



**V SINGEP**

**Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade**  
**International Symposium on Project Management, Innovation and Sustainability**

ISSN: 2317 - 8302

# **Implementação do Plano Terapêutico para redução do período de internação em uma unidade de clínica médica de um hospital público do Estado de São Paulo**

**MARA MICHELE NUNES DE MOURA**

Universidade Nove de Julho

[moura.maraa@gmail.com](mailto:moura.maraa@gmail.com)



V SINGEP

Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade

International Symposium on Project Management, Innovation and Sustainability

ISSN: 2517 - 8302

## IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO PARA REDUÇÃO DO PERÍODO DE INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO

### Resumo

Esse relato técnico (RT), consiste em um trabalho realizado em um Hospital Público Oncológico do Estado de São Paulo, com a proposta de apresentar uma ferramenta que diminua o tempo de internação em uma unidade de clínica médica, reduzindo assim, os custos e os riscos relacionados às práticas assistenciais. Para a realização desse estudo, foram analisados dados disponíveis em prontuários eletrônicos de uma amostra selecionada de pacientes, em um período estimado, a partir das seguintes variantes: o período de internação relacionados a antibioticoterapia; o atendimento das interconsultas com especialistas; o início de tratamento com radioterapia e quimioterapia; a realização de exames com a finalidade diagnóstica e para estadiamento. Analisando os resultados, ficou evidente a redução no período de hospitalização após a implementação do Plano Terapêutico (PT) com o estabelecimento de metas e prazos para sua obtenção. Integram à conclusão desse trabalho, a sugestão de inclusão e incentivo à atividades que proporcionem integração entre as equipes e motivação profissional.

**Palavras-chave:** Plano Terapêutico, Projeto Terapêutico, Gestão de custos e serviços.

### Abstract

This technical report (RT), consists of a work in an Oncological Public Hospital of São Paulo, with the proposal to provide a tool that reduces the length of stay in a medical unit, thus reducing the costs and risks associated with care practices. To perform this study data were analyzed available in electronic medical records of a selected sample of patients at any given time, from the following variants: the hospital stay related to antibiotic therapy; meet the interconsultation with experts; early treatment with radiotherapy and chemotherapy; conducting tests with diagnostic purposes and for staging. Analyzing the results became clear to reduced hospitalization period after the implementation of the Therapeutic Plan (PT) with the introduction of targets and deadlines for their achievement. Integrate the conclusion of this work, suggestion the inclusion and encouragement of activities that provide integration between the teams and professional motivation.

**Keywords:** Plan Therapeutic, Therapeutic Project, Management costs and services.



## 1 Introdução

O hospital descrito nesse Relato Técnico (RT) se localiza no Estado de São Paulo, é um órgão prestador de serviços públicos, de grande porte, especializado em tratamento oncológico para pacientes adultos, com capacidade para 458 leitos, sendo 188 leitos de clínica médica, considerado um dos maiores hospitais verticais, dispendo de 28 andares, contemplando diversos tratamentos oncológicos, entre eles a quimioterapia, radioterapia, tecnologia para diagnósticos e procedimentos cirúrgicos.

Pacientes durante o período de internação, dispõe de recursos de tecnologias diversas (drogas terapêuticas e anestésicas, procedimentos cirúrgicos e diagnósticos), que permitem reduzir a média de permanência, por meio de altas mais precoces, considerando superestimados os números de leitos, calculados como necessários. O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de conduzir a vida frente a sua atual condição. O momento de alta de cada paciente deve ser pensado como um momento para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico (Cecílio & Merhy, 2003).

O PT, consiste no conjunto de especialidades terapêuticas, definidas a partir da avaliação individual, utilizando a discussão de caso clínico com um olhar prospectivo, onde os profissionais de saúde exercem a função de gestor e operador da clínica em um mesmo momento, contemplando quatro momentos: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidade entre os membros da equipe de referência e a reavaliação. O quinto momento consiste na negociação pactual do Plano Terapêutico proposto pelo profissional médico para com o paciente (Neto & Malik, 2007).

