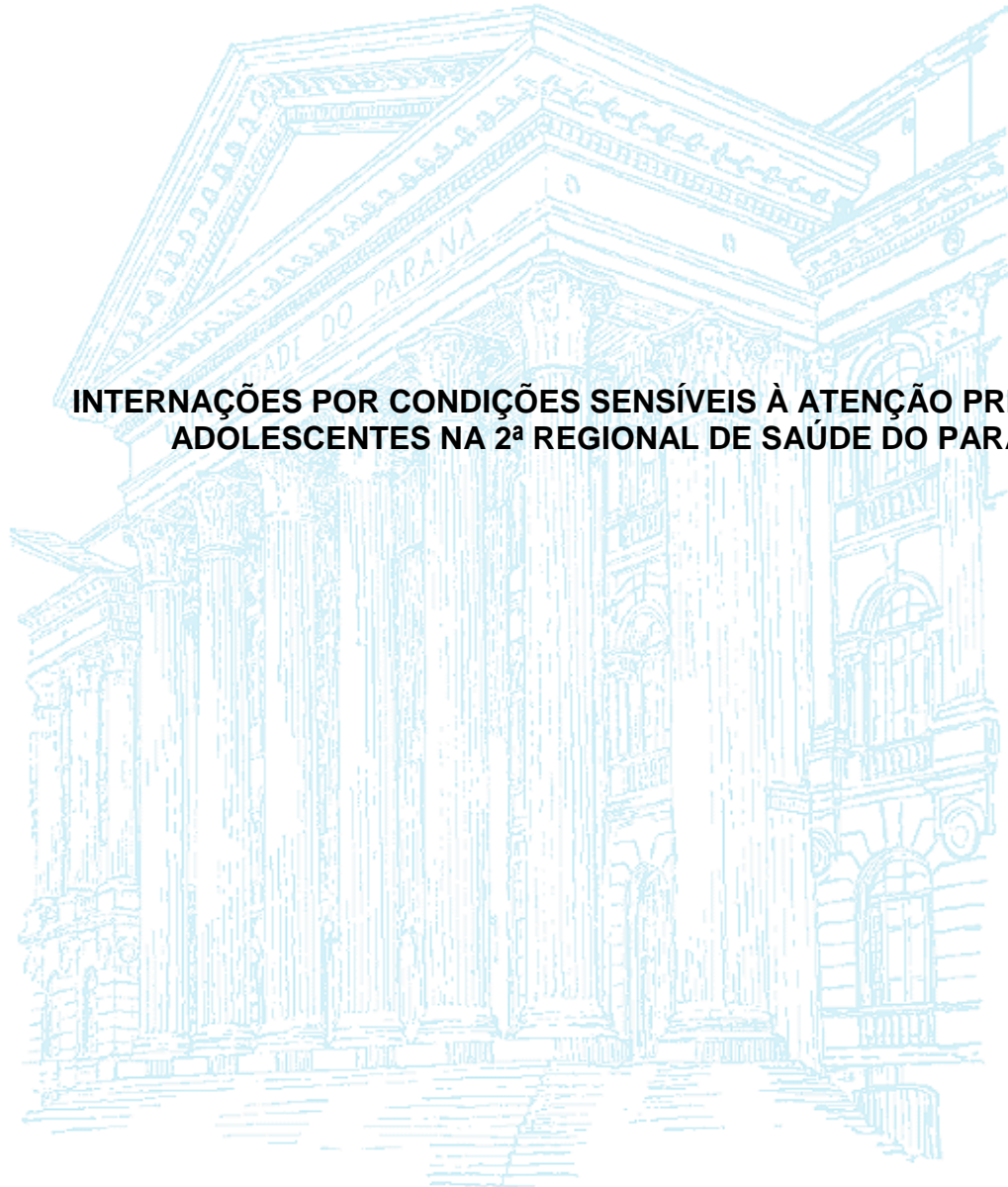


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JÉSSYCA SLOMPO FREITAS



**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA DE  
ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

CURITIBA

2016

JÉSSYCA SLOMPO FREITAS



**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA DE ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Enfermagem, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Marta Nolasco Chaves  
Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Liliana Müller Larocca

