

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN**  
**ESCOLA DE SAÚDE - ESUFRN**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA – SEDIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRECEPTORIA EM SAÚDE**

**PROJETO VISITA ESPECIAL**

**Ebert Mota de Aguiar**

**ARAGUAÍNA/TO**  
**2020**

**EBERT MOTA DE AGUIAR**

**Especialidade médica no contexto da preceptoría domiciliar como extensão acadêmica  
no município de Araguaína - TO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização de Preceptoría em  
Saúde, como requisito final para obtenção do  
título de Especialista em Preceptoría em Saúde.  
Orientador(a): Profa. Deisiane da Silva  
Mesquita

**ARAGUAÍNA/TO**

**2020**

## **RESUMO**

Um hospital escola deve promover a extensão acadêmica como uma ferramenta para o ensino de habilidades de comunicação, humanização e raciocínio clínico em ambiente real e em tempo real. Espera-se trabalhar a integração ensino e serviço em comunidade, criando uma ponte entre a Unidade Básica de Saúde – UBS do município de Araguaína -TO e o médico especialista do Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins em visita domiciliar. Com o plano de preceptoria espera-se um aprimoramento do cuidado da patologia específica com melhor evolução clínica de pacientes vulneráveis e valorização dos profissionais da atenção primária.

Palavras-chave: visitas com preceptor – Atenção à saúde – vulnerabilidade e saúde

## PLANO DE PRECEPTORIA

### 1 INTRODUÇÃO

Para Rodrigues e Figueiredo (1996) o princípio de que os seres humanos aprendem a partir de experiências do cotidiano, no qual se apresentam vários problemas que necessitam soluções, muitas vezes imediatas, foi a base do desenvolvimento do método “Aprendizagem Baseada em Problemas” (ABP, ou PBL do inglês *Problem Based Learning*). O aprendizado ocorre a partir da apresentação de problemas, reais ou simulados, a um grupo de alunos. Os alunos, para solucionar este problema, recorrem aos conhecimentos prévios, discutem, estudam, adquirem e integram os novos conhecimentos. Essa integração, aliada à aplicação prática, facilita a retenção do conhecimento, que pode ser mais facilmente resgatado, quando o estudante estiver diante de novos problemas.

Segundo Gurgel (1998), a vivência extensionista possibilita ao futuro profissional a experimentação e a intervenção na realidade, contribuindo para o desenvolvimento do seu processo de trabalho de maneira crítico-reflexiva, superando o conhecimento “bancário” da formação tradicional, valorizando a interdisciplinaridade, os aspectos humanísticos, além da efetivação de serviços de saúde resolutivos, voltados para as necessidades de saúde da população.

Para Hennington (2005), os programas de extensão podem ajudar na criação de um espaço diferenciado para novas experiências de qualificação da atenção à saúde, quando se integram à rede assistencial.

Macêdo *et al.* (2006) afirmam que espaços de construção do conhecimento e de reflexão sobre a realidade de vivências e desenvolvimento de atitudes proporcionam oportunidades de atuar na saúde de forma crítica e de se relacionar com os usuários, ao tempo em que produzem o compromisso social, em suas diversas dimensões, e fortalecem o SUS. Segundo Cornetta *et al.* (2018) esse é um contraponto que muitas vezes encontramos no Hospital Universitário, com um ambiente recortado de práticas fechadas que podem induzir à especialização precoce e acarretar visão distorcida da rede de serviços de atenção à saúde, gerando apreensão desfocada da realidade das necessidades da população.

Como relata Carrer (2016) a atenção primária em saúde - APS é considerada uma estratégia fundamental para aumentar a efetividade e resolutividade dos serviços, constituindo referência no cenário mundial para reduzir as iniquidades existentes no setor saúde. Para Viacava (2012) a efetividade é o grau em que determinada intervenção ou tecnologia traz benefícios aos indivíduos de uma população; na APS, a efetividade se refere à atenção capaz de prevenir doenças ou controlar episódios agudos decorrentes de condições crônicas. Para Bulgareli (2014) a resolutividade é a capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade social e biológica, norteadas pelos seguintes atributos: a) acesso; b) longitudinalidade; c) integralidade; e d) coordenação.

