</u> Clara Elisa Figueiredo Dias Christiane Ambrosio do Nascimento Erika Trovilho da Silva Marina Akemi Shinya Fuzita Miryam Mayumi Kubo Murakava Roberta Nery Rosana Maria Von Zuben Pacchi Yara Kikue Kawano
20/06/2023	2	Marina Akemi Shinya Fuzita Marina Massaro Christiane Ambrosio do Nascimento Kamila de Oliveira Belo
04/01/2024	3	Alice De Oliveira Jacomo Armbrust Christiane Ambrosio do Nascimento Kamila de Oliveira Belo
12/01/2024	3	Kamila de Oliveira Belo Marcia Muradas Talita Poliana Roveroni Moraes Rejane
29/01/2024	3	Alice De Oliveira Jacomo Armbrust Elda Aparecido Motta Kamila de Oliveira Belo

13. BIBLIOGRAFIA

PRACTICE GUIDELINES FOR VDOT. Minnesota Department of Health Tuberculosis Prevention and Control Program. Janeiro 2016.

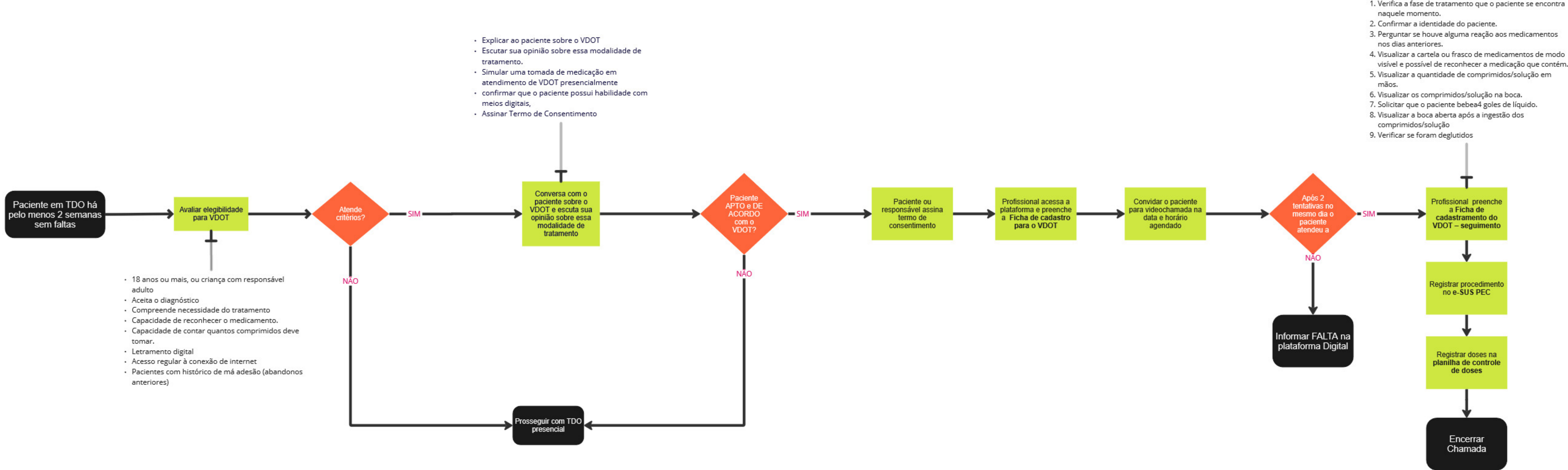
WHO Regional Office for Europe. Quick guide to video-supported treatment of tuberculosis. 2020.

Brasil, Ministério da Saúde. Nota informativa Nº 20/2023-CGTM/.DATHI/SVSA/MS. Atualização sobre a definição do Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose no contexto da tecnologia de saúde digital. Brasília, 2023.

Brasil, Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2ª edição, 2019

Brasil, Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 2019.

Brasil, Ministério da Saúde. Tratamento Diretamente Observado (TDO) de Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem. 2009.



TERMO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE MAIOR DE 18 ANOS TRATAMENTO DE TUBERCULOSE DIRETAMENTE OBSERVADO POR VÍDEO - VDOT

Eu, _____, nascido em _____
_____, CNS _____, inscrito no Centro de
Saúde _____ residente e domiciliado à
_____ declaro ter sido devidamente
informado sobre a necessidade de realizar o tratamento de tuberculose sob supervisão de
profissional de saúde. Tenho conhecimento que posso realizar o tratamento de forma
presencial no Centro de Saúde ou realizá-lo na modalidade virtual, diretamente observado
por vídeo desde que atendidos os critérios avaliados pela equipe de saúde.