CURITIBA

2016

Freitas, Jéssyca Slompo  
Internações por condições sensíveis à atenção primária de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná / Jéssyca Slompo Freitas – Curitiba, 2016.  
114 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria Marta Nolasco Chaves  
Coorientadora: Professora Dra. Liliana Müller Larocca  
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde.  
Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Atenção primária à saúde. 2. Hospitalização. 3. Saúde pública. 4. Saúde do adolescente. 5. Enfermagem.  
I. Chaves, Maria Marta Nolasco. II. Larocca, Liliana Müller. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.734




MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM  
Código CAPES: 40001016045P7

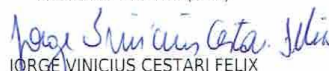
### TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **JÉSSYCA SLOMPO FREITAS**, intitulada: "**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação.

Curitiba, 01 de Dezembro de 2016.

  
MARIA MARTA NOLASCO CHAVES  
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

  
EMIKO YOSHIKAWA EGRY  
Avaliador Externo (USP)

  
JORGÉ VINÍCIUS CESTARI FELIX  
Avaliador Interno (UFPR)

*Dedico este trabalho aos meus pais, **Adilson Oliveira Freitas** e **Jane Kely Aparecida Slompo**, pela determinação e luta em me amparar na construção de alicerces para a vida. Palavras me faltam para expressar o orgulho, admiração e gratidão que sinto. A vocês, a maior porção do meu amor, honra e agradecimento.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela fidelidade e amor incondicional em direcionar cada momento da minha vida, demonstrando que seus planos são mais altos que os meus e que seu amor nunca falha.

Um carinho especial aos meus avós, **Antônio Jair Slompo, Ana Neri Slompo, Airton Oliveira Freitas e Terezinha Martinho de Souza Freitas**, a quem admiro e sou grata pela dedicação no cuidado quando eu era criança, e preocupação, incentivo e zelo enquanto busco alcançar meus objetivos.

Agradeço minha **família**, o apoio, o estímulo e sua alegria com a minha conquista. Ao meu irmão, **Lucas Souza Freitas**, que de forma carinhosa sempre demonstrou orgulho e esteve na torcida.

Meu sincero agradecimento à minha orientadora, **Prof. Dra. Maria Marta Nolasco Chaves**, pela atenção e incentivo durante o processo de orientação, por dividir comigo seus conhecimentos e compartilhar sua sabedoria e dedicação, sendo exemplo de seriedade, competência, profissionalismo e humildade.

Às amigas que pude chamar de família em Curitiba: **Caroline Berté, Gisele Weissheimer, Jéssica Ruths, Juliana Moleta e Luana Tonin**. Obrigada por vibrarem comigo em cada etapa e por tantas vezes me acolherem em suas casas. Vocês foram essenciais nessa caminhada. Em especial, **Gisele**, que ingressou comigo na busca pela qualificação profissional desde a Residência em Enfermagem até a conclusão desta etapa.

Aos demais **amigos**, por entenderem minha ausência nos momentos de comunhão, pelo incentivo e por sempre desejarem sucesso.

Aos colegas da **turma do mestrado 2015-2017**, pelo companheirismo e amizade nesses anos de convivência, por dividirmos conhecimentos e expectativas.

Aos membros do grupo de pesquisa **NESC**, pelos momentos compartilhados de experiências e pelos ensinamentos vivenciados.

À colega da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, **Vivian Raksa**, pelo auxílio na utilização do aplicativo *Tabwin*, usado neste trabalho para descompactação na coleta dos dados.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR e docentes**, pelos dois anos de aprendizado nesta instituição.

A **CAPES** pela oportunidade na concessão da bolsa de estudos no primeiro ano do mestrado.

*“Seria mais fácil fazer como todo mundo faz,  
o caminho mais curto...*

*...  
mas nós dançamos no silêncio,*

*...  
Seria mais fácil fazer como todo mundo faz,  
sem sair do sofá...*

*...  
mas nós vibramos em outra frequência,  
sabemos que não é bem assim...*

*Se fosse fácil achar o caminho das pedras,  
tantas pedras no caminho não seriam ruins.”*

*(Outras Frequências: Humberto Gessinger)*

## RESUMO

Freitas, J.S. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná. 115f. (Dissertação). Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2016. Orientadora: Profª Drª Maria Marta Nolasco Chaves.

