

A IMPORTÂNCIA DA AGENDA POLÍTICA NA EVOLUÇÃO DOS TEMPOS DAS COLETAS REALIZADAS NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA DA TRIAGEM NEONATAL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Simone Martins de Castro ^{1,2}; Solange Rosaura de Souza Brito¹

¹Serviço de Referência em Triagem Neonatal, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Prefeitura Municipal de Porto Alegre, RS

²Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

RESUMO

A busca de compreender a importância da agenda política e a sua capacidade de interferir e produzir resultados na triagem neonatal foi o objetivo deste trabalho. Ele foi realizado no Laboratório de Referência em Triagem Neonatal do RS e abordou a questão dos tempos de coletas da triagem na primeira semana de vida dos recém-nascidos (RN) no município de Porto Alegre. Esta avaliação aconteceu sobre os dados dos anos de 2008 a 2012 e levou em consideração a divisão territorial como forma de organizar a apresentação dos dados. Foi observado um aumento importante nos percentuais dos tempos de coleta na primeira semana de vida dos RN em todas as Gerências Distritais do município e, que este evento apresentou certa relação com a tomada de decisão da gestão de saúde do município em desencadear ações relevantes como alteração dos fluxos de transporte das coletas das Unidades (US) e Estratégias de Saúde da Família (ESF) até o LTN/RS, padronização de documentos, investimento em capacitações, a criação da CIB 083/2011 cuja função é reforçar as indicações do Plano Nacional de Triagem Neonatal. Para alcançar as metas propostas fez-se indispensável o planejamento adequado do sistema e uma estrutura institucional que incluam profissionais capacitados de diversas categorias profissionais, tanto para o diagnóstico como para o tratamento, além de uma superestrutura que propicie ampla articulação entre instituições envolvidas direta ou indiretamente em ações de Triagem Neonatal. O diálogo permanente entre a estrutura administrativa do SRTN/RS e a Administração Pública de Saúde torna-se relevante para o bom desempenho de todo o conjunto.

Palavras-chave: *Triagem neonatal. Agenda política. Tempos de coletas.*

1. INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 nos art. 196 a 200 instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS. A regulamentação ocorre nas Leis nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. A Universalidade, a Integralidade e a Equidade são os princípios que norteiam as práticas de saúde no que se refere aos modelos de atenção e de gestão.

A saúde pública recebe novos contornos com o Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990. O Estatuto veio assegurar o direito da criança, portadora de necessidades especiais a acessar atendimento no âmbito da saúde pública. Até aquele momento, os serviços que ofereciam algum atendimento no campo da Genética estavam aos cuidados de Hospitais Escola em estados como São Paulo ou as Associações de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE) espalhados em grandes capitais. A inserção do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN/MS) criado pela Portaria 822 de 2001 do Ministério da Saúde (MS) estabeleceu marco histórico no campo da promoção da saúde e, a quebra do paradigma da prevenção. O objetivo da triagem dos recém-nascidos (RN) é diagnosticar os doentes com o fim de prevenção do desenvolvimento da doença e promoção da saúde dos portadores destas doenças.

O termo “triagem neonatal” refere-se a testes que devem ser realizados nas primeiras horas de vida do RN e que, quando executados no momento preconizado e de forma adequada, constituem-se em marcadores importantes na promoção e prevenção da morbimortalidade neonatal (Botler, 2010)¹. A coleta realizada na primeira semana de vida é fundamental e direito de todo o recém-nascido, segundo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no art. 8º inciso III (13/07/1990). O critério de seleção das doenças tem a ver com a viabilidade de intervenção precoce e tratamento, que impacte na qualidade de vida dos portadores. Considerando o objetivo da triagem que é coletar e analisar em tempo hábil para evitar o desenvolvimento de sequelas, há a orientação de que a coleta de sangue em papel filtro deve ocorrer, prioritariamente, na primeira semana de vida dos RN. Também consta a indicação de que o exame deve ser de fácil acesso e realizado por todos os RN em território brasileiro (BRASIL, 2005)².

O PNTN orienta que sejam estabelecidas redes de acesso universal e descentralizado aos RN, com a capacidade resolutive para atender a todos os nascidos triados portadores das doenças previstas no Serviço de Referência em Triagem Neonatal local (SRTN). As diretrizes do PNTN propõem que os sistemas de Triagem Neonatais estaduais ou municipais devem ter a conformação baseada em seis elementos: *capacitação, triagem, busca ativa, confirmação diagnóstica, tratamento, acompanhamento e avaliação* (BRASIL, 2005)³.