É de minha livre escolha iniciar o tratamento na modalidade virtual e comprometo-me a
atender as videochamadas da equipe nas datas e horários pactuados conforme
abaixo, bem como a comparecer em todas as consultas e exames agendados.

Tenho conhecimento que o tratamento recorrentemente interrompido ou abandonado
pode apresentar maior possibilidade de resistência bacteriana e diminuem minhas
chances de cura de tuberculose. Assim, estou ciente que a equipe de saúde pode
suspender a modalidade de tratamento diretamente observado por vídeo sempre que
identificar alguma dificuldade, risco de abandono ou outras implicações para o
tratamento.

Data e horários do tratamento diretamente observado por vídeo:

- Segunda-feira, Horário: _____
- Terça-feira, Horário: _____
- Quarta-feira, Horário: _____
- Quinta-feira, Horário: _____
- Sexta-feira, Horário: _____
- Sábado, Horário: _____
- Domingo, Horário: _____

Campinas, dia ____/____/202__.

Assintaura: _____



**TERMO DE CONSENTIMENTO DE AUTORIZAÇÃO DO
RESPONSÁVEL (PARA PACIENTES MENORES DE 18 ANOS)**
TRATAMENTO DE TUBERCULOSE DIRETAMENTE OBSERVADO POR VÍDEO - VDOT

Eu, _____, responsável pelo menor
_____, nascido em _____
_____, CNS _____, inscrito
no Centro de Saúde _____, residente e
domiciliado à _____ declaro ter sido devidamente
informado sobre a necessidade de realizar o tratamento de tuberculose sob supervisão de
profissional de saúde. Tenho conhecimento que posso realizar o tratamento de forma
presencial no Centro de Saúde ou realizá-lo na modalidade virtual, diretamente observado
por vídeo desde que atendidos os critérios avaliados pela equipe de saúde.

É de minha livre escolha iniciar o tratamento na modalidade virtual e comprometo-me a
atender as videochamadas da equipe nas datas e horários pactuados conforme abaixo, bem
como a comparecer em todas as consultas e exames agendados.

Tenho conhecimento que o tratamento recorrentemente interrompido ou abandonado
pode apresentar maior possibilidade de resistência bacteriana e diminuem minhas chances
de cura de tuberculose. Assim, estou ciente que a equipe de saúde pode suspender a
modalidade de tratamento diretamente observado por vídeo sempre que identificar
alguma dificuldade, risco de abandono ou outras implicações para o tratamento.

Data e horários do tratamento diretamente observado por vídeo:

- Segunda-feira, Horário: _____
- Terça-feira, Horário: _____
- Quarta-feira, Horário: _____
- Quinta-feira, Horário: _____
- Sexta-feira, Horário: _____
- Sábado, Horário: _____
- Domingo, Horário: _____

Campinas, dia ____/____/202__.

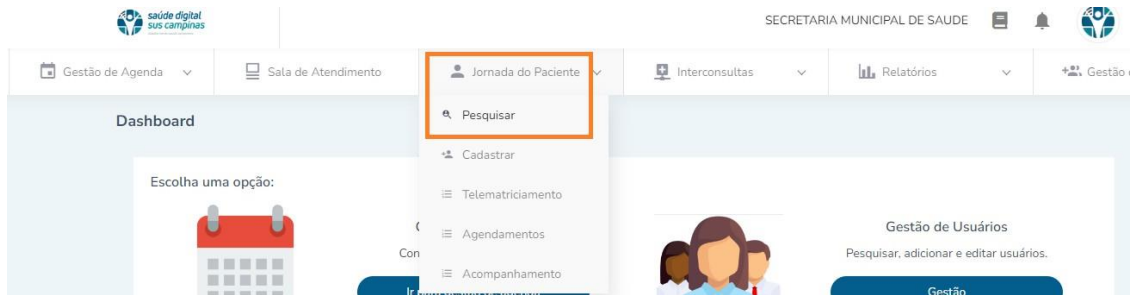
Assintaura: _____

COMO FAZER O VDOT NA PLATAFORMA SAÚDE DIGITAL SUS CAMPINAS

ATENDIMENTO EM TELESSAÚDE

1. Acessar plataforma do Saúde Digital

Clicar em **Jornada do paciente** --- **Pesquisa** : Procurar o paciente (nome, CPF, CNS, etc)