Trata-se de um estudo ecológico, ancorado na Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva, que teve como objetivo conhecer o panorama de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná e relacionar os aspectos que determinam o perfil dessas hospitalizações. Para coleta de dados se utilizou elementos secundários das internações no período de 2010 a 2014, disponíveis eletronicamente para acesso público no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Para a identificação das causas sensíveis à atenção primária foram considerados os diagnósticos constantes na Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária, analisadas segundo idade, sexo e grupo de causas de internação, com informações tabuladas sob o auxílio do aplicativo *Tabwin* – Versão 3.2. Foram registradas no SIH-SUS 133.902 hospitalizações de adolescentes entre 10 a 19 anos, das quais 7,36%, ou seja, 9.858 ocorreram por condições sensíveis à atenção primária. O sexo feminino e a faixa etária de 15 a 19 anos foram os principais acometidos por condições sensíveis, achado que sinaliza a importância de considerar questões de gênero e geração em estudos sobre ICSAP, pois tais categorias contribuirão para explicar as ocorrências dessas em adolescentes. As cinco causas sensíveis mais frequentes foram: infecção no rim e trato urinário (23,28%); gastroenterites infecciosas e complicações (18,96%); epilepsias (14,91%); doenças relacionadas ao pré-natal e parto (9,79%); e, asma (7,99%). Os resultados permitiram refletir sobre a relevância em se considerar as características biológicas e sociais que são inerentes a este grupo no que diz respeito à elaboração de ações de atenção à saúde do adolescente, seja na promoção da saúde ou na prevenção de agravos. Houve tendência decrescente nas hospitalizações sensíveis à atenção primária de adolescentes na Regional Metropolitana do Paraná, porém, o significativo aumento na variação de alguns grupos de causas, como angina e doenças relacionadas ao pré-natal e parto, sustenta a importância da implantação de ações resolutivas voltadas para a promoção, prevenção e tratamento oportuno na atenção básica. Destaca-se a importância da intersetorialidade no planejamento de ações da atenção primária, individual e coletivamente, frente às características e especificidades dos adolescentes, contribuindo para a redução de ICSAPs e para o aumento da qualidade da atenção prestada a este grupo populacional.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Hospitalização. Saúde Pública. Saúde do Adolescente. Enfermagem.

## ABSTRACT

Freitas, J.S. Hospital admissions by primary care sensitive conditions among teenagers at 2<sup>th</sup> Health Region in the State of Paraná. 115p. (Dissertation). Master in Nursing. Nursing Postgraduate Programme. Federal University of Paraná, 2016. Academic Advisor: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Marta Nolasco Chaves.

This is an ecologic study, based on the Theory of Praxic Intervention in Nursing in General Health (TPINGH), aimed to know the overview of hospital admissions by primary care sensitive conditions (PCSC) among teenagers at the 2<sup>nd</sup> Health Regional of Paraná and to relate with the issues that determine those hospitalizations. To collect the data was used secondary elements of the hospital admissions in the period of 2010 to 2014, which was available to public access electronically in the Hospital Information System of the Brazilian Unified National Health System. To identify the primary care sensitive causes were considered the constants diagnosis in the Primary Care Sensitive Conditions Brazilian List analysed by age, gender and group of hospital admissions causes, with tabulated information on the Tabwin app – 3.2 version. Were registered in the HIS – BUNHS 133.902 hospitalizations of teenagers among 10 to 19 years old, of which 7,36% or 9.858 occurred by primary care sensitive conditions. The female sex and age range of 15 to 19 years old were the most affected by sensitive conditions, this finding signalizes the importance of consider gender issues and generation of studies about PCSC, because those categories will contribute to explain these occurrences on teenagers. The five most frequent sensitive causes were kidney and urinary tract infection (23,28%) gastroenteritis infectious and complications (18,96%) epilepsy (14,91%) diseases related to prenatal and childbirth (9,79%) and asthma (7,99%). The results allowed reflecting about the relevancy to consider the biologic and socials characteristics that are inherited in this group, in regard to elaborate actions for teenagers' health care, on the health promotion or disease prevention. There were decreasing tendency of primary care sensitive hospitalization of teenagers in metropolitan region of Paraná, however, the significant increase on the variations of some groups of causes like angina and diseases related to prenatal and childbirth, sustain the importance of implement resolute actions targeted to promotion, prevention and appropriate treatment at primary health care. It is important to emphasize the importance of intersectoriality in the planning of primary care actions, individually and collectively, against the characteristics and specificities of adolescents, contributing to the reduction of ICSAPs and to the increase of the quality of care provided to this population group.