Estabeleceu-se que o PNTN será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal através da criação de uma Rede Estadual de Triagem Neonatal, tendo como unidade central os SRTN. Aos SRTN são destinados à operacionalização, execução e controle do PNTN, na sua área de abrangência (Art. 1º § 3º Portaria 822/01/MS).

¹ BOTLER, Judy et al. **Avaliação de Desempenho do Programa de Triagem Neonatal do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: s.n., 2010, 239f. Ciênc. Saúde Coletiva [online], v.15, n. 2, p. 493-508, 2010.

² BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal, SAS**. Editor. 2005.

³ Ibidem

A Portaria 822/MS com base na gestão compartilhada, descentralizada e respeitando as diversidades constitutivas presentes no Brasil entende que, em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais existentes nos estados, da variação percentual de cobertura dos nascidos-vivos da triagem que vinha sendo realizada no país e da diversidade das características populacionais, faz-se necessária a implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal em fases: (BOTLER et AL CAMACHO; CRUZ, 2008)⁴ *Fase I* - Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito; *Fase II* - Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias; *Fase III* - Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística; *Fase IV* - Todas doenças da Fase III mais Deficiência de Biotinidase e Hiperplasia Adrenal Congênita (Art. 1º § 2º Portaria 822/01/MS).

Para dar suporte de financiamento a todas essas atividades e viabilizar economicamente sua realização, o Ministério da Saúde incluiu em tabela do SUS (Portaria SAS n.º 223, de 22 de junho de 2001) todos os procedimentos necessários e sua respectiva remuneração (BRASIL, 2005)⁵. A partir de então, todos os Estados, sob a orientação do Ministério da Saúde, devem aderir ao PNTN, através da criação de Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), devendo contar com estrutura de diagnóstico, busca ativa, tratamento e acompanhamento das doenças triadas, pagas com recursos do SUS destinados para este fim (BRASIL, 2005)⁶. Atualmente, no Brasil 62,11% das crianças têm acessado aos serviços de saúde para coleta do "teste do pezinho" no período ideal (até sete dias de nascimento) (PORTAL DA SAÚDE, 2013), e é de responsabilidade dos SRTN a organização dos fluxos de envio rápido das amostras coletadas para o laboratório de referência. Nos EUA e Reino Unido, as diretrizes orientam que os envios das amostras devem ocorrer no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte à coleta. O PNTN recomenda que este período não seja superior a cinco dias (BRASIL, 2005)⁷.

O SRTN/RS responde pela triagem pública de aproximadamente 10.000 (dez mil) RN/mês, perfazendo o percentual de 75% de nascidos vivos no estado do RS (BRASIL, 2013). Atualmente o RS está na Fase IV do PNTN triando e acompanhando as doenças fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, hemoglobinopatias, fibrose cística, deficiência de biotinidase e hiperplasia adrenal congênita. A forma de organização da rede no RS está baseada na coleta de sangue realizada na área do calcanhar do RN, devendo ser executada na unidade de saúde mais próxima do domicílio, entre o 3º e o 5º dia de vida do RN, ou em ambiente hospitalar (se o RN permanecer internado por tempo superior a cinco dias). Estratégias simples como esta, oportunizam o tratamento igualitário e precoce da doença que, por sua vez, impacta na diminuição das morbimortalidades e, por consequência, promove a qualidade de vida das crianças portadoras de doenças.

O tema deste trabalho foi avaliar o desempenho dos tempos de coleta, através da análise da idade dos RN no momento da coleta, no município de Porto Alegre entre os anos de 2008 e 2012. A política pública envolve, para além de constar na Agenda Política do Gestor, diversas ações estrategicamente selecionadas para gerar eficiência e eficácia a partir das decisões tomadas. Desta forma, pretendeu-se avaliar e descrever o processo ativo da

⁴ BOTLER, Judy; CAMACHO, Luiz Antônio Bastos; CRUZ, Marly Marques. **Análise do desempenho do Programa de Triagem Neonatal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, de 2005 a 2007**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p.2419-2428, 2008.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal, SAS**. Editor. 2005.

⁶ Ibidem.

⁷ Ibidem.

vontade política em tornar efetiva a Triagem Neonatal no município de Porto Alegre, através da análise dos tempos envolvidos na triagem.

2. MÉTODO

Foi realizado um estudo retrospectivo de 2008 a 2012, através da coleta de informações do banco de dados do SRTN-RS (VEGA TRIAGEM - sistema de informação utilizado no Laboratório de Triagem Neonatal (LTN/RS)). Selecionamos os dados referentes às idades dos RN no momento das coletas realizadas no município de Porto Alegre e, deste universo classificamos as coletas com base nos tempos de coletas: do 3º ao 7º dia; do 8º ao 30º dia e mais de 30º dias de vida. Para respeitar a organização administrativa do Município de Porto Alegre os dados foram levantados, considerando o território – Gerência Distrital.

