

APLICABILIDADE DA POLÍTICA DE TRIAGEM NEONATAL PARA DOENÇAS GENÉTICAS, METABÓLICAS E CONGÊNITAS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) RELATO DE CASO

ROMÃO, Adriana¹
GRIEP, Rubens²
TOMÉ, Lisiás de Araújo³

RESUMO

O presente estudo descritivo retrospectivo trata-se de um relato de caso, vivenciado no contexto dos programas de saúde e as políticas vigentes articuladas com entidades filantrópicas para um assistir holístico e correlações diagnósticas diferenciadas no contexto atual, sendo assim o interesse dos autores pelo tema, despertaram das discussões realizadas sobre a evolução das políticas e diretriz para assistência no curso de Bacharel em Medicina para a análise diagnóstica em patologias com fatores preegressos associados. Sendo que o objetivo foi pautado em verificar os programas de saúde e fatores burocráticos no acesso para definição diagnóstica das doenças genéticas, metabólicas e congênitas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A metodologia foi desenvolvida na investigação em base de dados na Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), no período de 2018 a 2019 na cidade de Cascavel-PR. Onde se buscou a investigação e análise para diagnóstico preegresso a implantação da correlação e articulações de entidades promotoras de prevenção e promoção em agravos à saúde.

PALAVRAS CHAVE: Política, Saúde, Triagem Neonatal.

APPLICABILITY OF THE NEONATAL SCREENING POLICY FOR GENETIC, METABOLIC AND CONGENITAL DISEASES IN THE SCOPE OF THE SINGLE HEALTH SYSTEM (SUS) CASE REPORT

ABSTRACT

The present retrospective descriptive study is a study of an experience in the context of health programs and the current policies articulated with philanthropic entities for a holistic watch and diagnostic correlations differentiated in the current context, thus the authors' interest in the subject, awakened from the discussions on the evolution of policies and guidelines for care in the course of Bachelor in Medicine for the diagnostic analysis in pathologies with associated antecedent factors. The objective was to verify the health programs and bureaucratic factors in the access to the diagnostic definition of genetic, metabolic and congenital diseases within the Unified Health System (SUS). The methodology was developed in the database research at the Municipal Health Department (SESAU), from 2018 to 2019 in the city of Cascavel-PR. Where research and analysis for pre-diagnosis were sought, the implantation of the correlation and articulations of entities promoting prevention and promotion in health problems were sought

KEYWORDS: Politics, Health, Neonatal Screening.

1. INTRODUÇÃO

A proposta à cerca do tema, aplicabilidade da política de triagem neonatal para doenças genéticas, metabólicas e congênitas no âmbito do sistema único de saúde (SUS), tem seu enfoque voltado para a área da saúde, a pesquisa tem como estratégia a investigação da articulação entre as políticas vigentes e entidades filantrópicas no que tange o cuidado integral ao ser humano.

¹ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz – FAG. E-mail: driromaomed@gmail.com

² Orientador, Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz – FAG. Doutorando em Saúde Coletiva UEL. E-mail: rgriep@gmail.com

³ Co-Orientador, Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz-FAG.E-mail: saisil7894@hotmail.com

A contextualização dos avanços das Políticas Nacionais de Saúde e parcerias com Fundações Filantrópicas (FEPE), e a exigência da sociedade, que norteiam os estudos, declarou a estreita relação dos mesmos para o entendimento de um sistema de prestação de serviço em saúde.

Neste contexto, a oportunidade de crescimento do processo gestão a saúde e o emprego do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), para doenças genéticas, metabólicas e congênitas, conhecido popularmente como Teste do pezinho completa 41 anos no Brasil, é um exame laboratorial realizado através da retirada de gotículas de sangue do calcanhar do bebê o qual possibilita a definição diagnóstica precoce, o tratamento adequado e o acompanhamento médico de algumas doenças que podem evitar a morte, deficiências e proporcionar melhor qualidade de vida aos recém-nascidos acometidos de uma população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2012).