**Key words:** Primary Health Care; Hospitalization; General Health; Teenage Health, Nursing.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	- DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO NO PARANÁ, POR SEXO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE .....	32
FIGURA 2	- DIVISÃO DO ESTADO DO PARANÁ POR MACRORREGIONAIS DE SAÚDE.....	33
FIGURA 3	- DIVISÃO DO ESTADO DO PARANÁ POR REGIONAIS DE SAÚDE .....	34
FIGURA 4	- PROPORÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, POR SEXO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE.....	35
FIGURA 5	- MAPA DOS MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DE CURITIBA-PR .....	37
FIGURA 6	- GRUPO DE CAUSAS PARA ICSAP EM ADOLESCENTES QUE TIVERAM REDUÇÃO NA VARIAÇÃO PERCENTUAL, NO PERÍODO DE 2010 A 2014, NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, CURITIBA, 2016.....	60
FIGURA 7	- TRAJETÓRIAS DAS CINCO PRINCIPAIS CAUSAS DE ICSAP DE ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, DURANTE OS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA, 2016.....	63
FIGURA 8	- TRAJETÓRIAS DAS CINCO PRINCIPAIS CAUSAS DE ICSAP DE ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, DURANTE OS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA, 2016.....	64
FIGURA 9	- COMPARAÇÃO DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES, SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS, REGISTRADAS EM ADOLESCENTES ENTRE OS SEXOS MASCULINO E FEMININO, NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ.....	65

FIGURA 10	- PROPORÇÃO DAS CINCO PRINCIPAIS CAUSAS DE ICSAP REGISTRADAS NO SIH-SUS EM ADOLESCENTES DE 10-14 ANOS, DOS SEXOS MASCULINO E FEMININO, NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NO PERÍODO DE 2010 A 2014, CURITIBA, 2016.....	68
FIGURA 11	- PROPORÇÃO DAS CINCO PRINCIPAIS CAUSAS DE ICSAP REGISTRADAS NO SIH-SUS EM ADOLESCENTES DE 15-19 ANOS, DOS SEXOS MASCULINO E FEMININO, NOS MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, CURITIBA, 2016.....	69

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - LISTA RESUMIDA DAS CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	25
---	----

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES DE 10 A 19 ANOS MORADORA DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE METROPOLITANA DE CURITIBA, SEGUNDO DADOS DO CENSO IBGE DO ANO DE 2010, DISTRIBUÍDA POR SEXO E FAIXA ETÁRIA. CURITIBA-PR, 2016.....	35
TABELA 2	- DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR MUNICÍPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE METROPOLITANA, RELAÇÃO DA POPULAÇÃO MUNICIPAL COM A POPULAÇÃO DA REGIONAL E ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO POR MUNICÍPIO, CURITIBA, 2016.....	38
TABELA 3	- COBERTURA DE ESF POR MUNICÍPIO DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ NO ANO 2014. CURITIBA, 2016.....	45
TABELA 4	- DISTRIBUIÇÃO DE UNIDADES HOSPITALARES POR NATUREZA, SEGUIDA PELO NÚMERO E VARIAÇÃO PERCENTUAL DE LEITOS NÃO SUS E LEITOS SUS, NO PERÍODO DE 2010 A 2014. CURITIBA, 2016.....	46
TABELA 5	- INDICADORES DE PRODUÇÃO HOSPITALAR EM INTERNAÇÕES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ REGISTRADAS NO SIH-SUS ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA, 2016.....	47
TABELA 6	- HOSPITALIZAÇÕES REGISTRADAS NO SIH-SUS, POR SEXO E PARTOS NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2014, SEGUIDAS POR SUAS PROPORÇÕES. CURITIBA, 2016.....	48
TABELA 7	- NÚMERO E PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E ANO, NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NO PERÍODO DE 2010 A 2014. CURITIBA, 2016 .....	49