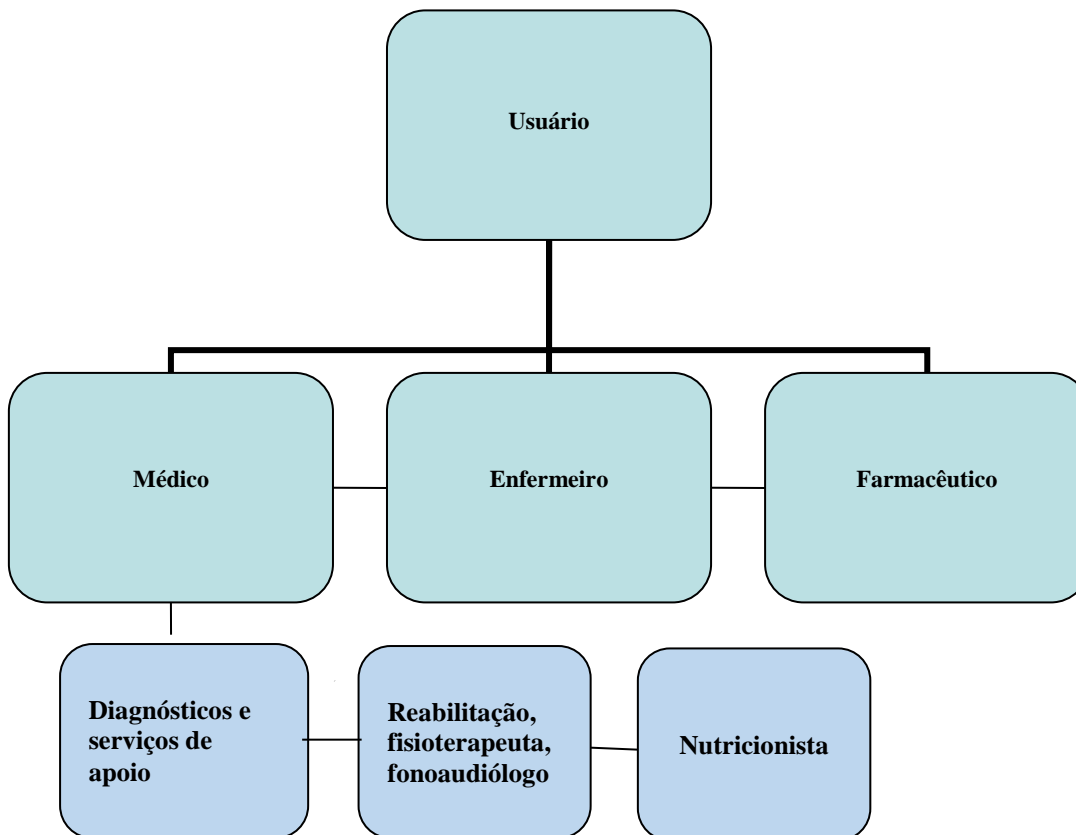
Um PT bem estruturado, contribui para uma desospitalização precoce, bem como a redução de custos para esse serviço, o manejo na taxa de ocupação dos leitos, a garantia da qualidade na assistência prestada e a segurança do paciente. Dessa forma, o estudo traz como proposta a “Implementação do Plano Terapêutico” como resolução para a problemática na redução do período de internação dos pacientes em uma clínica médica de um hospital público do Estado de São Paulo, com a proposta de estabelecer um protocolo que otimize tempo e recursos, com a definição de metas à serem seguidas por equipe multidisciplinar, estimando resultados obtidos a curto, médio e longo prazo.

