

### **Instrução normativa Melhor em Casa – Contrato de Gestão**

O ciclo completo da Assistência Hospitalar não se esgota, exclusivamente, na atenção dispensada aos pacientes durante o período de internação intra-hospitalar propriamente dita. O sucesso terapêutico depende obviamente, da possibilidade concreta de adotar-se a sequência de cuidados que devem ser observados após a alta hospitalar. Para isso, é fundamental que os pacientes egressos - e de acordo com suas reais necessidades – possam ser acompanhados e apoiados por equipes multiprofissionais, capazes de dispensar os cuidados de saúde apropriados, mesmo em ambiente domiciliar.

As mudanças ocorridas no perfil epidemiológico e demográfico populacional têm impulsionado a Saúde Pública repensar o modelo assistencial, de modo que seja possível, além de garantir o direito à saúde, lidar de forma mais eficiente e eficaz com as necessidades desses usuários.

A transição epidemiológica e demográfica é traduzida pelo aumento da população idosa, conseqüentemente com aumento da prevalência das doenças crônico- degenerativas que absorve recursos consideráveis por parte desta população, chegando a ocupar 50% dos leitos hospitalares em alguns países, com tempo de permanência duas vezes maior que os demais grupos etários.

A Rede Hospitalar Pública mantém-se sob pressão de demanda há muitos anos, traduzindo-se na prática por longas filas de espera, principalmente para os procedimentos eletivos. A limitação de recursos disponíveis, o alto índice de permanência nos leitos hospitalares, tanto clínicos como cirúrgicos concorrem para o acúmulo da demanda reprimida, retardando o atendimento e na maioria dos casos, tornando-os mais complexos e, portanto de maior custo.

Soma-se também que, a queda do poder aquisitivo da nossa população está promovendo a migração do atendimento privado para o setor público, sobrecarregando-o progressivamente.

O Melhor em Casa no município de São Paulo tem entre seus principais eixos atuar exatamente na “desospitalização”, tanto na fase pré-hospitalar como pós-hospitalar – aumentando concomitantemente a capacidade de internação por leito, otimizando os leitos gerais. Segundo Portarias MS 2527 de outubro de 2011 e 963 de 27 de maio de 2013 a “**Atenção Domiciliar (AD)** constitui-se como modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas no domicílio, com garantia de continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL,2011)<sup>1</sup>

Configura-se como atividade a ser realizada pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e na atenção básica pelas equipes de atenção básica e para atender pessoas incapacitadas ou com dificuldade de locomoção.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar volume 1.p.10  
[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad\\_vol1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf)

A atenção domiciliar visa proporcionar ao paciente um cuidado contextualizado a sua cultura, rotina e dinâmica familiar, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções. Além disso, potencializa uma melhor gestão dos leitos hospitalares e o uso mais adequado dos recursos, como também serve de "porta de saída" para a rede de urgência/emergência, diminuindo a superlotação nesses serviços, sendo, assim, um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Os Serviços de Atenção Domiciliar (**SAD**) do Programa Melhor em Casa compõem a Rede de Atenção à Saúde e devem estar integrados mediante o estabelecimento de fluxos assistenciais, protocolos clínicos e de acesso, e mecanismos de regulação, em uma relação solidária e complementar.

A equipe multidisciplinar de atenção domiciliar (EMAD) deverá ser referência para uma população de 100 mil habitantes, com base no local de residência do usuário, e poderá estar alocada nos diversos tipos de estabelecimentos de atenção à saúde (tais como hospitais, Unidades de Pronto-Atendimento - UPA, Unidades Básicas de Saúde - UBS), necessitando estar vinculada administrativamente ao SAD, não devendo haver superposições de EMAD em uma mesma base territorial ou populacional. É facultada a organização do SAD a partir de arranjos diferenciados compostos por EMAD responsáveis pelo cuidado de pacientes com características específicas, podendo-se, nesses casos, adscrever usuários de uma base territorial mais ampla do que 100 mil habitantes. A equipe multiprofissional de apoio -EMAP será responsável por uma população de 100.000 a 300.000 habitantes, irá dar suporte e complementar as ações de saúde domiciliar para até 3 EMADs, quando solicitado pela EMAD de sua referência (Art. 14. Todos os Municípios com 1 (uma) EMAD implantada poderão implantar 1 (uma) EMAP, sendo possível a implantação de mais 1 (uma) EMAP a cada 3 (três) EMAD a mais implantadas).