TABELA 8	- NÚMERO E PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES REGISTRADAS NO SIH-SUS, POR GRUPO ETÁRIO, NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA, 2016.....	52
TABELA 9	- HOSPITALIZAÇÕES REGISTRADAS NO SIH-SUS, EM ADOLESCENTES POR SEXO E PARTOS NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2014, SEGUIDAS POR SUAS PROPORÇÕES. CURITIBA, 2016.....	54
TABELA 10	- MÉDIA TOTAL E VARIAÇÃO PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES EXCETO PARTOS, ICSAP, NÃO ICSAP E SUAS RESPECTIVAS TAXAS EM ADOLESCENTES, NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA, 2016.....	55
TABELA 11	- FREQUÊNCIAS DAS INTERNAÇÕES POR CSAP E NÃO CSAP EM DOLESCENTES SEGUIDAS POR SEUS VALORES TOTAL E MÉDIO DA AIH, NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA, 2016.....	55
TABELA 12	- FREQUÊNCIA DAS INTERNAÇÕES E PERCENTUAIS DE ICSAP E NÃO ICSAP DOS ADOLESCENTES, SEGUNDO MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NO PERÍODO DE 2010 A 2014. CURITIBA, 2016.....	56
TABELA 13	- NÚMERO E PROPORÇÃO DE ICSAP SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS, DOS ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA, 2016 .....	59
TABELA 14	- DISTRIBUIÇÃO DOS NÚMEROS E PERCENTUAIS DE ICSAP SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E SEXO, DOS ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA, 2016.....	62

TABELA 15	- DISTRIBUIÇÃO DOS NÚMEROS E PERCENTUAIS DE ICSAP SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E FAIXA ETÁRIA, DOS ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA, 2016.....	67
TABELA 16	- DISTRIBUIÇÃO DOS NÚMEROS ICSAP POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E ANO EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA, 2016.....	71
TABELA 17	- DISTRIBUIÇÃO DOS NÚMEROS ICSAP POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E ANO EM ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA, 2016.....	73

## LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CID – Classificação Internacional de Doenças  
CIPES – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva  
CNES net – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde na Internet  
COMEC – Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba  
CSAP – Condições Sensíveis à Atenção Primária  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
DEF - Definição  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
FUNABEM – Fundação Nacional de Bem-estar ao Menor  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ICSAP – Internação por Condição Sensível à Atenção Primária  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal  
IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social  
IPPUC – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba  
ITU – Infecção do Trato urinário  
MS – Ministério da Saúde  
NESC – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva  
NUC - Núcleo Urbano Central  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PIB - Produto Interno Bruto  
PDI – Plano de Desenvolvimento Integrado  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PPGENF – Programa de Pós-graduação em Enfermagem  
PROSAD – Programa Saúde do Adolescente

RMC – Região Metropolitana de Curitiba

RO – Realidade Objetiva

RS – Regional de Saúde

SAS/MS - Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

SESA – Secretaria Estadual de Saúde do Paraná

SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SMS-CTBA – Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

TIPESC – Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UFPR – Universidade Federal do Paraná