No decorrer desse RT, além desta introdução, disponibiliza-se um breve referencial teórico com foco em casos de sucesso relatados por instituições que adotaram a utilização do PT. Em seguida, no item metodologia, encontram-se detalhadas as etapas para a implementação de um PT em âmbito hospitalar. Logo após, são apresentados e analisados os resultados obtidos. Por fim, na seção de conclusões, são destacadas as melhorias obtidas com a implementação do PT em uma unidade de clínica médica.

## 2 Referencial Teórico

Para Merhy & Gallo (1995), o projeto terapêutico deve ser um instrumento que responda às demandas objetivas e subjetivas dos usuários e tem como objetivo a produção de sua autonomia e apropriação de seu processo de cuidado (Merhy & Gallo, 1995). Os quatro momentos contemplados no PT: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidade entre os membros da equipe de referência e a reavaliação, são práticas inclusas na Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (Silva et al., 2013).

Trata-se de um projeto prospectivo, após uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, sendo acordados procedimentos à cargo de diversos membros da equipe multidisciplinar, como ilustra a Figura 1.



**Figura 1:** Organograma de atendimento multidisciplinar  
Fonte: Elaborado pelos autores

De acordo com Santos (2007), a inclusão social por meio de acesso aos bens e serviços de saúde ampliou-se e as várias experiências locais e regionais de sucesso evidentes por todo o país revelaram sinais positivos em relação ao SUS, incluindo o acesso dos pacientes oncológicos á tratamentos inovadores no combate ao câncer na rede pública (Santos, 2007).

No entanto, há um descompasso entre a crescente demanda de pacientes oncológicos e a velocidade da implementação de ofertas dos serviços de saúde públicos, o que caracteriza necessária a otimização da utilização desses serviços. Campos (2007), discuti essa questão do conceito de Valor de Uso das práticas de saúde, que trata a oferta de produtos equivalente às necessidades sociais, considerando o acesso à avaliação médica, a realização de exames, a utilização de medicamentos e procedimentos como sinônimos de Saúde (Campos, 2007).

Tendo como objetivos principais à implementação do PT, a segurança do paciente em especial relacionada às infecções hospitalares, que não só elevam as taxas de morbimortalidade, como ampliam o tempo de permanência dos pacientes nos hospitais, a redução de custos relacionados ao tratamento e o aumento na rotatividade dos leitos hospitalares. A infecção passa a ser caracterizada como um desequilíbrio no sistema parasita - hospedeiro – ambiente. Segundo a Anvisa (1998), é considerada infecção hospitalar, aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

Quanto aos fatores de riscos relacionados as infecções hospitalares, estão os fatores intrínsecos (relacionados aos pacientes e sua doença, fatores de riscos e hereditários, etc.) e os fatores extrínsecos (relacionados ao meio ambiente em que o paciente se encontra inserido, artefatos e práticas de assistência prestada). Ressaltando, que a enfermagem tem parte



significante na prevenção de infecções relacionadas aos cuidados, na aplicação de medidas de assepsia, antisepsia e limpeza concorrente. Nesse percurso criou-se a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), estabelecida pela Lei Federal 6.4318 e mantida através da Portaria MS N°2616/989, Ministério da Saúde 1998, (Scheidt, Rosa, Lima, & others, 2006). Essa legislação determina que a CCIH é responsável pela implementação da política de prevenção e controle de agravos infecciosos à saúde de pacientes e profissionais no ambiente hospitalar, o desenvolvimento de busca ativa das infecções no âmbito hospitalar, prevenção e controle das infecções, além da participação de padronização dos medicamentos.

Uma outra medida simples, e tão importante quanto, foi o incentivo a lavagem de mãos e a utilização de álcool gel, resalta a Anvisa (1998), que essa prática é, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e controle das infecções hospitalares, Bittar (1996), associa o conjunto de programas e serviços oferecidos pelos hospitais com a qualidade como fator primordial, a partir da prevenção de doenças, promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação (Bittar, 1996). Para Maria (2006), a preocupação com a qualidade é inerente ao ser humano e evolui com ele, gerando com o passar dos tempos, variadas formas de esforços contra a imperfeição, segundo as circunstâncias do momento (Maria, 2006).