Freire & Pichelli (2013) descrevem que no Brasil, a visita domiciliar - VD aparece como uma atividade realizada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) pelos profissionais das equipes de atenção primária, chamadas de Estratégia Saúde da Família (ESF), e mais recentemente pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que fazem a retaguarda especializada para as equipes de atenção primária. Porém, Neves et al. (2012) argumentam que a prática de visita domiciliar nem sempre é reconhecida como legítima pelos profissionais que a praticam, às vezes sendo considerada algo do improvisado.

Ao optar-se por trabalhar com uma compreensão mais abrangente do conceito de saúde, que possui como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, saneamento, etc.), o meio socioeconômico e cultural (ocupação, renda, educação, etc.), os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.) e o acesso aos serviços que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde, podemos inferir qual ou quais situações não permitem uma estabilidade ou recuperação plena do doente quando o mesmo retorna do centro especializado para a sua origem de referência (Ministério da Saúde, 1990).

Para os autores Souza (2004) e Rehem (2005) a visita domiciliar constitui um dos instrumentos mais indicados na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, sua família e comunidade. Ela deve ser conduzida no bojo de um processo racional, orientada por objetivos definidos e pautados nos princípios da eficiência, com a finalidade de favorecer o restabelecimento da independência e a preservação da autonomia do usuário.

Para Médici (2001) a prática do setor saúde é muito mais rica e diversificada que o mundo dos Hospitais Universitários (HU's). Portanto, ainda que deva existir uma interação entre ensino e prática em saúde, é mais adequado conduzir o ensino em saúde pela prática do que proceder o caminho inverso, que é o traçado pelos HU's.

Médici (2001) acredita ainda que integrar os hospitais universitários em redes de referência e contra referência pode ser muito difícil, particularmente quando se leva em conta os interesses das corporações médicas universitárias em manter a desvinculação entre as funções do hospital e as reais demandas por saúde, com base em argumentos científicos e acadêmicos.

Os pacientes que adentram os consultórios do Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins (HDT-UFT) encaminhados da atenção primária em saúde para avaliação de um médico especialista, chegam com angústias, receios e desesperança, pois muitas vezes o estigma da doença, já chegou a sua casa e família. É neste ambiente especial chamado "casa", que a educação em saúde começa a ser formada e é conhecendo a origem do paciente e de sua família, bem como seu *habit*, suas crenças, medos e condições que queremos torná-los mais especiais através do projeto "Visita especial".

## **2 OBJETIVO**

Promover a extensão acadêmica como uma ferramenta para o ensino de habilidades de comunicação, humanização e raciocínio clínico utilizando metodologias de ensino em ambiente real e em tempo real com preceptor médico especialista.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Plano de intervenção conjunta entre Hospital Universitário (HU) na figura do preceptor assistente e especialista, Universidade na figura do discente e atenção primária na figura da equipe de saúde da família (UBS).

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO / PÚBLICO-ALVO / EQUIPE EXECUTORA

Integração ensino e serviço em comunidade, envolvendo as Unidades Básicas de Saúde – UBS do município de Araguaína -TO e um Hospital escola, da rede de atenção à saúde especializada, aqui denominada, Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins, instalada no mesmo município.

### 3.3 ELEMENTOS DO PLANO DE PRECEPTORIA

Uma vez ao mês o preceptor médico especialista ou equipe assistencial do hospital indicará um paciente vulnerável <sup>1</sup> referenciado da atenção primária ao serviço secundário especializado em doenças infectocontagiosas para que o mesmo seja visitado em sua casa. Ocasionalmente, o responsável pela atenção primária (UBS), também poderá sugerir algum paciente desde que dentro do perfil estabelecido pelo projeto “visita especial” e devendo expor os motivos por escrito da necessidade específica.