Os dados de nascidos vivos foram retirados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e a utilização de indicadores de desempenho focado no tempo da idade na coleta (Webster e Santos & Costa).

Os dados coletados foram processados em planilha de Excel 2010. O projeto teve os custos financeiros custeados pela pesquisadora.

3. RESULTADOS

Foram analisados os dados de 70.712 RN triados pelo SRTN-RS referentes ao período de 2008 a 2012, conforme apresentado na Tabela 1. Os dados foram coletados pela Instituição e permitido o acesso, somente aos dados oficiais existentes em relatórios. Os anos analisados demonstraram crescente aumento na proporção de coletas realizadas na primeira semana de vida, alcançando a média de 70% entre o 3º e o 7º dia de vida no ano de 2012 no município de Porto Alegre.

Tabela I – Percentual de nascidos vivos/ano triados na rede Pública de Porto Alegre entre 2008 a 2012.

ANO	SINASC (N)	RECÉM- NASCIDOS TRIADOS (N)	COBERTURA %
2008	18.558	14.170	76,4%
2009	18.668	13.905	74,5%
2010	18.321	13.711	74,8%
2011	18.919	14.184	75,0%
2012	18.000(*)	14.742	81,9%
Total	92.466	70.712	76,5%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

*Valor estimado

O Gráfico 1 apresenta a evolução do percentual de coletas na primeira semana de vida do RN no município de Porto Alegre entre 2008 a 2012. No primeiro quadrimestre de 2008 somente 32% dos bebês coletavam o teste no período ideal, e no terceiro quadrimestre de 2012 este valor alcançou 78%.