Diante do atual contexto econômico do País, torna se um grande desafio para a saúde hoje, buscar um equilíbrio entre a qualidade de atendimento e custos viáveis. O profissional Enfermeiro, seria o profissional da saúde com maior potencial para assegurar uma assistência rentável, por estar diretamente relacionado ao paciente e equipe multidisciplinar, utilizando de Gerenciamento de Custos, utilizando de forma racional os recursos disponíveis com o objetivo de alcançar resultados coerentes às necessidades de saúde dos pacientes (Castilho, 2002).

As Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela avaliação continua do desempenho e do padrão de funcionamento dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia, estabelecendo alguns indicadores de avaliação: tempo médio entre a data do diagnóstico e a de início do tratamento; o percentual de pacientes tratados e em seguimento; o tempo médio, que os pacientes ficam sob tratamento; o tempo médio de sobrevida global dos pacientes tratados, por localização primária e extensão do tumor e a taxa de abandono de tratamento (Mibelro, 2003).

Fica evidente, a necessidade do estabelecimento de ferramentas que auxiliem no direcionamento para o estabelecimento das metas a serem cumpridas a partir da avaliação médica. O PT é muito utilizado pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pois serve de eixo de referência para guiar as ações dos profissionais dos serviços substitutivos na busca de atender à reabilitação psicossocial do sofredor psíquico (D. M. Pinto, Pinto, & Cavalcante, 2011). Método também utilizado por instituições de Estratégia Saúde da Família (ESF), onde os profissionais de atenção primária em Visitas Domiciliares (VD), realizam junto aos membros da família, discussão sobre quem seria o cuidador responsável por cada ação, além da necessidade de existir um prontuário domiciliar, no qual constem os registros da equipe, como também a realização de reuniões periódicas entre a equipe para discussão clínica, reprogramação de ações e o pacto de atividades junto à família (T. A. P. Pinto & Schimith, 2008).

### **3 Metodologia**

O Hospital referido, encontra-se situado no Estado de São Paulo, é uma instituição pública referência em oncologia na América Latina, criado em 2008, pelo Governo do Estado de São Paulo e integra um importante complexo hospitalar do Brasil. Além do atendimento médico prestado há aproximadamente 6 mil pacientes por mês, também desenvolve atividades de ensino e pesquisa, contribuindo cientificamente, em especial no estudo de novos fármacos



e tratamentos inovadores no combate ao câncer. O presente estudo consiste em uma pesquisa quantitativa descritiva, pois estabelece relação entre as variáveis no objeto de estudo analisado.

Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), apontam a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer em 2016-2017 no Estado de São Paulo, conforme ilustra a Figura 2.

TOPOGRAFIA	CASOS MASCULINOS	CASOS FEMININOS
PRÓSTATA	61.200	
MAMA		57.960
CÓLON E RETO	16.660	17.620
PULMÃO	17.330	10.890
ESTÔMAGO	12.920	7.600
COLO DE ÚTERO		16.340
CAVIDADE ORAL	11.140	4.350
ESÔFAGO	7.950	2.860
SISTEMA NERVOSO CENTRAL	5.440	4.830
LINFOMA NÃO HODGKIN	5.210	5.030
LEUCEMIA	5.540	4.530
BEXIGA	7.200	2.470
LARINGE	6.360	990
GLÂNDULA TIREOIDE	1.090	5.870
CORPO DE ÚTERO		6.950
OVÁRIO		6.150
LINFOMA DE HODGKIN	1.460	1.010
PELE	80.850	94.910

**Figura 2.** Estimativas das taxas brutas de incidência e do número de casos novos de câncer por 100.000 habitantes, segundo sexo e localização primária. Estado de São Paulo, 2016-2017.