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	20
1.1 JUSTIFICATIVA .....	27
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	29
2.1 GERAL .....	29
2.2 ESPECÍFICOS .....	29
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	30
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	30
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	32
3.3 FONTE E COLETA DE DADOS .....	41
3.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	42
3.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	44
<b>4. RESULTADOS</b> .....	45
4.1 REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ – METROPOLITANA .....	45
4.2 PERFIS DAS INTERNAÇÕES OCORRIDAS NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ – METROPOLITANA .....	47
4.3 PERFIL DAS ICSAPS E NÃO ICSAPS EM ADOLESCENTES .....	54
4.4 INTERNAÇÕES DE ADOLESCENTES POR ICSAP NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ – METROPOLITANA .....	58
4.4.1 Internação por CSAP quanto aos grupos de causa .....	58
4.4.2 Internação por CSAP quanto ao sexo .....	61
4.4.3 Internação por CSAP em subgrupos de faixa etária .....	66
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	76
5.1 ICSAPS EM ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ ....	76
5.2 ICSAPs NA ADOLESCÊNCIA SEGUNDO SEXO, FAIXA ETÁRIA E GRUPO DE CAUSAS .....	82
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	95
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	98
<b>APÊNDICES</b> .....	111

## 1. INTRODUÇÃO

O Brasil vivenciou, nas últimas décadas, mudança significativa com relação à diminuição da mortalidade infantil, da fecundidade, do aumento da expectativa de vida, dos movimentos migratórios e de urbanização (BRASIL, 2010). Neste contexto, apesar do destaque para o aumento da expectativa de vida no mundo e consequente aumento dos outros grupos etários, é evidenciado que as décadas seguintes ainda terão um elevado número de adolescentes e jovens, mesmo que em ritmo decrescente. (PENSO et al., 2013; BRASIL, 2010). Estudo do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) de 2011, estima que há aproximadamente 1,8 bilhão de adolescentes e jovens, na faixa etária de 10 a 24 anos, o que constitui quase um terço da população mundial, dos quais 80% vivem em países em desenvolvimento. (PENSO et al., 2013).

A adolescência, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é o período entre 10 e 19 anos de idade, e este é o adotado no presente estudo (BRASIL, 2010). Segundo os dados do censo populacional realizado em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), este grupo representa 18% da população total do Brasil, assim, são 34.157.633 habitantes adolescentes dos 190.755.799 brasileiros. (IBGE, 2010).

Usualmente, a adolescência marca um período difícil e turbulento do ciclo de vida relacionado ao processo de crescimento físico e desenvolvimento psicossocial, caracterizada por períodos de mudanças e crises (WESTPHAL; BYDLOWSKI, 2010; GOMES; HORTA, 2010). Para o Ministério da Saúde (MS) é crescente a vulnerabilidade da adolescência, principalmente relacionado às mudanças psíquicas, sociais e biológicas, características desta fase da vida, e isso tem gerado uma maior preocupação de diversos setores da sociedade, o que se torna um desafio à implementação de políticas públicas e programas para esta faixa etária, ao se considerar o contingente populacional que o grupo representa e, também pela importância do desenvolvimento integral de suas potencialidades para que tenha garantida a sua autonomia na vida adulta (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012).

Marques e Queiroz (2012) destacam que valores opostos são estabelecidos nesta fase da vida, pois se espera que os adolescentes sejam responsáveis por suas atitudes, porém, parece não haver reconhecimento sobre a legitimidade dos

seus direitos e as possibilidades decorrentes do exercício destes, principalmente nos assuntos que envolvem a saúde.

Além de possibilitar a interpretação e manifestação deste segmento populacional em ser e estar no mundo, destaque essencial é dado à discussão sobre concepções de adolescência que excitam seus direitos e deveres e oferecem subsídios para a organização do cuidado, ações sociais e políticas voltadas a essas fases da vida (SILVA, LOPES; 2009). Nesta perspectiva, tem-se como desafio para a assistência ao adolescente a integralidade das ações e a organização do trabalho em saúde. Ayres e colaboradores (2012) destacam que é preciso efetivar a diretriz doutrinária da integralidade, sendo este um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), definido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos em todos os níveis de complexidade do sistema (AYRES et al., 2012).