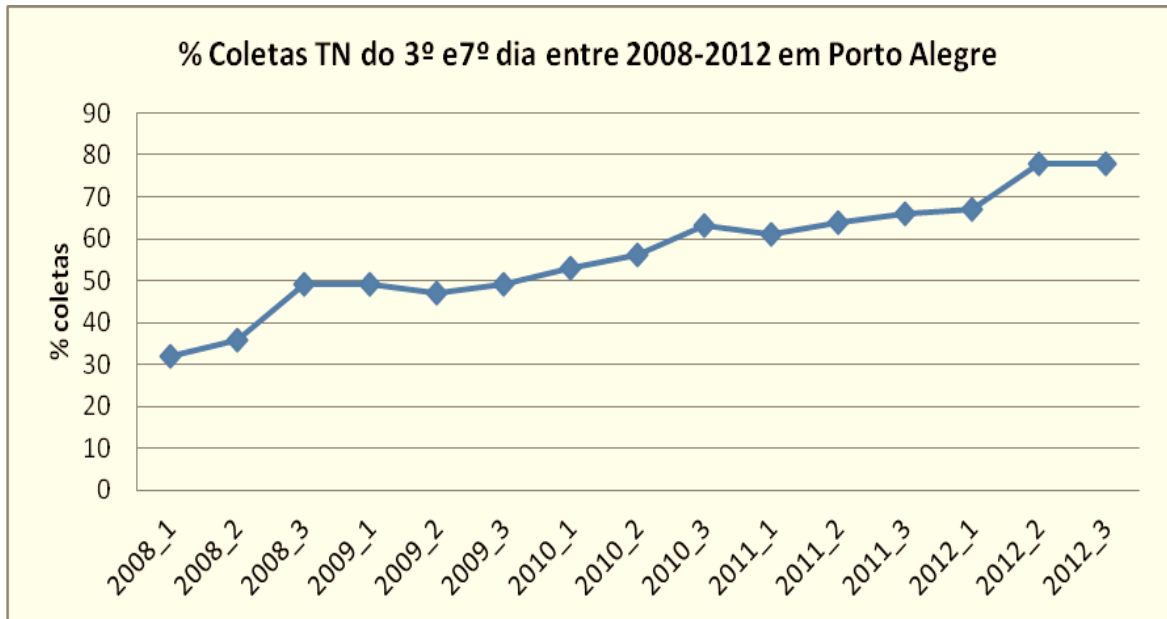
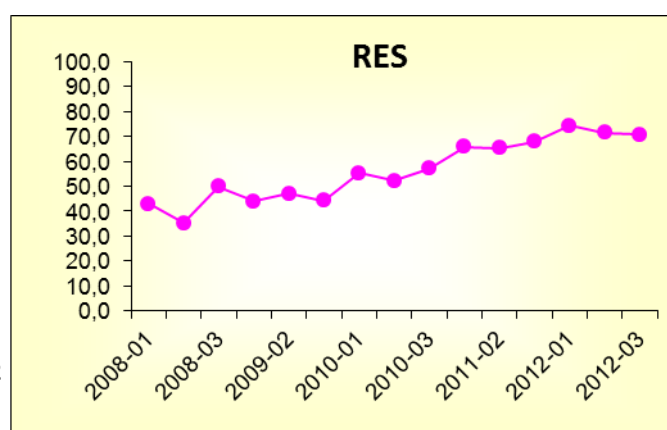
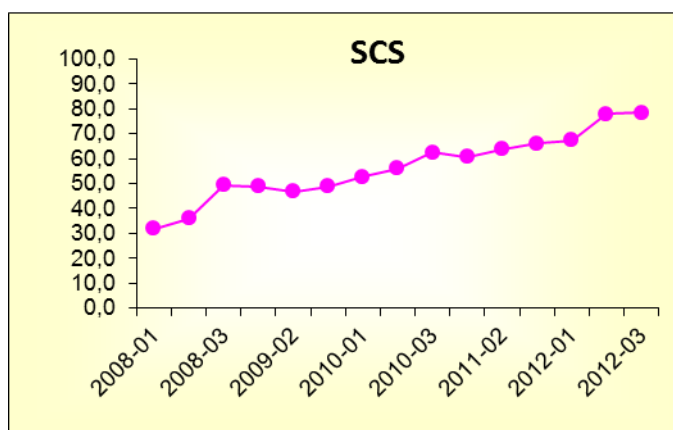
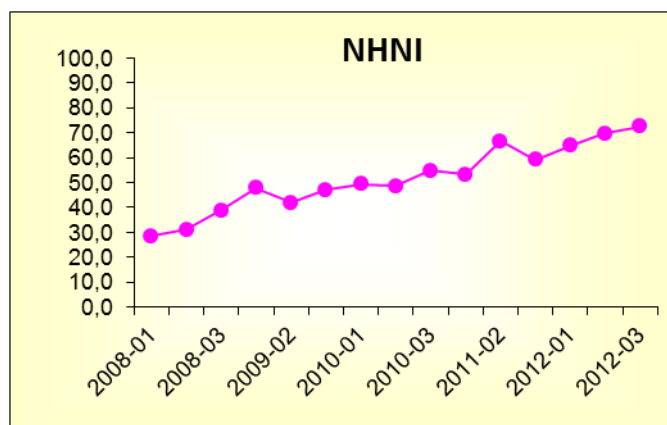
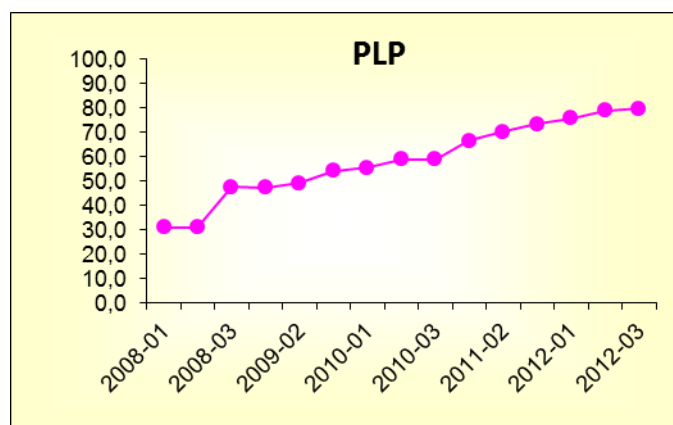