Fonte: adaptado de Inca/MS

Genericamente, o termo câncer caracteriza um grupo com mais de cem doenças, com particularidades e características próprias, provenientes de falhas genéticas no processo de proliferação, crescimento e morte celular, o que torna o câncer um dos principais problemas de saúde pública do mundo (Rosana Maria Tamellini, Michel Naffah Filho, & Monica A. M. Cecílio, 2011)

Segundo dados do IBGE/DATASUS 2010, no Estado de São Paulo em 2011, para uma população de 41.262.199 habitantes em relação aos serviços habilitados na rede de oncologia credenciada no Estado de São Paulo, estão disponíveis: 50 Unacon, 15 Cacon, 6 Hospitais Gerais e 3 serviços isolados específicos para radioterapia.

Frente esse cenário, faz-se necessária a otimização dos recursos disponíveis, devido a discrepância entre o número de habitantes e as redes credenciadas disponíveis, tornando-se cada vez maior a crescente dos casos diagnosticados no país.

O PT desenvolvido no hospital oncológico objeto desse estudo, acontece após a admissão do paciente na unidade de clínica médica, a partir da avaliação do paciente pelo



médico residente, juntamente ao médico assistente, para definição da melhor opção de tratamento, bem como os exames necessários para diagnóstico e estadiamento.

Em seguida, o profissional enfermeiro avalia as necessidades relacionadas ao cuidado e auto-cuidado e quais os recursos serão necessários para o cumprimento do plano definido pelo médico, como o uso de dispositivos venosos centrais para tratamentos como a quimioterapia e antibioticoterapia, a identificação de questões sociais como a ausência de cuidadores e residência fixa, além de questões psicológicas, como a aceitação da doença e o enfrentamento pelo paciente e família.

A assistência farmacêutica é fundamental para à reconciliação medicamentosa e o acompanhamento da adesão às medicações de uso contínuo em domicílio, a administração de quimioterápicos por via oral e a interação medicamentosa entre os medicamentos e alimentos. A nutricionista com o apoio da avaliação de um profissional fonoaudiólogo, definem o tipo de dieta e consistência adequada para cada paciente, levando em consideração suas preferências, deficiência nutricional e déficits físicos, incluindo as dietas enterais e o volume diário a ser infundido para atingir a meta nutricional. Os profissionais do serviço de reabilitação, são de extrema importância para a reinserção social dos pacientes, com foco na qualidade de vida durante e após o tratamento, estimulando a autonomia para a realização de atividades diárias e adaptação à sua condição atual.

Torna-se fundamental, a comunicação efetiva entre os membros da equipe multidisciplinar para o cumprimento das metas estabelecidas, considerando que o PT é singular e específico, sendo que cada ser humano é único e portador de diferentes necessidades, expressando reações diferentes de enfrentamento. Essa comunicação é possível por meio de prontuário eletrônico, alimentado diariamente pelos profissionais envolvidos na assistência prestada durante o período de internação, onde todas as intervenções e intercorrências devem ser registradas, o que possibilita uma análise contínua do PT, e sua adequação a depender das alterações apresentadas pelo paciente. Semanalmente, os casos são rediscutidos em reunião com a presença de pelo menos um membro de cada equipe, para abordagem de novas propostas, bem como, a evolução do quadro clínico.

Os profissionais da enfermagem, representam um elo importante entre o paciente e os profissionais da equipe multidisciplinar, por atuar diretamente com o paciente durante todo o período de internação, acompanhando desde o padrão de sono, aceitação de dieta, queixas algícas, crenças, costumes e a resposta do organismo durante o tratamento.

A tecnologia é um facilitador para a comunicação entre os profissionais da saúde, o uso do prontuário eletrônico proporciona maior qualidade e segurança. Sistemas padronizados, possibilitam maior precisão nos registros, porém, faz-se necessário o treinamento contínuo dos usuários que manuseiam esses sistemas, para que seu uso seja feito de forma eficiente, dessa forma, os profissionais participam de treinamento obrigatório com duração de 4 horas no período de integração, as atualizações de fluxos que incluem o sistema eletrônico ocorrem por meio de treinamentos aplicados in loco.

