

DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA DE PRESSÃO COMO INDICADOR SENTINELA PARA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR PRESTADA AO PACIENTE ACAMADO: UM PAPEL DA AUDITORIA DE QUALIDADE

LUDIMILA FORECHI¹, ANA CLÁUDIA SILVA CARNEIRO²

¹Fisioterapeuta pelo Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC em 2006; Mestre em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal do Espírito Santo – UFES em 2011; Doutora em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal do Espírito Santo – UFES em 2015.

²Enfermeira pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM em 2007; Especialista em Enfermagem do trabalho pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM em 2009.

1. RESUMO

Este artigo objetiva avaliar a qualidade das práticas assistenciais ao paciente acamado realizadas por uma empresa terceirizada a uma operadora de saúde da região da grande Vitória-ES, por meio do desenvolvimento de úlcera de pressão como um indicador sentinela. Métodos: relato de experiência feito após implementação do serviço de auditoria de uma operadora de saúde suplementar do tipo medicina de grupo. A amostra foi composta de 20 pacientes acamados, em internação domiciliar, que receberam atendimento por uma equipe multidisciplinar pelo período entre dezembro de 2014 e 2015. Resultados: A amostra era composta em sua maior parte por indivíduos com idade abaixo de 30 anos, do sexo masculino, com tempo de internação de até 3 anos e diagnóstico de doença por causa genética ou neurológica. Nove beneficiários necessitaram da presença do técnico de enfermagem acrescentada na equipe assistencial básica. Apesar de esses pacientes requererem maiores cuidados em relação a seu estado de saúde, nenhum desenvolveu úlcera de pressão durante o período de acompanhamento. Em contrapartida, em 3 pacientes em que o serviço oferecido não era ampliado devido a menor complexidade, houve aparecimento de úlceras de pressão. Conclusão: Apesar da implementação do Projeto de Internação Domiciliar ter resultados satisfatórios, medidas educacionais constantes dos familiares/cuidadores devem ser providenciadas para evitar a ocorrência de úlceras de decúbito em paciente acamados que não recebe atendimento de profissionais de saúde por 24 horas.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Auditoria; Úlcera de pressão.

PRESSURE ULCER DEVELOPMENT AS AN INDICATOR SENTINEL FOR ASSESSING HOUSEHOLD ASSISTANCE PROVIDED TO PATIENT BEDRIDDEN: A ROLE OF QUALITY AUDIT

2. ABSTRACT

To evaluate the quality of care practices to bedridden patients conducted by outsourcing company to health operator of Vitória-ES region, through pressure ulcer development as a sentinel indicator. Methods: experience report made after implementation of the audit department of a health insurance provider type group medicine. The sample consisted of 20 bedridden patients in home care, receiving care by a multidisciplinary team for the period between December 2014 and 2015. Results: The sample was composed mostly by people aged under 30 years, male, with hospitalization time up to three years and diagnosis of disease by genetic or neurological cause. Nine beneficiaries required of nursing technician added presence in primary care team. Although these patients require greater care in relation to their health, none developed pressure ulcer during the monitoring period. However, in 3 patients where the offered service was not enhanced due to reduced complexity, there was occurrence of pressure ulcer. Conclusion: Despite the implementation of Home Care Project have satisfactory results, constant educational measures of family/caregivers should be provided to prevent the occurrence of bedsores in bedridden patients who do not receive health care professionals for 24 hours.

Keywords: Household assistance; Audit; Pressure ulcer.

3. INTRODUÇÃO

Na última década, a competitividade cada vez mais acirrada, somada às exigências crescentes dos mercados globalizados e das necessidades da sociedade, provocou uma reavaliação sobre as formas de trabalho adotadas, requerendo a adoção de novos métodos de inserção tecnológica em diversos setores, inclusive na saúde. Somado a isso, as profundas transformações no cenário econômico, político e social, despertaram o interesse mundial e, também, brasileiro relativo à gestão da qualidade.

A normalização e a padronização é a base para o sistema de gestão da qualidade. Para verificar se uma empresa está dentro dos padrões estabelecidos pelas normas, devem ser feitas auditorias. A auditoria garante a qualidade porque ajuda no aprimoramento dos controles internos e externos, permite a detecção de fraudes e aprimora o desenvolvimento de processos e de pessoas. Enfim, é um serviço que contribui enormemente para o desenvolvimento de uma empresa.