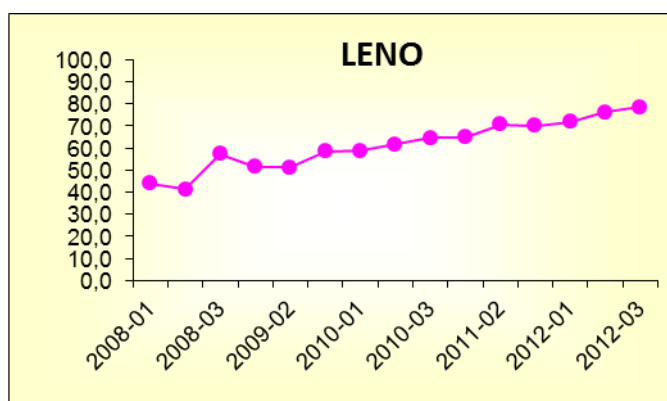
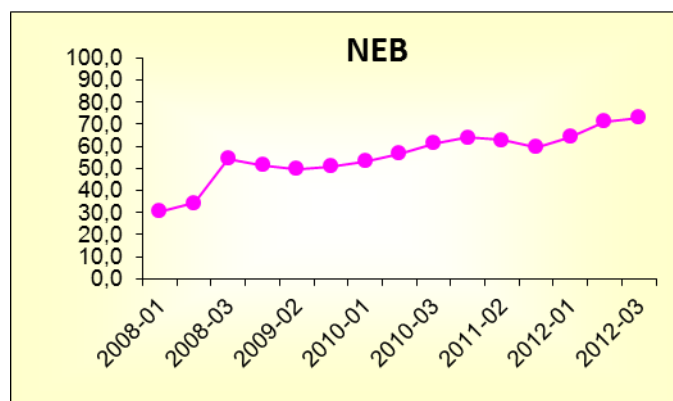
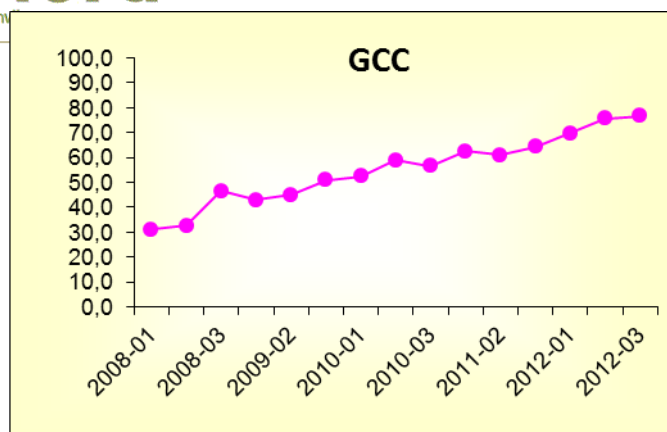
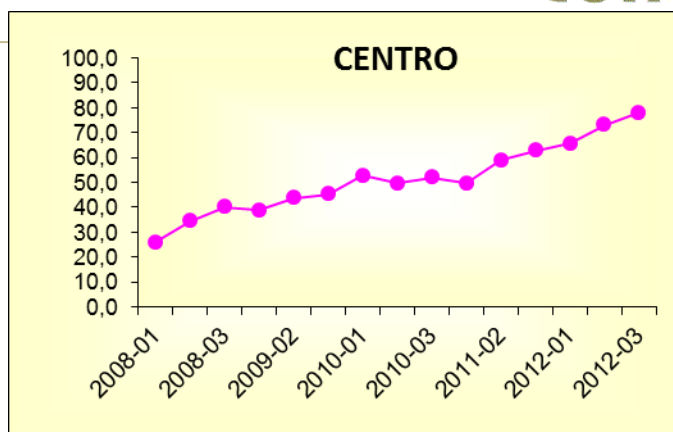