Consulte: [Portaria GM/MS nº 963 de 27 de maio de 2013](#) e o [Manual Instrutivo do Melhor em Casa](#)

#### **Público beneficiário:**

Usuários moradores do território de abrangência/influência das Unidades de Saúde das respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde da cidade de São Paulo, de todas as idades, sexo, admitidos segundo os critérios de elegibilidade estabelecidos no Melhor em Casa.

#### **Modalidades da Atenção Domiciliar:**

A Atenção Domiciliar está organizada em três modalidades definida a partir da complexidade dos cuidados aos usuários. Assim sendo:

AD 1: destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde com visita mensal pela equipe de estratégia da saúde família (**ESF**);

AD2: destina-se aos usuários com quadro clínico agudo ou crônico agudizado, que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de

diferentes serviços da rede de atenção realizada pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e pela Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) com visitas semanais;

AD3: destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e **uso de equipamentos**, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. “A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade.”

### **Serviços:**

As modalidades AD 2 e AD 3 de Atenção Domiciliar contarão com a estrutura e os serviços previstos nos hospitais municipais da cidade de São Paulo para referência mediata de pacientes oriundos da internação hospitalar, do pronto socorro, hospital dia, UBS, ESF, procura espontânea, demandas judiciais, sistema regulatório vigente, entre outras portas de entradas.

A prestação de assistência à saúde nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade (Art. 30 - Portaria 963 de 27/05/13).

As equipes EMAD e EMAP poderão servir de apoio para as Unidades de Saúde do território.

**As equipes EMAD\_EMAP deverão ser organizadas no formato de cuidado horizontal (diarista) de segunda a sexta-feira, com jornada de 12 (doze) horas/dia de funcionamento, e garantir o cuidado à saúde nos finais de semana e feriados, podendo utilizar nesses casos o regime de plantão, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde** (Art.17- Portaria 963 de 27/05/2013).

As admissões para as modalidades AD 2 e AD 3 poderão ser demandadas de qualquer equipamento de saúde, procura espontânea, processos judiciais diversos, sistema regulatório vigente, entre outras, desde que o paciente seja morador no território de abrangência/influência da unidade de saúde (sede do SAD).

Os pacientes não residentes no território de abrangência/influência da unidade de saúde com equipes do SAD, em alta hospitalar e elegíveis ao atendimento domiciliar deverão ser contra referenciados às EMADs de suas respectivas residências, através de mecanismos de acessos regulatórios existentes SIGA-Agenda local- vaga de Retorno.

O SAMU deve estar envolvido para a retaguarda de remoção urgência/emergência para o Hospital.

É necessário que haja plena integração dos serviços existentes na área de abrangência do território dos SADs.

A unidade se compromete a manter o registro atualizado dos profissionais das EMADs no CNES, bem como proceder processamento das informações no sistema eSUSAB (Estratégia SUS Atenção Básica), SIA\_ BPA das atividades do Programa, eSUSAB, SIGA e/ou outros em vigor SMS/MS.

Cabe ao setor de informações da unidade providenciar o cadastramento das equipes (EMAD/EMAP) no SCNES, encaminhando o arquivo ao Gerência de PROCESSAMENTO SMS.G que providenciará a oficialização junto ao MS\_SUS.

### **Recursos necessários:**

#### **1. Recursos Humanos:**

A EMAD terá a seguinte composição mínima:

I - EMAD Tipo 1:

a) profissionais médicos, com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho \* ***perfil do profissional - preferencialmente médico saúde da família e comunidade ou médico generalista em vista de garantir o atendimento nos diversos ciclos de vida.***

b) profissionais enfermeiros, com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho;

c) profissional fisioterapeuta e/ou assistente social, com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e

d) - auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho; e

II - A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo, cuja soma das CHS dos seus componentes acumularão, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho:

I - assistente social; II - fisioterapeuta; III - fonoaudiólogo; IV - nutricionista; V - odontólogo; VI - psicólogo; VII - farmacêutico; e VIII - terapeuta ocupacional.

Parágrafo único. Nenhum profissional componente da EMAP poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

#### **2. Recursos – Materiais e Apoio Logístico**

2.1 Transporte: EMAD - 03 veículos comum com motoristas

EMAP- 01 veículo comum com motoristas

\*Os veículos necessariamente deverão ser identificados com o logo oficial do Programa ( aguardar arquivo via SMS)

2.2. Equipamento Hospitalar: Locação de equipamentos para os pacientes (cama hospitalar, cadeira de rodas, etc).

2.3. Material médico hospitalar: fornecimento de insumos, medicamentos, dietas enterais, gases medicinais, etc.

\* dietas enterais fornecer para o período de 30 a 90 dias pós alta hospitalar ( enquanto aguarda a tramitação do processo e dispensação junto a Secretaria Estado da Saúde).