Neste cenário, a investigação dos antecedentes pessoais do paciente e correlação com as políticas e legislações vigentes, proporcionou ampliar o olhar para reflexão das prováveis patologias, em pacientes não submetidos a teste de triagem neonatal, a fim de contribuir para assistência a saúde no contexto público e privado.

Buscou-se encontrar através deste, as possíveis correlações com fatores patológicos e a não realização da triagem neonatal, ou ainda, melhorar do processo ensino-aprendizagem sobre diagnósticos pregressos, uma vez que, a poucos relatos na literatura, para avaliar e comparar a referida temática. Por este motivo, a inquietação foi frequente, visto que apresentou a sub informações, para correlação de co-morbidades pregressas em pacientes não contemplado nestas articulações de entidades promotoras de saúde.

2. METODOLOGIA

Esta pesquisa baseou-se na abordagem qualitativa. A escolha por tal abordagem é a possibilidade de obtenção de significativa contribuição na explicação dos fenômenos que envolvem seres humanos e a relação social e econômica. O procedimento metodológico adotado foi estudo de caso, por ser esta uma das formas de fazer pesquisa em estudos organizacionais, contribuindo com a temática para que possa ampliar o conhecimento científico sobre o assunto e relacionar as melhorias e resultados estratégicos na atenção à saúde.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário Assis Gurgacz – FAG, aprovado sob o parecer nº 3.265.652/2019. O universo da pesquisa neste estudo, foi desenvolvido no período de 2018 e 2019, na rede Sistema Único de Saúde (SUS), na atenção primária, não houve a preocupação planejada de se estabelecer e seguir um método estatístico, uma vez que na pesquisa qualitativa busca-se menos a quantidade e mais a

qualidade dos dados em relação ao fenômeno considerado. As técnicas utilizadas foram à leitura preliminar do referencial teórico bem como o levantamento e análise em base de dados na Secretaria Municipal de Saúde, (SESAU), no Município de Cascavel-PR.

O método utilizado para a análise foi método de análise de conteúdo. Inicialmente, realizou-se a ordenação dos dados a partir de um mapeamento dos dados obtidos em campo, posteriormente, procedeu à classificação dos dados, no qual forma identificados os núcleos das diretrizes políticas vigentes e a abordagem para a clínica, posteriormente, procedeu-se à classificação dos dados, no qual forma identificados, finalmente, realizou-se a análise final, na qual os dados empíricos forma articulados com o referencial teórico da pesquisa, articulando a teoria com a prática.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA POLÍTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), pautado na universalidade, seletividade e distributividade na prestação de benefícios e serviços, equidade, integralidade, diversidade de financiamento e com caráter democrático e descentralizado de administração. Assim, de acordo com Colomé (2012), o projeto era estabelecer uma nova racionalidade na gerência pública capaz de conviver com as políticas macroeconômicas que implicam a redução do papel do Estado, concentrando-o em funções regulatórias.

Dessa forma, a estadualização e a municipalização passam a atuar na gestão do SUS, sendo papel das secretarias estaduais o planejamento, controle e avaliação dos serviços com o intuito de efetuar a regionalização e buscar a equidade. E aos municípios cabe a gestão dos sistemas locais de saúde, gerenciando a unidades municipais e controlando e avaliando as unidades privadas e filantrópicas. (ALVES, 2005).

Para Lucchese (2003), a descentralização da gestão pública tem representado grande oportunidade para a adequação dos programas governamentais às demandas e singularidades locais e para um aumento da eficiência do gasto público.

Nesse sentido, as mudanças na gestão em saúde ocorridas a partir das modificações sociais iniciadas na década de 60, refletiram também na organização da assistência ao indivíduo, atrelados aos acontecimentos de redemocratização e implantação do SUS, acontecem os primeiros movimentos para a humanização nos atendimentos, que se iniciaram na década de 70 quando o elevado índice de internações foram considerados as causas das condições desumanas a que eram submetidos os doentes (FERREIRA, 2007).