Existem quatro tipos de auditoria: a concorrente, a analítica, a retrospectiva e a de qualidade. Todas contribuem de forma diferente para a gestão da qualidade de uma empresa. Nesse estudo, abordaremos a auditoria de qualidade através de uma visão retrospectiva da atenção à saúde cuja finalidade será avaliar as boas práticas assistenciais realizadas por uma empresa terceirizada de internação domiciliar, a uma operadora de saúde da região da grande Vitória-ES, por meio de um indicador sentinela de resultado.

O serviço de assistência domiciliar oferecido pela empresa terceirizada foi contratado em 2004, mas a instalação da auditoria pela operadora de saúde ocorreu somente em 2014. Dessa forma, torna-se necessário avaliar se o serviço realizado pela empresa terceirizada está sendo satisfatório, bem como, se o processo de auditoria montado pela operadora está adequado ou precisa ser reprogramado.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é avaliar as boas práticas do serviço de internação domiciliar através de um indicador sentinela de resultado - o desenvolvimento de úlcera de decúbito - em pacientes acamados.

Avaliar esse processo é importante porque o serviço da auditoria serve como ferramenta de controle, proporcionando um perfil de informações sobre o comportamento de prestadores e profissionais de saúde. Tais estudos possibilitam implantar novas rotinas, modificar as normas de regulação e/ou protocolos do sistema, estruturar controles de eficiência e qualidade através da relação de custos e resultados; inclusive, entre outros, permite a seleção de prestadores que cumpram protocolos considerados aceitáveis, ou seja, com melhores resultados a custos melhores.

Através da verificação do serviço realizado pela terceirizada, é possível identificar falhas e criar ações para corrigir e impedir recorrências. Dessa forma, a auditoria desempenha um papel importante para administração da empresa porque alimenta o processo de decisão do gestor a partir da identificação de situações que comprometam o bom andamento da prestação de serviços. Permite criar metas, evitando desperdícios com retrabalho ou materiais, além de transmitir a real situação de seus contratados. A auditoria, sendo realizada com regularidade e alinhada ao setor de gerenciamento da qualidade, fará com que haja uma maior confiabilidade dos serviços oferecidos pela operadora e será garantia de cumprimento das exigências do mercado e do cliente.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Não é recente a descrição a respeito da necessidade de cuidados especializados ao paciente que se encontra em permanência constante no leito. Em 1978, Lobler e colaboradores já alertavam sobre a necessidade humana básica de exercício ao paciente acamado, uma vez que este pode ter uma enorme parcela de lesões, provocadas por falta de exercícios. A mais frequente delas, a úlcera de pressão.

Apesar disso, vários estudos brasileiros desenvolvidos nos últimos anos mostraram alta incidência de úlceras de pressão em pacientes hospitalizados, com valores variando entre 11 e 55%. Os valores são ainda mais alarmantes nas unidades de terapia intensiva, com índices que variam entre 26 e 62%, configurando assim, um sério problema de saúde (FERNANDES e TORRES, 2008; ROGENSKI e KURCGANT, 2012; MATOS *et al.*, 2010).

A úlcera por pressão corresponde a uma área localizada de lesão tissular, ocasionada por pressão, cisalhamento e/ou fricção. Afeta, geralmente, os locais com maior suscetibilidade de distribuição desigual de peso ou aqueles com excesso de pressão. Sabe-se que o desenvolvimento da úlcera por pressão está associado a fatores intrínsecos e extrínsecos, destacando-se a imobilidade. Contudo, também é possível acrescer ao risco para ocorrência desse agravo a idade avançada, condição nutricional, a gravidade do paciente e o tempo prolongado de internação em unidade de terapia intensiva (PERRONE *et al.*, 2011; ROGENSKI e KURCGANT, 2012).

Os cuidados para evitar o desenvolvimento dessas lesões no paciente acamado já são bem conhecidos (BRASIL, 2008) e, por conta disso, seu desenvolvimento é considerado como um evento adverso ocorrido no processo de hospitalização que reflete de forma indireta na qualidade do cuidado prestado. Dessa forma, a discussão atual refere-se aos processos de gestão da assistência prestada aos pacientes e a

implementação de estratégias de redução desses agravos através da instalação de novas tecnologias e inovações.