Ante tais considerações, a inclusão da criança e do adolescente no plano normativo, medida adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, conforme Convenção sobre os Direitos da Criança, em 1989, e ratificada pelo Brasil em 1990, concebeu uma fundamental transformação, que deram lugar a investimentos nunca antes vistos, voltados para o desenvolvimento e prestígio desta população específica como sujeito de direitos e grupos prioritários nas políticas públicas (PENSO et al., 2013). Na década de 80, com a Constituição de 88, enfatizou-se o caráter discriminatório do atendimento às crianças e adolescentes, sendo criado, através da Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), priorizando o atendimento às crianças e adolescentes pelo serviço público, com a formulação, execução e recursos destinados às políticas públicas, porém, mostrou-se pouco eficaz na elaboração de políticas e ações para atender à juventude. (EDUARDO; EGRY, 2010).

Nesse contexto de legislações e políticas públicas destinadas a garantir os direitos dos adolescentes, ressalta-se no ano de 1989 a criação do Programa de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde (PROSAD), com o objetivo de oferecer subsídios para a assistência à saúde integral deste segmento populacional. As ações que foram efetivadas, a partir dos pressupostos deste programa, mostraram-se fragmentadas e desarticuladas. No processo, destaca-se a ausência de priorização nas intervenções, legitimidade política e participação dos adolescentes. (JAGER et al., 2014; TEIXEIRA; SILVA; TEIXEIRA, 2013). O Estatuto

da Criança e do Adolescente reformula a relação dos grupos, criança e do adolescente, com as instituições da justiça, com a criação da Justiça da Infância e da Juventude na esfera dos Poderes Judiciários Estaduais, métodos e estruturas próprias para proteção judicial e extrajudicial dos interesses individuais, difusos e coletivos das crianças e dos adolescentes (BRASIL, 2010).

Em 2010, seguindo a linha das iniciais propostas de políticas, foram lançadas as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, fundamentada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2010). Destarte, tais diretrizes, além de recomendar um enfoque sistêmico das necessidades do público adolescente, instruem gestores e profissionais de saúde no processo de predispor estratégias interfederativas e intersetoriais, sob a ótica de diminuir a vulnerabilidade, trabalhando fundamentalmente na integralidade, com vistas à sua capacidade de liderança, participação e dedicação à coletividade (PENSO et al., 2013). Em contrapartida, apesar de teoricamente o jovem ser considerado coparticipante na construção de políticas públicas no setor saúde, Horta, Lage e Sena (2009) destacam que os programas têm pouca capacidade de propor mudanças e ações programáticas delineadas para a saúde dos adolescentes, pois o foco dessas políticas continua voltado para os riscos e às vulnerabilidades.

Um dos atuais desafios na esfera da Saúde Pública no Mundo se relaciona com grandes índices de morbimortalidade por causas externas, como violências e acidentes (BRASIL, 2013). Notadamente, percebe-se que a redução da expectativa e qualidade de vida de adolescentes e jovens tem correlação com o aumento da mortalidade por violências e acidentes, além do número de internações e de sequelas vinculadas, principalmente, a homicídios, acidentes de trânsito e quedas (BRASIL, 2011).

Segundo relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), de 2011, a adolescência exige cuidados para que não haja exposição às condições precárias de vida, visto que os que chegam a esta fase podem morrer por várias causas, como assassinato, suicídio, acidente e por problemas consequentes da infecção pelo HIV, além das posições sociais que expõem o adolescente a situações que podem trazer danos à sua integridade física, psíquica e social, por vezes, irreversíveis, como pobreza, desemprego na família, pouca ou nenhuma escolaridade. No entanto, a não realização de ações específicas para os

adolescentes nos serviços de saúde tem sido uma barreira para o acesso destes às Unidades de Saúde, visto que, atualmente, os programas implantados não apontam metas a serem alcançadas por ações em saúde voltadas para o grupo populacional em questão. (MAFRA, 2014).

A proposta de atenção integral à saúde dos adolescentes é intervir nesse processo por meio de ações que proporcionem escuta, atendam às suas necessidades e comportem o desenvolvimento e a efetivação de competências e habilidades nos profissionais para atendê-los, tornando-os parte de redes sociais alicerçadas em enfrentamento dos processos de vulnerabilidade (SILVA et al., 2014). Nos serviços de saúde se percebe que não há uma rotina de acompanhamento de desenvolvimento dos adolescentes, ao contrário, observa-se que estes são atendidos em situações pontuais de tratamento de doença ou em função de gravidez; sendo as meninas mais atendidas que os meninos, que geralmente são consultados pelos médicos (raramente por enfermeiros) e pouco incluídos em ações de prevenção; há uma percepção geral de que é difícil construir vínculo com adolescentes, e ainda, que outros segmentos são prioritários por já serem portadores de doenças tais como hipertensão e diabetes. (BELANZI; SANTOS; PAIVA, 2012).