\* gases medicinais- seguir protocolos vigentes na SMS, exceto em casos especiais.

2.4. Estrutura Física: Providenciar espaço físico e mobiliário necessário para as equipes EMAD e EMAP.

- As EMADs e EMAPs serão responsáveis pelas modalidades de atenção domiciliar AD2 e AD3, a modalidade AD1 deverá ser contrarreferenciadas nas UBS/ESF.

## 2. Metas dos Indicadores/Produção do Melhor em Casa

- ♦ Atenção Domiciliar- AD2\_AD3 deverão assistir em média de 60 a 90 pacientes/mês,
- ♦ Tempo médio de permanência (TMP) estimada de 30 a 90 dias, salvo em situações específicas onde o TMP poderá ser ampliado, com a respectiva justificativa técnica.
- ♦ Sinistralidade: Taxa 98%
- ♦ Taxa de desospitalização: 12% dos pacientes assistidos pelas EMADs- SAD Melhor em Casa deverão ser oriundos de alta hospitalar.

Fonte: RAAS e outros instrumentos de coleta oficial em vigor (SMS/MS).

### 3.1 Metas de Produção do Programa Melhor em Casa no Município de São Paulo

Produção mínima de atendimentos domiciliares EMAD

Categoria	Carga Horária Semanal	Nº mínimo visitas/dia profissional	Meta VD mínima mensal	Atividade por profissional	
				Visita horas/semanal	**Administrativas horas/semanal
*Médico	40 horas	05 a 06	100 a 120	30	10
*Enfermeiro	40 horas	05 a 06	100 a 120	30	10
Fisioterapia	30 horas	04	80	20	10
Assistente Social	30 horas	Em aberto	Em aberto	Em aberto	Em aberto
Técnico de Enfermagem	120 horas	05	320	80	40

\*A carga horária do médico e enfermeiro para fins de contratação poderá ser ajustada para 20 horas semanais desde que respeitada a carga horária de 40 horas semanal.

\*\*Atividade Administrativa = reunião de equipe, relatórios, grupos (cuidador), supervisão/educação em serviço, cursos.

Produção mínima de atendimentos domiciliares EMAP

Categoria	Carga Horária Semanal	Nº mínimo visitas dia profissional	Meta VD mínima mensal	Atividade por profissional	
				Visita horas/semanal	**Administrativa horas/semanal
Fisioterapia ou Assistente Social	30 horas	04	80	0	10 horas
Fonoaudiologia	30 horas	Em aberto	Em aberto	10	20
Psicologia	30 horas	04	80	20	10
Nutricionista	30 horas	04	80	20	10
Odontologia	30 horas	04	80	20	10
Farmacêutico	30 horas	Em aberto	Em aberto	Em aberto	Em aberto

Obs: Os parâmetros mínimos por categoria poderão ser reajustados.

#### 4. Programação de Atendimento:

- ◆ AD2\_AD 3 - Recursos Humanos: Visita semanal pela EMAD\_ EMAP segundo o PTS

Médico**	Visita segundo PTS
Enfermeira	Visita segundo PTS
Auxiliar/Técnico enferm.	Visita segundo PTS
Fisioterapeuta	Visita segundo PTS
Nutricionista	Visita segundo PTS
Assistente social	Visita segundo PTS
Fonoaudiólogo	Visita segundo PTS
Psicólogo	Visita segundo PTS
Outros	Visita segundo PTS

\*\* perfil do profissional médico - preferencialmente médico saúde da família e comunidade ou médico generalista em vista de garantir o atendimento nos diversos ciclos de vida.

\*todos pacientes assistidos deverão receber no mínimo uma visita semanal

\* Além do previsto nas Diretrizes Técnicas do Melhor em Casa (anexo I), nas duas modalidades, AD 2 e AD 3, a programação de visitas poderá variar de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) construído para cada caso, obedecendo os preceitos éticos profissionais inerentes à função.