Gráfico 1: Percentual de coletas da triagem neonatal na primeira semana de vida do RN entre 2008 e 2012 na rede pública do município de Porto Alegre.

O Gráfico 2 apresenta a distribuição dos percentuais de coletas da triagem neonatal na primeira semana de vida, entre 2008 e 2012, estratificado pelas Gerências Distritais do município de Porto Alegre. Os dados demonstraram que houve um aumento importante nos percentuais de coleta, variando de 25% em algumas gerências no período inicial e ultrapassando 70% em todas as gerências analisadas no ano de 2012.

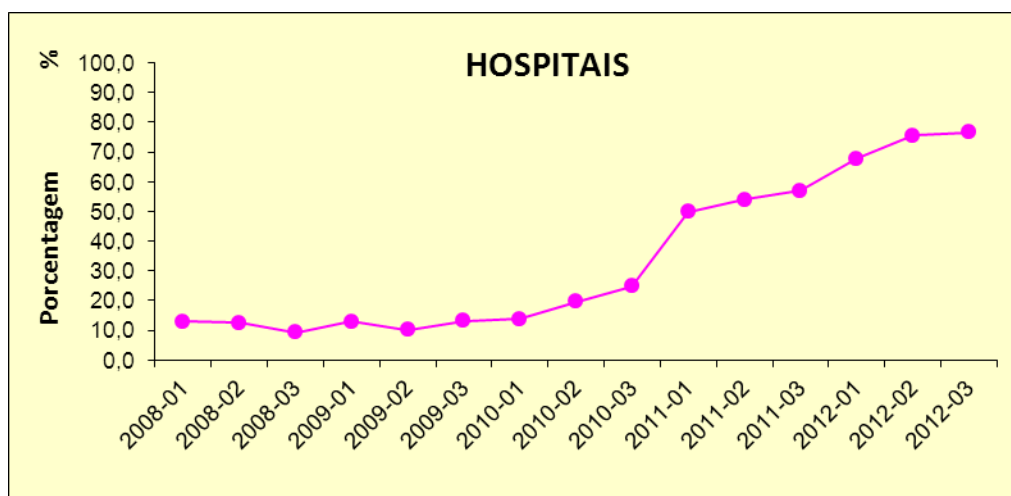
%



Fonte: SRTN/RS; Legenda das Gerências Distritais: GCC - Glória/Cruzeiro/Cristal; Leno - Leste/Nordeste; NEB - Norte/Eixo Baltazar; RES - Restinga; SCS - Sul/Centro-Sul; NHNI - Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas; PLP - Partenon/Lomba do Pinheiro.

Gráfico 2 - Série histórica dos percentuais de coletas de triagem neonatal na primeira semana de vida de 2008 a 2012 no Município de Porto Alegre, estratificado por Gerência Distrital.

Os Hospitais Públicos do Município de Porto Alegre, historicamente, delegavam aos Postos de Saúde toda a atenção preventiva. A inserção da Triagem Neonatal como direito da criança e obrigação do Estado recebeu o mesmo tratamento. O Gráfico 3 demonstra o aumento dos percentuais de coleta na primeira semana de vida, dos RN que permaneceram internados nos hospitais, por mais de 5 dias, principalmente a partir do segundo quadrimestre de 2010.



Fonte: SRTN/RS

Gráfico 3 - A distribuição das coletas da triagem neonatal na primeira semana de vida dos RN internados nos Hospitais Públicos do Município de Porto Alegre de 2008 a 2012.

4. DISCUSSÃO

O PNTN preconiza o acesso universal de todos os RN. É fundamental a participação institucional com o objetivo de melhorar a cobertura das crianças triadas e, por consequência, atender com agilidade a todo RN que apresentar diagnóstico positivo para alguma das doenças. Vários são os fatores envolvidos para o programa atingir seu objetivo final que é o diagnóstico precoce. A complexidade envolve desde estabelecer vínculo com a gestante junto à estrutura de Atenção Básica, o nascimento, a coleta no tempo ideal (entre o 3º ao 7º dia), qualidade da amostra, tempos de transporte dos materiais coletados, fluxos laboratoriais, emissão de laudos e acompanhamento no Ambulatório de Especialidades dos casos suspeitos. Diversos são os atores, com diferentes interesses para efetivarmos a triagem neonatal no município de Porto Alegre. Entender a importância e estabelecer a meta de 70% de amostras

coletas na primeira semana de vida foi um grande desafio para a Gestão do SUS em Porto Alegre em seu Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

Porto Alegre representa, segundo dados do Observatório de Porto Alegre – OBSERVAPOA⁸ – 13,4% da população do RS e 0,8% da população do Brasil. A densidade demográfica (2008) é de 2.896hab/km (FEE, 2010)⁹. Segundo dados do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), onde incidem dados sobre a taxa de alfabetização, longevidade e renda, Porto Alegre é considerada a cidade com melhor qualidade de vida do país. No entanto, a partir do levantamento apresentado no Atlas de Desenvolvimento Humano de Porto Alegre (2008) a realidade é outra, já que estão presentes as desigualdades locais regionais, inclusive dentro de uma mesma região distrital.

Estes fatores favorecem a perpetuação de vulnerabilidades sociais que produzem impacto direto na capacidade de tornar conhecido, entendido e com excelência na sua efetivação vários serviços, entre eles o Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN/RS).

A Rede de Atenção Básica é a porta principal de entrada no SUS. Tem a função social de atender de forma universal, propiciando o acesso, a formação de vínculo, a abordagem integral dos usuários afetados pela responsabilidade sanitária de forma humanizada e equânime. Deve criar condições para a efetivação da participação ativa dos usuários na construção da saúde que a comunidade deseja. Podemos afirmar que a unidade de saúde, por ser a principal responsável pela coleta do teste, é a porta de entrada e tem um papel fundamental no resultado final do programa de triagem neonatal. O incremento de novas Estratégias de Saúde da Família (ESF) através do Programa Expansão e Consolidação de Saúde da Família (Proesf), ao permitir a conversão de rede ambulatorial básica para modelo de Saúde da Família (PORTO ALEGRE, 2010)¹⁰ pode ter sido um dos fatores que propiciou o começo da mudança dos tempos de coletas no Município de Porto Alegre, por oportunizar a aproximação do serviço de saúde com a comunidade, através do trabalho do agente comunitário, no estabelecimento de vínculo e facilitador no fomento por ações em saúde.