A motivação para a escolha do paciente vulnerável se dará especificamente pela natureza da patologia do escolhido, tais como gravidade e cronicidade e/ou por outros indícios de vulnerabilidade que tenha levado o paciente a : visitas frequentes aos serviços ambulatoriais especializado ou plantão hospitalar após contra referência; dificuldades de aderência ao tratamento e/ou as recomendações dos profissionais de saúde, ou ainda simplesmente por motivos sociais que possam estar interferindo ou possam vir a interferir no controle da patologia específica e comorbidades se presentes.

Os pacientes escolhidos deverão ser de diferentes regiões comunitárias, procurando abranger um maior número de UBS`s, contribuindo assim, para uma maior difusão do matriciamento e conseqüentemente agregando conhecimento das condições sociais tanto por parte do preceptor quanto dos alunos.

---

<sup>1</sup> A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada.

A equipe de saúde durante a visita do projeto “ **visita especial** ” deverá ser composta pelo médico preceptor do hospital de referência e pela equipe da UBS composta por pelo menos um enfermeiro (a) e o agente comunitário de saúde da região, podendo estar presente ainda, quaisquer profissional do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF <sup>2</sup>, como forma de apoio e matriciamento.

O grupo de alunos escolhidos para o projeto “**visita especial**” deverá ser o mesmo durante 5 meses no ano, com um intervalo de 30 dias sem visitas (período de recesso), perfazendo assim onze visitas no total do ano por duas equipes de alunos diferentes. Por se tratar de visita domiciliar, havendo, portanto, restrição de espaço, o número de alunos de graduação a serem escolhidos deverão ser de no máximo quatro e mais um aluno de pós-graduação (residente de saúde da família e comunidade). Dependendo da patologia do paciente vulnerável e comorbidades existentes, poderá ser convidado para a visita mais profissionais (Terapeuta ocupacional, Fisioterapeuta, Educador físico, cirurgião dentista, psicólogo etc.), promovendo ainda mais a interdisciplinaridade e interprofissionalidade.

Andrade (2014) validou o instrumento de anotação das informações básicas dos pacientes na visita domiciliar, ficha B-VD (ANEXO I), para o acompanhamento das visitas domiciliares- VD das equipes de saúde da família da Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Aracaju, estado de Sergipe, Brasil. Após a implantação do projeto e finalizado seu primeiro ano, poderá ser proposto modificações na ficha de acompanhamento.

A escolha dos alunos para o semestre deverá ser por entrevista com o preceptor da especialidade e com o chefe da residência em saúde da família e comunidade, visando não o conhecimento técnico científico, mas a disposição de participar efetivamente do projeto podendo se inscrever alunos do primeiro ao último período do curso.

---

<sup>2</sup> Um Nasf deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família.



### 3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

#### 3.4.1 Ganho e importância do projeto:

1 Matriciamento<sup>3</sup> dos profissionais da atenção primária visando a integralidade do cuidado, além de aprimorar as linhas de cuidado;

2 Diversificar cenários de aprendizagem junto à comunidade, interligando as diferentes tecnologias “duras e leves”;

3 Ampliação de campo de estágio observando a capacidade dos alunos/residentes de demonstrarem: conhecimento, competência, performance e ação (Pirâmide de Miller, 1990)

4 Otimização do tratamento do paciente através da melhor compreensão do processo saúde-doença pela equipe de saúde;

5 Fortalecimento através da prática de conceitos tais como: empatia; humanização; interdisciplinaridade, interprofissionalidade; projeto terapêutico singular<sup>4</sup>, acolhimento, compartilhamento de responsabilidades; clínica ampliada<sup>5</sup>, dentre outros.

6 Incorporação eventual de um especialista dentro da Estratégia de Saúde da Família.

#### 3.4.2 Como fragilidades a proposta do plano de preceptoria temos:

Não adesão dos pacientes;

Não adesão dos acadêmicos por desinteresse a proposta;

Indisponibilidade da equipe da atenção primária pelo gestor municipal;

Indisponibilidade do médico assistente especialista pelo gestor hospitalar

---

<sup>3</sup> Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

<sup>4</sup> O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas.