A Lei Orgânica de Saúde (8.080 e 8.142/90), coloca a integralidade enquanto princípio doutrinário conceituando-se como um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos que considerem cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Assim, se descrevem as duas dimensões da integralidade que são a articulação entre serviços e práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde envolvidos no cuidado (BRASIL, Lei 8080/90).

A indexação do Sistema Único de saúde (SUS), possibilitou a definição de princípios organizativos que permitem a integralidade nos serviços e atenção à saúde, não somente no que tange aos serviços específicos da saúde, mas também aqueles que podem contribuir para a assistência à saúde. E as práticas de saúde configuram-se na assistência prestada pelos atores envolvidos e; na eficácia, na organização das ações e nos modelos de gestão de serviços pautados na integralidade.

Nesse sentido, a saúde incorpora as condições sociais e as relações familiares dos sujeitos envolvidos no cuidado, e por considerar o ser do cuidado como complexo torna-se necessária à atuação profissional conjunta a fim de possibilitar a integralidade da assistência. Sendo a integralidade entendida como um conjunto de ações e saberes multiprofissionais dos serviços de saúde que se direcionam ao cuidado do usuário. (COLOMÉ, 2012; LIMA, 2006).

De acordo com Santos (2007), a nova concepção de assistência estabelece uma relação entre cultura, política, cidadania e integralidade como construção democrática. É importante ressaltar que a vivência da integralidade no cuidado é permeada pela gestão das práticas de saúde que entendem a diversidade humana, refletindo o modo de pensar e ver o ser do cuidado, o paciente, como um ser sócio-político-cultural que se manifesta no seu cotidiano.

Assim, entende-se que o cuidado traz em si os princípios norteadores do (SUS), inclusive a integralidade. E para que a assistência integral se torne realidade nesses serviços é necessário transcender a fragmentação do cuidar, ou seja, entender o doente como um ser holístico, um ser de relações e, a partir daí, atender suas necessidades e colocá-lo como participante do cuidado complexo.

3.2 PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL (PNTN) E REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE (RAS)

Conforme Ministério da Saúde (MS,2010), A Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (FEPE), é uma instituição sem fins lucrativos que desde 1959 atua nas áreas de prevenção, saúde, atendimento especializado e sócio assistencial a pessoas com deficiência intelectual e múltipla deficiência.

A FEPE é o único Serviço de Referência em Triagem Neonatal credenciado ao Ministério da Saúde (MS2010), para a realização do Programa Nacional de Triagem Neonatal – Teste do Pezinho, no Estado do Paraná. O programa disponibiliza aos bebês o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento, gratuitos, para as seguintes doenças genéticas: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Fibrose Cística, Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, Deficiência da Biotinidase e Hiperplasia Adrenal Congênita (MS, 2010).

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), tem como Missão Promover, implantar e programar a política de triagem neonatal para doenças genéticas, metabólicas e congênitas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visando o acesso universal, integral e equânime, com foco na prevenção, na intervenção precoce e no acompanhamento permanente das pessoas com as doenças incluídas no Programa Nacional de Triagem Neonatal. O diagnóstico precoce, o tratamento adequado e o acompanhamento médico de algumas doenças podem evitar a morte, deficiências e proporcionar melhor qualidade de vida aos recém-nascidos acometidos de uma população. A Triagem Neonatal identifica algumas destas condições. (MS, 2010).

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou continuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde.

Essas condições são as condições agudas e as crônicas, condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, normalmente inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar, condições crônicas têm um período superior a três meses, e nos casos de algumas doenças crônicas, tendem a apresentar-se de forma definitiva e permanente.