► Vamos começar pesquisando pelo(a) paciente, caso ele(a) já esteja cadastrado(a) ◀

Pesquisar Por:

CPF (e-SUS AB) x


Informe O CPF (Busca Na Base De Dados Do E-SUS AB)

Search

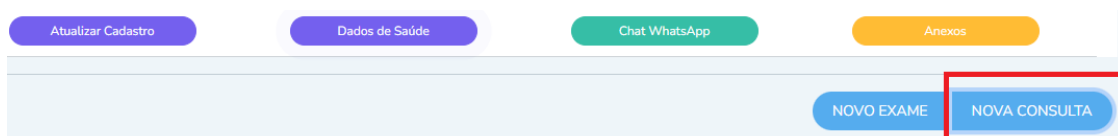
- CPF (e-SUS AB)
- NOME
- NOME SOCIAL
- TELEFONE/CELULAR
- CPF
- RG

Pesquisar

Localizado o paciente, entrar na função: “Acessar fichas”

Nome	CPF	DN	Funções
José João	xxxxxxx	01/01/2000	

Aberta a ficha do paciente clicar em **NOVA CONSULTA**





2. Para cadastro do paciente no VDOT:

Clicar

**CADASTRO PARA VDOT
(ESUS)**

Abre ficha abaixo das **Informações do paciente**.

Deseja disponibilizar as informações deste formulário para que fique visível ao paciente? **SIM**

> Disponibilizar informações para o paciente <

Deseja disponibilizar as informações deste formulário para que fique visível ao paciente?*

Não Sim

Preencher todos os campos solicitados com os dados do paciente:

NÚMERO DE NOTIFICAÇÃO NO SINAN

Registrar o SINAN do paciente

ANEXAR TERMO DE CONSENTIMENTO ASSINADO

upload da imagem

FORMA CLÍNICA

TB ÓSSEA TB PERICÁRDICA TB MENINGOENCEFÁLICA TB GANGLIONAR PERIFÉRICA

EMPIEMA PLEURAL
TUBERCULOSO TB PLEURAL

DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO*

Selecione o dia

DATA PROVÁVEL DA ALTA*

Selecione o dia **Data do final do tratamento proposto**

O CONTATO SERÁ REALIZADO DURANTE A SEMANA NOS DIAS:(DEVERÁ SER REALIZADO NO MÍNIMO 3 VEZES NA SEMANA)

SÁBADO SEXTA-FEIRA QUINTA-FEIRA QUARTA-FEIRA TERÇA-FEIRA SEGUNDA-FEIRA



> Procedimentos <

Procedimentos Realizados:

0301010250 - TELECONSULTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA x

> Hipótese diagnóstica <

Buscar CID:

TUBERCULOSE

Buscar

CID-10 (Seleccionados):

Procurar de acordo com a forma clínica do paciente

Buscar CIAP 2:

TUBERCULOSE

Buscar

CIAP 2:

A70 TUBERCULOSE x

CIAP 2 (Seleccionados):

A70 TUBERCULOSE:

> Conduta <

Orientações

Descreva *

VDOT

> Seguimento <

Solicitar interconsulta

Solicitar matriciamento

Reavaliação/Monitoramento

Encaminhamento para Especialidade

Encaminhamento para UPA/PS

Alta

Data Reavaliação

Selecione o dia

Tipo De Profissional?

Selecionar

Necessito apoio equipe de campo

COLOCAR DATA DO PRÓXIMO VDOT COMBINADO

* Um box Obrigatório

Observação: o registro desta data não gera agendamento automático. Para realizar o monitoramentoda sua unidade quanto aos atendimentos do VDOT sugere-se utilizar o recurso de **criação de agenda** na Plataforma e realizar os atendimentos de forma pré-agendada.