<sup>5</sup> Clínica ampliada é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação

de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado.

### 3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Cronograma da visita:

- 1 – Após a definição e consentimento do paciente a ser visitado a equipe do hospital referenciado entrará em contato com a equipe da UBS para agendar o dia e horário da visita;
- 2 – Com a data da visita definida, haverá um encontro dos alunos com o preceptor para que ele faça uma explanação do problema do paciente (Problematização). Nesta ocasião se definirá o deslocamento que poderá ser em condução própria e/ou disponibilizada pelo município. Neste momento os alunos serão convidados a estudar a patologia do paciente para que tenham um conhecimento teórico da fisiopatologia da doença, prevenção, orientações e possibilidades terapêuticas (Teorização).
- 3 – No dia da visita os alunos serão convidados a trabalhar as percepções de multidisciplinaridade, empatia, acolhimento, compartilhamento de responsabilidades, ações preventivas e determinantes do processo saúde-doença dentro daquele ambiente.
- 4 – Fazer anotações na ficha de Visita Domiciliar validada pelos profissionais das equipes de saúde do município de Aracaju, Sergipe.
- 5- Ao final da visita mostrar ao paciente e familiares a importância do ambiente e orientações dadas dentro do contexto saúde-doença, pois a educação em saúde começa com as orientações de higiene básicas, boa alimentação, defesa imunológica com as vacinas, dentre outras.
- 6 – Posteriormente à visita os alunos deverão propor um Projeto Terapêutico Singular - PTS para o paciente sob a supervisão dos preceptores que deverá ser entregue ao paciente via UBS em até 20 dias após a visita, contendo todas as informações preventivas e terapêuticas para melhor controle da doença.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com essa proposta de ações integradas entre 3 entes públicos, Hospital Escola, Universidade e Atenção primária pretendemos:

- Implementar visitas domiciliares médicas especializadas, em pacientes de difícil manejo, vulneráveis e portadores de doenças tropicais negligenciadas;
- Diminuir a frequência de encaminhamentos de pacientes da atenção primária em casos semelhantes através do matriciamento *in locu* com discussão de caso e implantação de projeto terapêutico singular;
- Difundir entre alunos do curso de medicina e residentes as atividades extraclasse como meio factível de conhecimento teórico na prática;
- Valorizar a atenção primária e os profissionais da estratégia de saúde da família perante a comunidade.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. M *et al.* Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 23(1):165-175, jan-mar 2014. doi: 10.5123/S1679-49742014000100016

BRASIL. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: 2011. 236 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2009. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27)

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Ano: 2011. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf). Acesso em: 20 de set. de 2019.

BULGARELI J, CORTELLAZZI KL, AMBROSANO GMB, MENEGIN MC, FARIA ET, MIALHE FL, et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Apr 11];19(2):383-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00383.pdf> . Acesso em: 15 de nov. de 2019.

CARRER A, TOSO BRGO, Guimarães ATB, CONTERNO JR, MINOSSO KC. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2016 [cited 2018 Apr 11];21(9):2849-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2849.pdf> Acesso em: 18 de out. de 2019.

CLÍNICA AMPLIADA. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Dicas em saúde. <http://www.saude.gov.br/humanizasus>. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Março /2010

CORNETTA, M. C. Ambiente Hospitalar: ensino na prática. unidade 2 - o ensino e as atividades práticas no hospital escola, aula 3 - os projetos de extensão e a humanização do cuidado: suas vantagens na aquisição de habilidades no ambiente hospitalar. Curso de especialização em preceptoría em saúde- UFRN (2018)

DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS- Adotada por aclamação em 19 de outubro de 2005 pela 33a. Sessão da Conferência Geral da UNESCO

FREIRE, F. M., & PICHELLI, A. A. W. S. (2013). O psicólogo apoiador matricial: Percepções e práticas na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33, 162-173. doi:10.1590/S1414-98932013000100013