Importância destes conceitos na organização das redes de atenção à saúde os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população. Daí que os sistemas e redes de atenção à saúde são respostas sociais, organizadas deliberadamente por meio de políticas públicas, para responder as necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e em certo tempo.

Ao compreender tal condição humana, a assistência integral ao paciente de acordo com as necessidades por ele apresentadas. Como relatam Erdmann et al (2006), a interconexão das práticas mediante a efetivação de ações conjuntas, interdisciplinares, é uma das estratégias para a promoção da saúde frente à atual realidade. E essa tarefa da equipe multidisciplinar se constitui num desafio, uma vez que considera a gestão de práticas de saúde pautadas na atenção integral que constrói possibilidades para o cidadão ser protagonista do seu cuidado.

3.3 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

De acordo Fishman's (2014), a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é um estado de doença caracterizado pela limitação do fluxo aéreo que não é totalmente reversível. Ou seja, existe uma limitação do fluxo só que eu não consigo reverter totalmente, ao contrário da asma. A limitação do fluxo aéreo é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas ou gases nocivos.

Ainda para mesmo, a doença pulmonar obstrutiva Crônica (DPOC), engloba duas entidades: bronquite crônica (blue bloater), definida clinicamente pela presença de tosse produtiva por mais de 3 meses, no período de 2 anos consecutivos, definição mais clínica do que patológica. Enfisema Pulmonar (pinkpuffer), caracterizado anatomo-patologicamente por destruição da membrana alveolar com estiramento das vias aéreas distais e aumento dos ácinos alveolares. Destroi os septos alveolares. Os dois possuem alterações dentro do brônquio, só que no enfisema ocorre destruição dos espaços alveolares fazendo com que diminua a troca de oxigênio, além da broncoconstricção existe destruição dos espaços alveolares.

Nossa respiração é 1:2, a inspiração é ativa, depende da musculatura para a entrada de ar. Se tiver obstrução brônquicaa, (DPOC), não tem capacidade de expirar totalmente o que inspirou. Na doença pulmonar obstrutiva Crônica (DPOC), inspira 500 ml, mas ele não consegue expirar 500 ml, ele inspira menos do que isso. Inspira normal, mas não consegue expirar tudo e começa acumular lá dentro, pulmão fica hiperinsuflado, e essa hiperinsuflação é uma das causas da destruição dos espaços alveolares. Fica um pulmão enfisematoso. Tórax em barril, cúpulas diafragmáticas ficam mais retificadas, diâmetro antero posterior aumenta. (GUIDELINE; IDSA, 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS 2010), a prevalência 9/1000 homens; 7/1000 mulheres; A morbidade aumenta com a idade; Maior em homens que em mulheres; 4^a maior causa de morte no mundo;

Para Fishman's (2014), as alterações patológicas da DPOC se localizam, nas vias aéreas centrais e periféricas; bronquios de grandes calibres e de pequenos calibres, no parênquima pulmonar; pela destruição dos alveolos, na vasculatura pulmonar; causa hipertrofia do vaso pulmonar, pela rigidez de enviar o sangue para diante.

Alterações patológicas nos pulmões levam a alterações fisiológicas correspondentes a características da doença: Hipersecreção mucosa, dentro da mucosa bronquica começa haver aumento da secreção, disfunção ciliar, quando a fumaça entra nos bronquios eles ficam mais lentos e ao mesmo tempo eles têm que trabalhar mais, há um desgaste, limitação do fluxo aéreo, pela obstrução do bronquio, hiperinsuflação pulmonar, volume residual aumenta, expiração fica

mais prolongada, expiração forçada, tem retenção de ar e o volume residual começa a aumentar, anormalidades nas trocas gasosas, existe essa destruição dos espaços alveolares, Entre parenquima e o interstício existe trocas gasosas e a distribuição do parenquima leva a diminuição das trocas gasosas, hipertensão pulmonar, cor pulmonale, se tem hipertensão pulmonar tem maior chance de ter cor pulmonale. (GUIDELINE; IDSA, 2016).