3. Demais atendimentos do VDOT para seguimento:

Em nova consulta, clicar em:

**SEGMENTO DO VDOT
(ESUS)**

Clicar em Teleconsulta:



Em **opções**, enviar convite ao paciente, pelo meio previamente combinado (Whatsapp, SMS)
Começada a videoconferência:

- Verificar a fase do tratamento;
- Confirmar a identidade do paciente;
- Indagar se teve alguma reação aos medicamentos nos dias anteriores;
- Pedir para o paciente:
 - Mostrar a cartela de medicamentos de modo que reconheça a medicação que contém;
 - Retirar os comprimidos do blister mostrando a quantidade de comprimidos em mãos;
 - Colocar os comprimidos na boca e beber 4 goles de líquido;
 - Abrir a boca após a ingestão dos comprimidos e mostrar que esses foram deglutidos.

Depois preencher a ficha de **Seguimento do VDOT(ESUS)**

Deseja disponibilizar as informações deste formulário para que fique visível ao paciente? **NÃO**

› Disponibilizar informações para o paciente ◀

Deseja disponibilizar as informações deste formulário para que fique visível ao paciente?*

Não Sim

Preencher todos os campos com informações sobre o paciente e seu tratamento:



FASE DO TRATAMENTO DO PACIENTE

FASE MANUTENÇÃO FASE INTENSIVA

REALIZADA A CONFIRMAÇÃO DO NOME DO PACIENTE

NÃO SIM

HOUVE ALGUMA REAÇÃO ADVERSA APRESENTADA PELO PACIENTE APÓS O ÚLTIMO CONTATO?

NÃO APRESENTOU REAÇÃO OUTRAS URINA DE COR
AVERMELHADA SUDORESE EPIGASTRALGIA
 VÔMITO NÁUSEA

SE VOCÊ ASSINALOU O CAMPO "OUTRAS" NA QUESTÃO ANTERIOR, DESCREVA A REAÇÃO.

VISUALIZOU A CARTELA/SOLUÇÃO CORRETA DO MEDICAMENTO?

NÃO SIM

A QUANTIDADE DE MEDICAÇÃO RETIRADA DA CARTELA/SOLUÇÃO PELO PACIENTE É A CORRETA?

NÃO SIM

OS COMPRIMIDOS/SOLUÇÃO FORAM DEGLUTIDOS PELO PACIENTE?

NÃO SIM

CONFIRMA A REALIZAÇÃO DO VDOT?

NÃO SIM

O ATENDIMENTO FOI REGISTRADO NO ESUS?

NÃO SIM



> Procedimentos <

Procedimentos Realizados:

0301010250 - TELECONSULTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA x

> Hipótese diagnóstica <

Buscar CID:

TUBERCULOSE

Buscar

CID-10 (Selecionados):

Procurar de acordo com a forma clínica do paciente

Buscar CIAP 2:

TUBERCULOSE

Buscar

CIAP2:

A70 TUBERCULOSE x

CIAP 2 (Selecionados):

A70 TUBERCULOSE:

> Conduta <

Orientações

Descreva *

VDOT

> Seguimento <

Solicitar interconsulta

Solicitar matriciamento

Reavaliação/Monitoramento

Data Reavaliação

Colocar data do próximo supervisionado combinado

Observação: o registro desta data não gera agendamento automático. Para realizar o monitoramentoda sua unidade quanto aos atendimentos do VDOT sugere-se utilizar o recurso de **criação de agenda** na Plataforma e realizar os atendimentos de forma pré-agendada.

Colocar **ALTA** somente no último atendimento, na alta do tratamento.



Atenção ao botão “Acessar e-SUS: Ao clicar nele abre o link do PEC

> E-SUS <

Acessar e-SUS

- Registrar no PEC a realização do VDOT, orientações dadas e qualquer intercorrência constatada, bem como as condutas tomadas.
- Caso não tenha qualquer problema, digitar no PEC: **Realizado VDOT sem intercorrências.**

FALTA NO VDOT:

- Caso paciente não atenda a chamada na primeira tentativa - encaminhar mensagem para o paciente acordando que a próxima chamada após 30 minutos.
- Caso não atender a chamada novamente, considerar como “FALTA” na plataforma digital.



- Caso o paciente não atender a chamada por 3 dias consecutivos (considerando 2 chamadas por dia), é indicado o retorno do paciente para o TDO presencial.
- Em caso de insucesso no VDOT - assegurar esforços para concluir o tratamento de forma presencial;

DADOS DE ELABORAÇÃO E REVISÃO

DATA	VERSÃO	ELABORADO OU REVISADO POR
29/01/2024	1	Alice De Oliveira Jacomo Armbrust Elda Aparecido Motta