A literatura sobre inovações em serviços de saúde tem aumentado nas últimas décadas. Apesar de reconhecida a importância da tecnologia em saúde a nível terciário, com geração de conhecimento acumulado sobre novos fármacos, medicamentos e equipamentos médicos, esse tipo de inovação reúne os recursos mais dispendiosos (ACHILLADELIS e ANTONAKIS, 2001; BARBOSA e GADELHA, 2012). Por conta disso, outras práticas inovadoras estão sendo estimuladas para ampliar a compreensão acerca da dinâmica envolvendo os serviços de saúde, efetivando e potencializando os processos e as atividades profissionais. Em especial, aos que atendem os pacientes de forma integral e humanizada.

A prestação de serviço por assistência domiciliar, também conhecida como *home care* (do inglês, cuidado do lar), é um exemplo de programa inovador que leva em consideração o cuidado por completo do paciente. Segundo Marreli (1997), o atendimento domiciliar compreende um componente contínuo do cuidado à saúde por meio do qual os serviços são oferecidos por equipe multiprofissional ao indivíduo e à sua família. Tem objetivo de promoção, manutenção e reabilitação da saúde, maximizando o nível de independência do paciente e minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças.

O pioneiro dessa atividade no mercado foi os EUA em 1780, nessa época, enfermeiras visitadoras prestavam assistência de cunho filantrópico. Posteriormente, houve aumento dos trabalhos nessas perspectivas e o *home care* foi sendo aplicado como uma extensão do atendimento hospitalar. As primeiras atividades domiciliárias desenvolvidas no Brasil aconteceram no século XX, mais precisamente em 1919 (MENDES, 2001). Atualmente, vários serviços, privados e públicos, surgem e crescem em todo mundo, cada qual se moldando às necessidades de sua clientela.

Os serviços de assistência domiciliar estão dividindo sua forma de assistência basicamente em: visita domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar (FABRÍCIO *et al.*, 2004). No caso de atendimento ao paciente acamado, a modalidade indicada é do tipo internação hospitalar. A internação domiciliar compreende atividades assistenciais especializadas, exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do cliente, com oferta de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, assemelhando-se ao cuidado oferecido em ambiente hospitalar (instalação de um mini-hospital), acrescido de orientação aos responsáveis pelo cuidado no domicílio (FABRÍCIO *et al.*, 2004). Além dessa equipe multidisciplinar, pode ocorrer a indicação de permanência de profissionais de enfermagem junto ao cliente, caso sua condição de saúde exija. A indicação para o tipo de assistência é pré-estabelecida de acordo com a escala da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID) e o profissional de enfermagem pode permanecer no domicílio do paciente por até 24 horas consecutivas, com prazo indeterminado.

A escala desenvolvida pela ABEMID leva em consideração as condições de saúde e suporte profissional de que o paciente necessita, como: uso de sonda, presença de traqueostomia ou acesso venoso, realização de quimioterapia, necessidade de suporte ventilatório, presença de lesão vascular ou cutânea, grau de dependência na realização de atividades pessoais básicas diárias, capacidade ou não de locomoção e necessidade de terapias seriadas como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e outras. Cada uma dessas informações corresponde a uma pontuação específica que, ao final, permite ao avaliador determinar, com base no número de pontos obtidos, se há

indicação técnica para internação domiciliar e o nível de assistência e cuidado indicado para a situação específica, sendo: até 7 pontos = não elegível para internação domiciliar; de 8 a 12 pontos = elegível para internação de baixa complexidade, de 13 a 18 pontos = elegível para internação de média complexidade (12 horas de enfermagem); e 19 pontos ou mais = elegível para internação de alta complexidade (24 horas de enfermagem).

No sistema de saúde suplementar, não existe obrigatoriedade pela Agência Nacional de Saúde (ANS) de prestação de serviços de assistência domiciliar. Entretanto, as operadoras de saúde implementam esse tipo de serviço devido às inúmeras vantagens observadas: como maior humanização no tratamento, diminuição de complicações infecciosas e riscos hospitalares ao paciente acamado, além de redução dos custos assistenciais (IZAÍAS *et al.*, 2014; FABRÍCIO *et al.*, 2004). Ainda pode ser levado em consideração outro benefício muito importante; porém, de difícil mensuração, que seria a satisfação do paciente e de seus familiares ao ter seu tratamento realizado em seu lar.