4. RELATO DA EXPERIÊNCIA

Este trabalho apresenta os resultados de aplicabilidade da política de triagem neonatal para doenças genéticas, metabólicas e congênitas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi desenvolvido na rede de atenção primária e em base de dados da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), município de Cascavel-PR.

Compõe-se de um estudo descritivo retrospectivo. Sendo autor principal, T.de. F. F, sexo feminino brasileira, 51 anos, 01mes e 02 dias, natural de Guaraniaçu- PR, residente em Cascavel-PR, desenvolve atividades doméstica, união estável, dois filhos maiores de idades. Consulta 01 Em 26/07/2018, procurou a Unidade de Pronto Atendimento, acompanhada de seu familiar, no setor de triagem relatou queixas urinárias, falta de ar. Anamnese: HMA - há um ano paciente relata dor de forte intensidade no abdome em cólica, constante, que irradiava para a região hipogástrica que atenuava em repouso e com o uso de analgésicos e piorava com necessidade miccional, nega perca de peso, refere distensão abdominal, dispneia constante sem fator de melhora, náusea continua, e diminuição das micções há quatro dias, apresentando fezes de coloração enegrecida, amolecidas e em pequena quantidade e de forte odor, sem alteração na forma. Nega, vômito, enterorragia, esteatorréia, disfagia e pirose. HPP - terapêutica anterior, enfisema e embolia pulmonar. Nega diabetes, hipertensão, nega procedimentos cirúrgicos anteriores. HP- menarca aos 16 anos e multípara de 2 filhos, sendo que 02 nasceram de cesariana. Nega, etilismo e tabagismo. HF- mãe apresenta diabetes, pai falecido doença cardíaca, nega cefaleia, tontura, vertigem, alterações visuais, olfativas e auditivas. Nega alterações na fala, gustação e salivação. Não apresenta alterações de pele e fâneros na região. Nega disfagia, odinofagia, nega ortopnéia, palpitações, dor precordial, apresenta edema de MMII (+3/4) sem alterações na perfusão cutânea, nega oligúria, poliúria, polaciúria, hematúria, nega dor articular, rigidez, sinais de inflamação e limitação dos movimentos e atividades. Exame Físico: SSVV: FR – 18 mr; FC – 98 bpm; PA: 100/70 mmHg; T: 36,7° C, SatO 81%. MEG, consciente, LOTE, Glasgow (17h50min) escorre 15, anictérica, acianótica, afebril, apresentando mucosas hipocoradas (+/4), hidratada, sem alterações de pele e fâneros. Apresenta, cicatriz suprapúbica. Permaneceu em conduta terapêutica e avaliação, evolução insatisfatória

solicitados exames: Exames Laboratoriais: sem alterações; Solicitado exames de imagem; em 27/07/2018. Ecocardiograma Transtoracíco; Conclusão: Septo Interventricular: Paradoxal, desviado para o interior do Ventrículo Direito (VD); Septo Interatrial: Abaulamento para o interior do átrio direito, sem shunt detectável; Ventrículo Direito (VD), dilatado, hipocinesia difusa, Ventrículo Esquerdo (VE); Função sistólica global preservada, Átrio Direito (AD), Dilatado, Átrio Esquerdo (AE), normal. Tomografia Computadorizada do Torax: Conclusão: Aumento das dimensões cardíacas; Aumento do calibre das artérias pulmonares associadas; Enfisema difuso, com bolhas pulmonares associadas, Bronquiectasias cilíndricas e varicosas bilaterais; Nódulos centrolobulares esparsos bilaterais, de aspecto inespecífico. Encaminhada para hospital Universitário em 28/07/2018, para continuidade do tratamento de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Permanecendo em tratamento por dez dias, quanto recebeu alta hospitalar e encaminhamento a rede básica de saúde para continuidade de tratamento e acompanhamento da patologia.