### **3 Resultados obtidos e análise**

Para análise dos resultados foram acompanhados 25 prontuários eletrônicos, no mês de maio de 2016, um mês após a implementação do PT. Foram excluídos desse estudo, os pacientes em cuidados paliativos exclusivos em fase final de vida, as variáveis determinantes para a obtenção de resultados foram: o período de internação relacionados a antibioticoterapia; o atendimento das interconsultas com especialistas; o início de tratamento com radioterapia e quimioterapia; a realização de exames com a finalidade diagnóstica e para estadiamento.



Observou-se, redução na taxa de permanência dos pacientes internados, considerado um indicador clássico de desempenho, caracterizando uma gestão eficaz. Os pacientes em uso de antibióticos, permaneceram de sete a quatorze dias, com alta nas primeiras vinte e quatro horas após término do ciclo, anteriormente a proposta de alta atingia tempo médio de trinta e seis a quarenta horas; as interconsultas anteriormente eram realizadas em quarenta e oito horas, atualmente são respondidas entre trinta e vinte quatro horas, impactando na agilidade de início do tratamento proposto, incluindo o cirúrgico; os pacientes com internação eletiva para quimioterapia, anteriormente eram admitidos e só então era coletado o hemograma (exame de sangue), essencial para avaliar resposta do sistema hematológico em relação a droga de tratamento, fator determinante para a aplicação ou não da quimioterapia, no caso de um paciente com anemia, se faz necessário corrigir o problema ativo, para só então iniciar a aplicação de quimioterapia, com um acréscimo de aproximadamente dezoito horas, e a ocupação de um leito de internação por um problema que poderia ser resolvido no hospital dia, atualmente, o paciente realiza o hemograma e é avaliado um dia antes da internação, iniciando o tratamento nas primeiras seis horas após a admissão; a simulação de radioterapia antes atendida até setenta e duas horas após o pedido de interconsulta, hoje é atendida nas primeiras quarenta e oito horas, com início do tratamento em até setenta e duas horas após a simulação do tratamento, em casos que não caracterizam urgência, nos casos de urgência (radioterapia hemostática, anti-álgica) nas primeiras vinte e quatro horas; os exames de imagem para finalidade diagnóstica anteriormente realizados em quarenta e oito horas, atualmente são realizados num período de doze a vinte e quatro horas, os exames de imagem para estadiamento mantém o tempo de espera estimado em setenta e duas horas, não sendo observadas alterações em relação ao pré e pós implementação do PT.

Como fatores dificultantes, foram observados: a desmotivação de colaboradores, a falta de autonomia dos médicos residentes, setores que não funcionam aos finais de semana e feriados, falha na comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar, ausência de registro em prontuário eletrônico, sobrecarga de atividades por quadro de pessoal incompleto, alta rotatividade de colaboradores, absenteísmo, não acesso à custos devido ser uma instituição pública, a dificuldade de aceitação dos clientes à terapêutica proposta.

#### **4 Considerações Finais**

No contexto hospitalar, o PT é utilizado como estratégia de reorganização das práticas assistenciais das equipes multidisciplinares, facilitando a comunicação entre os profissionais envolvidos, após o estabelecimento de metas, direcionando o tratamento proposto, objetivando a singularidade terapêutica, estabelecendo os graus de compromisso e competência de cada profissional.

Referente as limitações do presente estudo, estão inclusos o curto período de avaliação e pequena amostragem dos prontuários eletrônicos selecionados para realizar a pesquisa proposta, a falta de clareza em registros, falhas no processo de comunicação e a desmotivação de alguns profissionais.