O serviço de internação domiciliar oferecido por empresas especializadas vem se destacando no mercado e as operadoras de saúde contratam esses serviços para atender as necessidades de seus beneficiários, em especial, aqueles cronicamente doentes e totalmente dependentes de cuidados para suas atividades da vida diária. Entretanto, para acompanhar a qualidade dos serviços terceirizados, as operadoras de saúde precisam instalar serviços de auditoria.

Medir a qualidade de programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, a organização, a coordenação/direção e a avaliação/controle das atividades desenvolvidas. Essa medida pode ser feita pela elaboração de indicadores. Indicadores são instrumentos gerenciais de mensuração para avaliação criteriosa de qualidade, custos ou produtividade; objetivam documentar a qualidade da assistência, possibilitar comparações ao longo do tempo, dar suporte à acreditação e ao processo de regulação. Além disso, servem como linha de base para melhoria da qualidade, por constituírem um referencial para escolha de prestadores pelos pacientes e financiadores. O indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um fato (BITTAR, 2001), classificados em indicadores de estrutura, processos e resultados.

A exemplo desse estudo, utilizar-se-á o indicador do tipo fato, que demonstra a ocorrência de um resultado benéfico ou não. No caso, avaliar-se-á o desenvolvimento de úlcera de pressão em paciente acamado como indicador sentinela. Indicadores sentinelas são eventos ou fenômenos individuais intrinsecamente indesejáveis e que, necessariamente, devem desencadear uma análise ou investigação adicional.

Avaliar-se-á, através deste estudo, o serviço prestado por uma empresa terceirizada ao Programa de Internação Domiciliar (PID) desenvolvido por uma operadora de saúde. Através desse programa, os clientes receberam a visita de uma equipe multidisciplinar treinada para promover um cuidado direto, com qualidade e segurança, em seu domicílio. Apesar do PID ser iniciado em 2004, o serviço de auditoria só foi instituído *a posteriori*, no ano de 2014, estando ainda em processo de construção; esse estudo permitirá embasá-lo para aperfeiçoamento.

5. METODOLOGIA

Para realização deste estudo, foram analisados dados demográficos, de condição clínica e da assistência prestada pela empresa terceirizada de saúde aos beneficiários de uma operadora de saúde, do tipo medicina de grupo, atuante no município de Vitória-

ES. Os dados referem-se aos primeiros registros sobre o acompanhamento do serviço de *home care*, que, apesar de terem iniciado no ano de 2004, só começaram a ser contabilizados pela equipe de auditoria a partir de dezembro de 2014. Uma planilha com informações de 45 pacientes foi disponibilizada por essa operadora após assinatura de tempo de compromisso sem, entretanto, revelar a identidade dos pacientes estudados. Todos beneficiários presentes nessa planilha haviam sido indicados para internação domiciliar até o mês de dezembro de 2014.

Para homogeneização da amostra, foram selecionados apenas os pacientes acamados, que recebiam assistência multidisciplinar. Essa assistência era prestada obrigatoriamente por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e nutricionista, restando um total de 32 pacientes. No decorrer do estudo, houve uma perda de 5 pacientes por morte, 1 por alta do serviço de *home care* e 6 por cancelamento do plano de saúde suplementar, restando para avaliação um total de 20 beneficiários. Todos esses tinham o registro completo dos dados acompanhados dentro do intervalo de um ano de monitoramento e permaneciam sob os mesmos cuidados até dezembro de 2015.

Os pacientes apresentavam uma grande variação de idade, de 1 a 83 anos, e, por isso, foram classificados em 3 grupos: menor que 30 anos, de 30 a 60 anos, e acima de 60 anos. Além disso, existiam pacientes internados desde o início do programa, em 2006, e os que foram indicados pouco antes do ponto de corte estabelecido para esse estudo. Dessa forma, os pacientes foram classificados nos seguintes grupos: até 3 anos; ou acima de 3 anos, de acordo com o tempo de internação. Os diagnósticos clínicos apresentavam grande diversidade e, por isso, os pacientes foram agrupados nos grupos das seguintes áreas: grupo das doenças genética ou neurológica e grupo das doenças respiratórias, infecciosas, ou ortopédicas.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos indivíduos tinha abaixo de 30 anos de idade (60%), era do sexo masculino (60%) e apresentava tempo de internação inferior a 3 anos (80%) (Tabela 1).