A referida autora do estudo, não foi contemplada pelos exames do Programa de Triagem Neonatal (PNTN), visto que a implantação do programa é posterior ao seu nascimento.

5. DISCUSSÃO

Neste estudo, pode observar vários aspectos da construção das políticas e programas de saúde. Analisando sua linha de tempo, obtivemos um panorama das redes para a assistência e a ampliação, nos auxiliou a ter uma maior compreensão sobre elas. A seguir, apresentamos a análise dos resultados mais pertinentes ao tema.

A análise do caso possibilitou construção da integralidade na atenção à saúde uma vez que, na Constituição Federal, Lei n. 8080/90, a integralidade da assistência é expressa como uma articulação continua da promoção de saúde com prevenção e tratamentos de agravos, por meio dos serviços e ações prestadas, no âmbito individual e coletivo, de acordo com cada caso, abrangendo os níveis que compõem os sistemas (BRASIL, 1990).

A diretriz do (SUS), que mais confronta com o modelo hegemônico do sistema é a integralidade, que pode ser definida como uma bandeira de luta do sistema. (ALVES, 2005; COLOMÈ, 2010; REIS, 2008). Envolve o ato de cuidar das pessoas por meio de ações coesas e interligadas e o incentivo às práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos, sem prejuízos das práticas assistências.

Pode afirmar ainda, que a integralidade é ferramenta que nos permite entender a magnitude do processo saúde doença e visualizar como sua amplitude extrapola o campo biológico. (CECILIO,

2010). A garantia de um atendimento integral ultrapassa uma assistência à saúde hierarquizada e regionalizada, abrange o individual e o coletivo e requer um compromisso constante com o aprendizado e atuação de entidades promotoras de cuidados a saúde.

Neste contexto, conforme Ministério da Saúde (MS,2010), A Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (FEPE), é uma instituição sem fins lucrativos que desde 1959 atua nas áreas de prevenção, saúde, atendimento especializado e sócio assistencial a pessoas com deficiência intelectual e múltipla deficiência.

A Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (FEPE) é o único Serviço de Referência em Triagem Neonatal credenciado ao Ministério da Saúde para a realização do Programa Nacional de Triagem Neonatal – Teste do Pezinho, no Estado do Paraná. O programa disponibiliza aos bebês o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento, gratuitos, para as seguintes doenças genéticas: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Fibrose Cística, Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, Deficiência da Biotinidase e Hiperplasia Adrenal Congênita (MS, 2010).

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), tem como Missão Promover, Implantar e Implementar a política de triagem neonatal para doenças genéticas, metabólicas e congênitas no âmbito do SUS, visando o acesso universal, integral e equânime, com foco na prevenção, na intervenção precoce e no acompanhamento permanente das pessoas com as doenças incluídas no Programa Nacional de Triagem Neonatal. O diagnóstico precoce, o tratamento adequado e o acompanhamento médico de algumas doenças podem evitar a morte, deficiências e proporcionar melhor qualidade de vida aos recém-nascidos acometidos de uma população (MS, 2010).

Dessa forma, a aplicabilidade da política de triagem neonatal para doenças genéticas, metabólicas e congênitas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), confere uma abordagem articulada às práticas assistências evidenciadas na criação das redes e a visão ampliada acerca do indivíduo, e suas necessidades do processo saúde-doença, bem como extrapola o campo biológico uma vez que, propicia a inter-relação diagnóstica para um atendimento integral, uma prática a saúde hierarquizada e regionalizada, abrange o individual e o coletivo e requer o compromisso constante entre as políticas vigentes.