- GURGEL, R. M. Extensão universitária: comunicação ou domesticação. São Paulo: Cortez, 1998.
- HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cad Saude Publica*, v. 21, n. 1, p. 256-265, 2005
- MACÊDO, M. C. S. et al. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesq, Abrasco, 2006. p. 229-250.
- MEDICI, A.C HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: passado, presente e futuro. *Rev Ass Med Brasil* 2001; 47(2): 149-56
- MILLER GE. The assessment of clinical skills/ competence/performance. *Acad Med*. 1990;65(9 suppl):S63–S67
- NEVES, R., DIMENSTEIN, M., PAULON, S., NARDI, H., BRAVO, O, BRITO V., ... FIGUEIRÓ, R. (2012). A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2), 356-368.
- REHEM TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Cienc Saude Coletiva*. 2005 julset;10(supl): 231-42.
- RODRIGUES MLV, FIGUEREDO JFC. Aprendizado centrado em problemas. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 1996; 29:396-402
- SOUZA CR, LOPES SCF, BARBOSA MAA. Contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. *Rev UFG [Internet]*. 2004 dez [citado 2010 nov 11];6(n esp). Disponível em: [http:// www.proec.ufg.br](http://www.proec.ufg.br)
- VIACAVAL F, UGÁ MAD, PORTO S, LANGUARDIA J, MOREIRA RS. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2012 [cited 2018 Apr 9];17(4):921-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a14.pdf> Acesso em: 18 de out. de 2019.

## ANEXO I

Figura 1 – Ficha B-Visita Domiciliar validada pelos profissionais das equipes de Saúde da Família do município de Aracaju, Sergipe, 2011

FICHA B - VD		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA											ANO _____		
MUNICÍPIO ____/____/____		SEGMENTO ____		UNIDADE ____/____/____				ÁREA ____/____			PASTA FAMILIA ____/____/____/____				
ACOMPANHAMENTO DA VISITA DOMICILIAR PELA EQUIPE															
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO		JAN		MESES											
				JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
NOME	CONDIÇÃO DO USUÁRIO	1. RN/PUERPERA 2. ACAMADO 3. DIF LOCOMOÇÃO 4. HA 5. DIA 6. OUTRAS													
	VÍNCULO FAMILIAR	1. BOA 2. REGULAR 3. INSATISFATORIA													
	CONDIÇÕES HIGIÊNICAS	1. BOA 2. REGULAR 3. INSATISFATORIA													
	CUIDADOR	1. FAMILIAR 2. AMIGO 3. OUTRO													
	SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA	1. < 1 SALÁRIO 2. 1 a 3 SALÁRIOS 3. > de 3 SALÁRIOS													
	ENDEREÇO	AUTONOMIA PARA AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA		1. SIM 2. PARCIAL 3. NÃO											
	SEXO	FAZ DIETA		1. SIM 2. NÃO 3. NÃO SE APLICA											
	IDADE	USA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO		1. SIM 2. NÃO 3. TDO 4. NÃO SE APLICA											
		APRESENTA SITUAÇÃO DE RISCO		1. SIM 2. NÃO											
		NECESSITA DE MATERIAIS ESPECIAIS		1. SONDAS 2. FRALDAS 3. COLCHÃO CASCA DE OVO 4. CADEIRA DE RODAS 5. OUTROS											
	EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA SABE COMO PROCEDER		1. SIM 2. NÃO												
ASSINATURA DO VISITADOR															
CONDUITA PÓS-VISITA															

Ficha adaptada do instrumento de VD elaborado por Machado, 2010.

OBSERVAÇÕES: Preencher corretamente os campos utilizando a numeração referente à resposta obtida.

RN – Recém-Nascido HA – Hipertensão Arterial DIA – Diabético DF Locomoção – Dificuldade de locomoção por amputação, deficiência osteoarticulares, etc.

OUTRAS: Hanseníase, Tuberculose, Transtorno Mental, Deficiência, Dislipidemia, Câncer etc.

TDO – Tratamento Diretamente Observado