Tabela 1: Aspectos demográficos e tempo de internação dos pacientes acamados atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar prestado pela empresa terceirizada de saúde aos beneficiários de uma operadora atuante no município de Vitória-ES, no período de 2004 a 2015

	n	%
Idade		
<30 anos	12	60
30-60 anos	6	30
>60 anos	2	10
Sexo		
Masculino	12	60
Feminino	8	40
Tempo de internação		
Até 3 anos	15	75
> 3 anos	5	25

Apesar da assistência prestada ao paciente ser padronizada em relação à especialidade, com uma consulta médica, de enfermagem e de nutricionista por mês e oito consultas mensais dos profissionais fisioterapeuta e fonoaudiólogo, essas consultas poderiam ser ampliadas de acordo com a condição de saúde de cada paciente. Observou-se que, em 9 casos, essa equipe mínima foi ampliada pela presença do técnico de enfermagem, sendo que, em 8 deles, a presença do profissional era por 24 horas e, em 1 deles, a presença era por 12 horas. Esses necessitavam de uma assistência mais completa devido à complexidade de seu estado de saúde. Esse serviço foi oferecido segundo a padronização da ABMID. Dessa forma, os resultados sobre o desenvolvimento de escara foram organizados de acordo com o tipo de assistência prestada pela empresa terceirizada (tabela 2).

A tabela 2 mostra que a maior parte dos pacientes que receberam assistência prolongada tinham idade abaixo de 30 anos, eram do sexo masculino, apresentavam tempo de internação de até 3 anos e estavam no grupo de diagnóstico de doença por causa genética ou neurológica. Apesar de esses pacientes requererem maiores cuidados em relação a seu estado de saúde, nenhum desenvolveu úlcera de pressão durante o período de acompanhamento. Em contrapartida, 3 pacientes que foram assistidos apenas pela equipe mínima padronizada, apresentaram úlcera de pressão como efeito adverso.

Tabela 2 - Aspectos demográficos, de condição clínica, da assistência prestada e tempo de internação dos pacientes acamados atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar prestado pela empresa terceirizada de saúde aos beneficiários de uma operadora atuante no município de Vitória-ES, no período de 2004 a 2015

	Assistência por 12/24h	
	Sim n=9	Não n=11
Idade		
<30 anos	5	7
30-60 anos	4	2
>60 anos	0	2
Sexo		
Masculino	5	7
Feminino	4	4
Tempo de internação		
Até 3 anos	7	8
> 3 anos	2	3
Desenvolvimento de escara		
Não	9	8
Sim	0	3
Diagnóstico		
Genético/Neurológico	7	9
Respiratório/Infeccioso/Ortopédica	2	2

As características dos pacientes que desenvolveram úlcera de pressão estão descritas a seguir: paciente A - sexo masculino, 65 anos, diagnóstico de aneurisma cerebral, tranqueostomizado e em ar ambiente; paciente B - sexo masculino, 27 anos, diagnóstico de encefalopatia por sequela de embolia gordurosa; paciente C - sexo

masculino, 53 anos, diagnóstico de traumatismo raquimedular por perfuração com arma de fogo.

Apesar de serem acamados, os beneficiários supracitados não apresentam classificação de alta complexidade segundo a escala da ABMID e, por conta disso, recebiam indicação de internação domiciliar com visitas de médico, enfermeiro, nutricionista, fonoaudiólogo e nutricionista. Essa proposta da operadora de saúde é inovadora e garante a permanência do estado de saúde do paciente. Entretanto, ela precisa ser continuada por cuidadores ou familiares. A negligência, a falta de informação e o despreparo dos cuidadores foram as prováveis justificativas para o desenvolvimento de úlceras de pressão nos 3 pacientes citados acima, já que, na presença do técnico de enfermagem altamente especializado e disponibilizado em horário integral (12 ou 24 horas) aos pacientes com condição de saúde mais grave, não ocorreu nenhuma intercorrência.

Dessa forma, é necessário ampliar a assistência aos pacientes acamados em internação domiciliar, através do aperfeiçoamento de medidas educacionais ao cuidador, segundo protocolos padronizados, como o oferecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) a fim de evitar o desenvolvimento de úlceras de pressão.