Sendo assim, o reconhecimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e articulações com entidades promotoras de triagem de doenças congênitas, beneficia o desenvolvimento de agravos a saúde, visto que, vale ressaltar que o estudo em questão denota essa nuance, sendo que, a autora do estudo, não teve acesso a essas articulações de prevenção e promoção a saúde, pois sua faixa etária não contemplava os benefícios e desenvolvimento das políticas para avanço de agravos a saúde. Neste sentido, a ressalva é o desenvolvimento das políticas sociais para integrar e assistir o indivíduo no seu contexto bio-pissíquico social.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde (SUS), e a integralização das associações filantrópicas sem fins lucrativos, em termos institucionais, envolve a mudança de uma série de eventos que foram inseridas quando o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), e suas diretrizes, pautadas na missão de promover e implementar a política de triagem neonatal para doenças genéticas, metabólicas e congênitas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser atendido dentro dos hospitais e confrontadas e assistidas na Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A desincorporação das intervenções associadas ao crescimento e desenvolvimento dos benefícios alcançados ao processo saúde-doença são percepções visualizadas e comprobatórias, uma vez que minimizou agravos a saúde e analisando os determinantes intermediários expostos a riscos sociais intermediários que classifica uma população em níveis e fazem medidas de promoção da saúde essencialmente.

A partir da população geral identifica uma população menor e nessa população quais são os determinantes proximais os que estão muito próximos do indivíduo e de sua família que interfere radicalmente em sua condição de saúde e de doença. E começa a estabelecer estratégias de prevenção e promoção, se há um risco pré-definido identificado, ou seja, prevenir a ocorrência de uma doença, oportuniza a orientação profissional e dá suporte para ter um autocuidado apoiado para que essas pessoas não adoeçam, fazendo dessa forma uma prevenção específica.

Esse estudo, em que pensem suas limitações, traz informações sobre a complexidade e relevância da análise sobre a saúde e doença e seus condicionantes sociais, bem como o desenvolvimento e crescimento das políticas de saúde e entidades sócias para assistir a população.

Sento assim, estudo pretende contribuir à cerca do tema elencado, estimular novas reflexões na tentativa de que outros profissionais passem, a partir dessa abordagem, a refletir e até mesmo sistematizar novos métodos e ações para cuidado das pessoas.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. Gerência do cuidado de enfermagem frente a novos modelos de gestão. In: **Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. se. 20-25; 1998. Salvador. Salvador: ABEn – Seção – BA, p 153-8, 2005

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde nº 8080** de 19 de setembro de 1990: Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1990 set 20; 128: 55-90.

CECÍLIO, L.C.O. A necessidade de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A [org] **O sentido da integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

COLOMÉ, I. C. dos S.; LIMA, M. A. D. da S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no programa saúde da família (PSF). **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 4, n. 27, p. 548-56, dez 2012.

ERDMANN, A. L. et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 483-91, jul/set 2006.

FERREIRA, G. Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da reforma psiquiátrica no Brasil. In: **Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders**. 5. ed. Rio de Janeiro: 2014.

HUMBERTO, G.M et al. Diabetes mellitus, hipertensão arterial e doença crônica: estratégias terapêuticas e suas limitações. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v.15 n. 2, p. 111-116, 2008.

LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**: procedimentos básicos, pesquisas bibliográficas, projeto e relatório, publicação e trabalhos científicos. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LIMA, G.Q. M. A.D.S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviço de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, 2006.

LUCCHESE, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003

Management of Adults with Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. Clinical Infectious Diseases Advance Access published July 14, 2016 IDSA GUIDELINE

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação tecnológica em saúde**: subsidiando a melhoria da qualidade e eficiência do SUS (Reforsus). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. Disponível em <www.ms.org> Acesso em: maio, 2019.

REIS, M. A. S. dos; et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-66, set-dez, 2008.

SANTOS A.S.S.; MIRANDA, S.M.R.C. **A Enfermagem na Gestão em Atenção Primária à Saúde**. Barueri, SP: Copyrigth, 2007.

WHO – World Health Organization. **World conference on social determinants of health: meeting report**. Rio de Janeiro: WHO; 2011 [acesso em 21 abr 2019]. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/resources/Conference_Report.pdf