#### 5. Monitoramento:

A produção/sistematização/análise de informações é fundamental para avaliação da gestão do cuidado e para isso serão adotados indicadores:

##### Indicadores de acompanhamento e avaliação- SMS/MS

Indicador	Tipo	Descrição	Método de Cálculo	Fonte
1. Taxa de desospitalização	Resultado	Número de pacientes em AD egressos de internação hospitalar para continuidade ou conclusão do cuidado no domicílio	$N^{\circ}$ de pacientes em AD egressos de hospital/ $N^{\circ}$ total de pacientes em AD x 100	eSUSAB ou outro oficial de SMS/MS
2. Taxa de alta em AD	Resultado	Número de pacientes em AD que tiveram alta <b>OBS 2: Por tipo de alta (administrativa ou clínica)</b>	$N^{\circ}$ de pacientes em AD que tiveram alta/ $N^{\circ}$ total de pacientes em AD	eSUSAB (SIA) ou outro oficial de SMS/MS
3. Sinistralidade	Resultado	Taxa percentual entre o valor pago pela prefeitura - SMS à Organização Social de Saúde para atendimento domiciliar e os valores gastos com a utilização do contrato de gestão no atendimento domiciliar, tais	$S = DA/R$ onde S = sinistralidade, DA= despesas assistenciais e R = Receita	Planilha de despesa conforme tabela- "anexo I" (plano de trabalho) – Coordenação financeiro orçamentário

		como consultas, insumos e exames		
<b>4. Média de pacientes em AD</b>	Processo	Número médio de pacientes em AD	Nº de pacientes em AD/Nº total de EMAD	eSUSAB, BPA ou outro oficial de SMS/MS
<b>5. Média de atendimentos em AD por equipe</b>	Processo	Número médio de atendimentos domiciliares realizados	Nº total de atendimentos domiciliares realizados/Nº total de EMAD	eSUSAB, BPA ou outro oficial de SMS/MS
<b>6. Média de tempo de permanência de pacientes em AD</b>	Processo	Tempo médio de permanência do paciente em AD	Somatório do tempo de permanência de todos os pacientes em AD na competência/Nº de pacientes em AD na mesma competência*	eSUSAB ou outro oficial de SMS/MS
<b>7. Proporção de pacientes em AD por agravo/condição</b> Ex: 1) Cuidados paliativos; b) Oxigenoterapia; c) Feridas crônicas; d) DM complicada; etc.	Processo	Número de pacientes em AD por agravo/situação	Nº de pacientes em AD por agravo ou condição/Nº total de pacientes em AD	eSUSAB ou outro oficial de SMS/MS

## 6. AVALIAÇÃO:

Cabe ao gestor do SAD do Melhor em Casa enviar à Equipe do Melhor em Casa - Atenção Básica/SMS.G os relatórios definidos:

1. Produtividade por Equipe (planilha produção/relação de pacientes- anexo II) - **mensal**
2. Metas do Programa Melhor em Casa no Município de São Paulo- capacidade produtiva/profissional- **mensal.**

*\*Outros indicadores de desempenho das EMADs\_EMAPs poderão ser solicitados progressivamente, de acordo com a evolução do Melhor em Casa*

## Anexo I

### 1 Tabela- Indicador Financeiro da Atenção Domiciliar<sup>2</sup>

Indicador Financeiro da Atenção Domiciliar	Quantidade	Valor unitário	Despesa Mensal (R\$)
<b>A- Despesas com pessoal na atenção domiciliar</b>			
Equipe de gestão da atenção domiciliar (nível central)			
<b>Equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (EMAD)</b>			
Médico			
Enfermeiro			
Fisioterapeuta			
Assistente Social			
Técnico de Enfermagem			
Auxiliar de Enfermagem			
<b>Equipe multidisciplinares de apoio (EMAP)</b>			
Fisioterapeuta			
Assistente Social			
Psicólogo			
Nutricionista			
Fonoaudiólogo			
Odontólogo			
Farmacêutico			
Terapeuta ocupacional			
<b>Equipe de apoio (motorista, assistente administrativo)</b>			
Outros gastos com pessoal na atenção domiciliar			
<b>B- Despesas com insumos ,medicamentos, dietas e gases medicinais</b>			
<b>C- Despesas com e equipamentos ( locação de cama , cadeira de rodas, etc)</b>			
<b>C- Despesas com serviços de diagnóstico e terapia</b>			
<b>D- Transporte (veículo ou veículo com motorista)</b>			
<b>Outras despesas correntes na atenção domiciliar gráfica e material de escritório, material de limpeza)</b>			
<b>Total de despesas correntes na atenção domiciliar (A+B+C+D)</b>			
<b>E- Total de despesas de capital na atenção domiciliar</b>			
<b>F- Total de despesas na atenção domiciliar (D+E)</b>			

**Despesa A** - corresponde aos profissionais atuantes na EMAD e EMAP. Outros gastos com pessoal na atenção domiciliar, se refere a outro profissional não contemplado na lista de profissionais

**Despesa B** - corresponde a toda despesa com insumos (material de consumo diários e medicamento) e equipamentos alugados

**Despesa C** - corresponde a toda despesa com exames e serviços complementares para desenvolvimento das ações. Podendo utilizar como base de valores a tabela SUS ou valor pago da contrapartida do município

**Despesa D** - corresponde a toda despesa gerada com transporte dos profissionais, incluindo aluguel de carro com combustível.