Os cuidados a serem realizados incluem atitudes rotineiras que, apesar de simples, são essenciais para manutenção da saúde do indivíduo acamado, a saber: mudança de decúbito a cada 2 horas, de forma cuidadosa para evitar a fricção da pele; manutenção da roupa da cama e da pessoa bem limpa e esticada; auxiliar na movimentação de membros e tronco e exercícios respiratórios; utilizar colchão tipo “casca de ovo”; proteger as áreas de proeminências ósseas com travesseiros ou coxins; minimizar a exposição da pele à umidade causada por incontinência, perspiração ou drenagem de fluidos; dar banho de sol por 15 a 30 minutos diários; hidratar a pele e estimular a circulação sanguínea com óleo e massagem; higienizar adequadamente o paciente após banho, troca de fralda ou uso de comadre; limpar a pele sempre que necessário e em intervalos de rotina; evitar uso de água quente e excessiva fricção; observar e considerar o alinhamento postural, a distribuição do peso e estabilidade, quando se posicionar o paciente em cadeira de rodas, entre outros.

A principal preocupação acerca da temática é a ampla magnitude de consequências que a falta de cuidado ao paciente acamado pode acarretar, envolvendo tanto recursos materiais quanto humanos, constituindo assim um desafio a ser enfrentado constantemente. As úlceras de pressão podem agravar o quadro clínico do paciente com desconforto e aumentar a susceptibilidade para o aparecimento de doenças subsequentes, além de elevar o custo do tratamento desenvolvido.

O serviço de auditoria da operadora de saúde, apesar de recente, permitiu detectar essa falha no processo de atendimento aos pacientes enquadrados no PID. Outras análises seriam possíveis se fossem criados outros indicadores de estrutura, produção, produtividade, econômico-financeiros, entre outros. Através deste estudo, pode-se observar o quanto é essencial a instalação de serviços de auditoria nas quatro modalidades em serviços de saúde suplementar, ou mesmo público, para acompanhamento dos serviços prestados e do investimento aplicado.

As principais limitações do presente estudo incluem o número pequeno de pacientes incluídos, a ausência de registro sobre ocorrências anteriores de escara, bem como a inexistência de dados sobre o grau de satisfação do paciente/familiar sobre o atendimento prestado pela operadora.

7. CONCLUSÃO

Os dados oferecidos pelo serviço de auditoria da operadora de saúde permitem concluir que a implementação do Projeto de Internação Domiciliar tem resultados satisfatórios, em especial, aos pacientes com alta complexidade. Entretanto, quando o serviço oferecido não incluiu a presença de um profissional de saúde em tempo integral ao paciente de menor complexidade, houve aparecimento de úlceras de pressão. Dessa forma, medidas devem ser providenciadas para evitar a ocorrência desse efeito adverso, como educação constante dos familiares/cuidadores a respeito da atenção e da continuidade da assistência.

8. REFERÊNCIAS

ACHILLADELIS, B.; ANTONAKIS, N. The dynamics of technological innovation: the case of the pharmaceutical industry. **Research Policy**. Vol. 30, No. 4, 2001, p. 535-588.

BARBOSA, P. R.; GADELHA, C. A. G. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 46, supl. 1, 2012, p. 68-75. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700010&lng=en&nrm=iso.

BITTAR, O.J.N.V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**. Vol. 3, 2001, p. 21-28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf.

FABRICIO, S. C. C. et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 12, No. 5, 2004, p. 721-726. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000500004&lng=pt&nrm=iso.

FERNANDES, N.C.S.; TORRES, GV. Incidência e fatores de risco de úlceras por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Ciência Cuidado e Saúde**. Vol. 7, No 3, 2008, p. 304-310.

IZAIAS, E. M. et al. Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 19, No 8, 2014, p. 3395-3402. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803395&lng=en&nrm=iso.

LOBLER, C. S. et al. A necessidade humana básica de exercício - paciente acamado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 31, No 1, 1978, p. 123-134.

MARRELLI, TM. **Welcome to home care: the health care setting of the future.** In: Marrelli TM. Handbook of Home Health Orientation Mosby, St. Louis, 1997.

MATOS, L.S.; DUARTE, N.L.V.; MINETTO, R.C. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Vol. 12, No 4, 2010, p. 719-726. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a18.htm>. doi: 10.5216/ree.v12i4.8481.

MENDES, W. **Home Care:** uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UnATI- UERJ, 2001.

PERRONE, F. et al. Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. **Revista de Nutrição.** Vol. 24, No 3, 2011, p. 431-438.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v. 20, n. 2, 2012, p. 333-339, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200016&lng=en&nrm=iso.