Nesse trabalho, foi possível observar a redução no período de internação após a implementação do PT, contribuindo para a segurança do paciente e a redução de custos para a instituição. Para sua implementação, faz-se necessário o estabelecimento de meios de controle, como a padronização de fluxos, documentos de comunicação interna e prazos para o alcance das metas estabelecidas. Auditorias internas podem auxiliar à implementação do PT e acompanhar, se o mesmo está ocorrendo de forma efetiva, identificando as possíveis falhas e intervenções necessárias para sua correção.

Cada profissional envolvido nesse processo, é de extrema importância, a compreensão do objetivo da implementação do PT como um ganho para o paciente e a instituição, por





tratar-se de um processo gerencial humanizado com foco em resultados é fundamental, o alinhamento e ética entre os membros das equipes multidisciplinares é fator essencial, sugere-se, portanto, a inclusão e incentivo às atividades que proporcionem integração entre as equipes e motivação profissional.

## REFERÊNCIAS

- Bittar, O. (1996). Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, 30(1), 53–60.
- Campos, G. W. de S. (2007). Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. In *Saúde em debate* (Vol. 131). Hucitec. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=736572&indexSearch=ID>
- Castilho, V. (2002). A enfermagem e o gerenciamento de custos. *Rev Esc Enferm USP*, 36(3), 240–4.
- Cecílio, L. C. O., & Merhy, E. E. (2003). A integralidade como eixo da gestão hospitalar. *Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS*, 197–210.
- Santos, N. R. (2007). Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 429–435.
- Maria, D. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev bras enferm*, 59(1), 84–8.
- Merhy, E. E., & Gallo, E. (1995). Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*, 117–119.
- Mibelro, V. M. (2003). A descentralização da saúde, atenção oncológica e estratégias de inclusão. *Revista Katálysis*, 6(1), 104–112.
- Neto, G. V., & Malik, A. M. (2007). Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 825–839.
- Pinto, D. M., Pinto, A. G. A., & Cavalcante, C. M. a. (2011). Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto and Contexto Enfermagem*, 20(3), 293.
- Pinto, T. A. P., & Schimith, M. D. ([s.d.]). Relato de experiência em uma unidade de saúde da família de Santa Maria, RS: colocando em prática o Plano Terapêutico Singular Rosa, Bruna Vanessa Costa da Bubadué, Renata de Moura 2. Recuperado de <http://congressoanterior.redeunida.org.br/resumos/RE0464-1.pdf>
- Rosana Maria Tamelini, M. C. m. m. a. C., Michel Naffah Filho, & Monica a. m. cecílio. ([s.d.]). BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista (Online) - Diretrizes para a atenção oncológica no estado de São Paulo: contribuições para o debate. Recuperado 11 de junho de 2016, de [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-42722011000800003&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-42722011000800003&lng=pt&nrm=iso)
- Scheidt, K. L. S., Rosa, L. R. S., Lima, E. de F. A., & others. (2006). As ações de biossegurança implementadas pelas comissões de controle de infecções hospitalares. Recuperado de <http://www.arca.fiocruz.br/handle/iciict/11363>
- Silva, E. P., Melo, F., Souza, M. M., Gouveia, R. A., Tenório, A. A., Cabral, A. F. F., & others. (2013). Projeto Terapêutico Singular como estratégia de prática da



**V SINGEP**

**Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade**

**International Symposium on Project Management, Innovation and Sustainability**

ISSN: 2317 - 8302

multiprofissionalidade nas ações de saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 17(2), 197–202.

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. Tecnologia em serviços de saúde. Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar. Brasília, DF. Recuperado 23 maio de 2016, de <http://www.anvisa.gov.br/correlatos/serv/infec.htm>.

Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016-2017: incidência de câncer no Brasil. Recuperado 23 maio de 2016, de <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016>.

Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Informações de Saúde. (Consultas via Tabnet). Brasília, 2011c. Recuperado 8 junho de 2016, de <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>.



**V SINGEP**

**Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade**

**International Symposium on Project Management, Innovation and Sustainability**

ISSN: 2317 - 8302