Importante e oportuno é referir o Plano Plurianual 2010/2013 (PPA) do Município de Porto Alegre onde constam as metas de investimento no âmbito da Saúde sob o lema - A RECEITA É SAÚDE. A proposta é o aprimoramento do gerenciamento da rede básica e especializada, bem como as políticas de promoção à Saúde através das melhorias do acesso aos serviços básicos e especializados, com ampliação e qualificação da rede de atendimento fortalecendo ações de proteção e promoção à Saúde.

O aumento da cobertura do atendimento básico pelas equipes da Estratégia da Saúde e Unidades Básicas de Saúde - unidades coletoras de teste do pezinho de maior expressão tendem a permitir o aumento percentual da população recebendo esta ação em saúde com tempos melhorados. Metas como ampliação do número de equipes, aumento da cobertura e qualificação do pré-natal, redução da mortalidade infantil, acompanhamento do RN na primeira semana de vida, aumento da realização dos testes de triagem neonatal também na primeira semana de vida impactam diretamente na melhoria do PNTN.

Observando o Gráfico 2 que apresenta a série histórica 2008/2012 fica evidente a progressiva mudança dos tempos da coleta na primeira semana de vida no município de Porto

⁸ OBSERVAPOA, **Observatório da Cidade de Porto Alegre, RS**. Disponível em <http://www.observapoa.palegre.com.br/>, acessado em 2013.

⁹ FEE, **Fundação de Economia e Estatística 2010**. Disponível em <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/capa/index.php>, acessado em 2013.

¹⁰ PORTO ALEGRE. **Secretaria Municipal de Saúde**. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre: breve relato histórico. 2010.

Alegre. A aposta que a Gestão da Saúde propôs em estabelecer metas para a Triagem Neonatal no município precisou de investimentos em recursos humanos qualificados e, em constante processo de aprendizado. Mas, também se fez necessário o investimento financeiro em tecnologias ligadas ao transporte das amostras, capacitação da Rede de Atenção Básica, melhoria da relação entre os hospitais públicos e a Triagem Neonatal.

A partir de um diagnóstico situacional, iniciou-se um entendimento da importância da triagem neonatal e várias ações foram desencadeadas pelos gestores, entre elas: O SRTN é um serviço de referência estadual, sendo necessário o envolvimento de diferentes atores, entre gestores e servidores de todos os municípios do estado do RS. Reuniões periódicas para estabelecer fluxos e metas foram e são necessárias. A segunda decisão passou por estabelecer metas para o SRTN/RS em âmbito municipal e, para tanto, envolveu os vários atores que atravessam todo o processo, através de capacitações, divulgação em mídia, participação em eventos onde o tema referia-se a triagem neonatal. Passou-se a discutir o tema junto às gestões público/privada dos hospitais de Porto Alegre com o fim de propiciar a melhora nos tempos de coleta dos RN internados o que impactou numa melhora significativa, conforme mostra o gráfico III, a partir do final de 2010.

Em 2011, iniciaram-se discussões e investimentos financeiros para melhorias dos tempos de transporte das amostras. Foi estabelecido um primeiro projeto com os Correios e Telégrafos, onde o carteiro recolhia os testes diretamente dentro das unidades de saúde. Dado o número de Unidades e a complexidade do serviço da EBCT esta forma de envio recebeu nova roupagem. Aproveitando o contrato existente entre Prefeitura Municipal de Porto Alegre e EBCT aumentou-se de uma para três vezes por semana o número de malotes entre as unidades e a secretaria municipal de saúde. Esta estratégia refletiu diretamente nos tempos de retenção na US/ESF. Mas, também impulsionou os trabalhadores em efetivar a realização da coleta na primeira semana de vida.

No segundo semestre de 2011 foram realizadas várias capacitações de todas as unidades de saúde, sobre triagem neonatal. Estas capacitações tinham como populações alvo os profissionais da atenção básica, envolvidos nos processos de pré-natal e coleta das amostras.

Outro fato importante partiu do gestor estadual, com a criação da Resolução Nº 083/11 – CIB/RS, orientando e normatizando todos os serviços de saúde a coletar o teste do pezinho no 5º dia de vida do RN. Esta resolução veio reforçar as recomendações presentes no PNTN/MS em âmbito estadual e junto as Coordenadorias. Inclusive, este instrumento tem servido como disparador para negociações com os Secretários Municipais em todo o RS.