**Despesa E** - corresponde às despesas de capital, cujo valor seja significativo e com duração superior a um ano, adquirido para os serviços de atenção domiciliar.

<sup>2</sup> Fonte: Caderno de Atenção Domiciliar –Vol.1 MS-Brasília- DF-2012 [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad\\_vol1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf)



**Anexo II- dados estatísticos (arquivo disponibilizado em Excel)**

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE- PROGRAMA MELHOR EM CASA  
DADOS ESTATÍSTICOS

**ANO 2014**

planilha jan/14

UNIDADE: \_\_\_\_\_ EMAD - \_\_\_\_\_

POSSUI EMAP ( ) ?

Nº PACIENTES		jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14	jul/14	ago/14	set/14	out/14	nov/14	dez/14
NÚMERO DE PACIENTES CADASTRADOS ( total de pacientes atendidos no Programa)													
ENTRADAS (procedência de enfermarias- preenchimento somente para EMAD hospitalar)	NOVOS	CLÍNICA MÉDICA											
		CLÍNICA CIRÚRGICA											
		PEDIATRIA											
		UTI											
		PS/UPA											
		READMISSÃO											
		EMAD- outras Unidades (UBS ou Hospital)											
		UBS / ESF											
		OUTROS HOSPITAIS (Estado)											
		Demandas internas SMS (ouvidoria, gestor, etc)											
Demandas judiciais													
<b>TOTAL ENTRADA</b>		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total de pacientes atendidos mês (soma= total entradas+total remanescentes)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
REMANESCENTES													
Nº PACIENTES MÊS ANTERIOR (remanescentes)													
Nº PACIENTES MÊS ATUAL		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SAÍDAS	ALTA clínica												
	Alta a pedido												
	Alta administrativa												
	Alta por transferência domicílio												
	Reinternação hospitalar												
	Internação hospitalar												
	ÓBITOS												
<b>TOTAL SAÍDA</b>		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
INFORMAÇÕES DIVERSAS		jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14	jul/14	ago/14	set/14	out/14	nov/14	dez/14
entrevista para admissão													
interconsultas ( avaliação para admissão)													
orientações à família via fone													
orientações à família pessoalmente na unidade													
VISITAS DOMICILIARES		jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14	jul/14	ago/14	set/14	out/14	nov/14	dez/14
médico													
enfermeira													
tec/aux. enfermagem													
nutricionista													
fisioterapeuta													
assistente social													
fonoaudiólogo													
odontólogo													
psicólogo													
farmacêutico													
terapeuta ocupacional													
outros													
<b>TOTAL VISITAS DOMICILIARES</b>		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
visita domiciliar improdutiva (* especificar o motivo "nota no rodapé" )													
MONITORAMENTO PACIENTES		jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14	jul/14	ago/14	set/14	out/14	nov/14	dez/14
paciente c/sonda vesical													
	intermitente												
	demora												
paciente c/ cistostomia													
paciente c/ sonda nasoenteral													
paciente c/gastrostomia													
paciente c/traqueostomia													
paciente c/curativos													
pacientes c/Oxigênio													
pacientes em uso de fraldas													
pacientes com uripem													
pacientes com UPP não infectado													
pacientes c/infeção domiciliar													
	urinária												
	respiratória												
	UPP												
	digestiva												
	tegumentar												
Equipamentos:	L	E	P										
Locado (L)	x												
Emprestado (E)													
Próprio (P)													
	camã hospitalar												
	cadeira de rodas												
	cadeira higiênica												
	aspirador												
	outros ( especificar)												
PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM		jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14	jul/14	ago/14	set/14	out/14	nov/14	dez/14
Aplicação de injetáveis													
nº exames laboratoriais ( coletas)													
troca de sonda vesical													
troca de sonda nasoenteral													
troca de cânula traqueostomia													
curativos realizados													
glicemia capilar													
aferição sinais vitais													
aspiração de secreção													
dieta enteral													
outros (especificar) vacina anti influenza													
EQUIPE		jan/13	fev/13	mar/13	abr/13	mai/13	jun/13	jul/13	ago/13	set/13	out/13	nov/13	dez/13
nº médicos													
nº enfermeiras													
nº aux.enf.													
nº fisioterapeuta													
nº nutricionista													
nº assist. social													
fonoaudiólogo													
odontólogo													
psicólogo													
farmacêutico													
terapeuta ocupacional													
nº ATAs													
outros ( especificar)													