Para alcançar as metas propostas faz-se indispensável o planejamento adequado do sistema e uma estrutura institucional que incluam profissionais capacitados de diversas categorias profissionais, tanto para o diagnóstico como para o tratamento, além de uma superestrutura que propicie ampla articulação entre instituições envolvidas direta ou indiretamente em ações de Triagem Neonatal. O diálogo permanente entre a estrutura administrativa do SRTN/RS e a Administração Pública de Saúde torna-se relevante para o bom desempenho de todo o conjunto.

Organização do serviço quanto à distribuição de materiais, padronizações de documentos e envelopes com logotipos da triagem neonatal, capacitações das equipes de saúde impactam diretamente no programa. As equipes passam a reconhecer, entender e se sentem corresponsáveis pelos diferentes processos.

Compreender que pensar ações preventivas e promotoras no universo da genética vem exigindo cada vez mais recursos humanos qualificados, financiamento em pesquisas, prioridade na agenda política, proposta de constantes processos de capacitação dos

profissionais de saúde do SUS e, fundamentalmente, a aproximação do conhecimento básico das doenças genéticas com maior ocorrência para a população a fim de instrumentalizar a tomada de consciência e a participação popular por meio do controle social nas produções e práticas de saúde voltada para a população afetada por esta desordem genética (BRASIL, 2006)¹¹.

O trabalho pretendeu discutir uma parte da avaliação do teste do pezinho, uma vez que a avaliação periódica de todas as etapas e componentes do sistema do Laboratório de Triagem Neonatal como validação dos testes utilizados, verificação da eficiência da busca ativa e intervenção, verificação do benefício para o paciente, à família e a sociedade é parte integrante do PNTN/MS. A etapa referente à avaliação crítica do sistema deve ser constante. Nesta etapa, verificam-se as coberturas populacionais, os tempos consumidos em cada etapa, detectando obstáculos à realização precoce do diagnóstico e tratamento. Deve-se também avaliar a eficácia do tratamento e as dificuldades encontradas para sua efetivação e manutenção, bem como, observar o impacto dos diagnósticos sobre as famílias e os efeitos da triagem na população.

A parceria entre gestão, trabalhadores e a participação da comunidade constitui-se conjunto eficaz na obtenção do propósito de atingir 100% dos nascidos vivos atendidos pelo SUS com coletas na primeira semana de vida. Por esta evidente e plural diversidade de atores parece razoável a dificuldade em atingir a pleno os recém-nascidos dentro da primeira semana de vida.

¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nacional_atenção_basica_2006.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2013.

REFERÊNCIAS

1. BACKES et al. Triagem Neonatal como um Problema de Saúde Pública. Rev Bras. Hematol. Hemoter. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 43-47, mar. 2005.
2. BOTLER, Judy; CAMACHO, Luiz Antônio Bastos; CRUZ, Marly Marques. Análise do desempenho do Programa de Triagem Neonatal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, de 2005 a 2007. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p.2419-2428, 2008.
3. BOTLER, Judy et al. Avaliação de Desempenho do Programa de Triagem Neonatal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: s.n., 2010, 239f. Ciênc. Saúde Coletiva [online], v.15, n. 2, p. 493-508, 2010.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/.../gm/2009/prt0081_20_01_2009>. Acesso em: 12 fev. 2013.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_1031_M1a>. Acesso em: 16 fev. 2013.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 21 jan. 2013.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. SINASC. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 21 jan. 2013.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal, SAS, Editor. 2005.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.p](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)
[df](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2013.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 822 de 6 de junho de 2001. Institui o Programa Nacional de Triagem Neonatal. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.
12. Estatuto da Criança e Adolescente: Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, Distrito Federal, 1990.
13. FEE, Fundação de Economia e Estatística 2010, disponível em <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/capa/index.php>, acessado em 2013.
14. http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_sinasc_2008_09_geo.pdf
15. http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_sinasc_2010_relato.pdf
16. http://lproweb.procepa.com.br/ppa/prefpoa/observatorio/usu_doc/porto_alegre_desigual.pdf.
17. OBSERVAPOA, Observatório da Cidade de Porto Alegre, RS, Disponível em <http://www.observapoa.palegre.com.br/>, acessado em 2013.
18. PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre: breve relato histórico. 2010, 9 p. (documento não publicado).
19. PREFEITURA de Porto Alegre. Portal Transparência. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms>. Acesso em: 11 fev. 2013. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
20. Secretaria municipal da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde de Porto Alegre – CGVS. Sistema de Informação sobre mortalidade – SIM. Disponível em; http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p_secao=240, acessado em: 2013.