É preocupante a situação, a escassez e fragilidade do sistema na assistência à saúde de adolescentes e jovens, frente à exclusão das prioridades das gestões em termos de efetivar políticas de saúde, uma vez que o sistema de assistência à saúde pode representar um dos elementos fundamentais na rede de suporte para as demandas deste grupo (PENSO et al., 2013). Em face do exposto, é evidente o fato de que o cuidado ao adolescente na atenção básica se mostra com zonas de rupturas, pontos críticos entre as necessidades apontadas e a efetivação de ações que os incluam como sujeitos de direitos, que necessitam de atenção e cuidados específicos. (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

A expansão da Atenção Primária no Brasil vem se dando, prioritariamente, por meio da implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que atuam com ações de promoção, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde, assim como prevenção de doenças, seja no indivíduo ou na comunidade. Para estas ações, cada equipe é responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias em um território adscrito (CAMPOS et al., 2014). No entanto, como já apontado anteriormente, no âmbito da atenção básica se percebe, ainda, a

ausência de elementos organizacionais que envolvam os trabalhadores na atenção integral aos adolescentes, dificultando os encaminhamentos e a resolubilidade dos problemas dessa. (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

O cuidado ao adolescente pressupõe a horizontalização das ações e das relações profissionais para, de fato, favorecer o acesso aos serviços, o acolhimento e o vínculo e, perante tais ações, atingir as necessidades de saúde desses jovens, as quais podem se mostrar de naturezas diversas e nem sempre visíveis aos gestores e trabalhadores de saúde (MARQUES; QUEIROZ, 2012). Nesta perspectiva, não se vincula como responsabilidade dos profissionais da atenção básica, com ou sem Estratégia Saúde da Família (ESF), a participação efetiva em reuniões intersetoriais para discutir as intervenções que tenham como alvo as necessidades em saúde dos adolescentes. (MAFRA, 2014).

Os trabalhadores deveriam estar sensíveis e tecnicamente preparados para captar essa demanda oriunda das necessidades, não somente ao aspecto biológico relacionado aos agravos, mas aos processos que dizem respeito à manutenção da vida e da saúde (MARQUES; QUEIROZ, 2012). A prioridade do trabalho em equipe com adoção de diretrizes do SUS, essencialmente, a possibilidade de integralidade, a ausência de planejamento para suprir tais prerrogativas, incluindo ações definidas sobre o acolhimento e o vínculo, talvez sejam causas básicas que afastam os adolescentes, e conseqüentemente, há pouca procura deste serviço (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

Sendo assim, para a produção de saúde para jovens e adolescentes, é importante salientar que as necessidades de saúde dessa população vão além das ações do setor saúde, logo, é fundamental os vínculos intersetoriais, que permitam a parceria entre o setor saúde, outros setores e comunidade, principalmente dos jovens e suas famílias (BRASIL, 2010). Sugere-se aos trabalhadores de serviços de outros setores, tal como educação, ação social, esporte e lazer, que observem atentamente e compreendam as necessidades de saúde expressas pelos adolescentes, oferecendo apoio à gestão, para que se ampliem a agenda de ações e que sejam efetivamente planejadas com a participação da adolescência, a fim de fortalecer a autonomia e obter uma visão mais ampliada sobre a saúde (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

Na perspectiva de nortear as políticas públicas e melhorar a atuação dos serviços ofertados à população, o desenvolvimento de indicadores de saúde é

imprescindível à medida que contribui para a análise e organização do sistema de saúde. A avaliação de tendências ao longo do tempo e das possíveis disparidades de oferta de serviços entre áreas ou subgrupos populacionais se torna útil para a identificação dos problemas de saúde de uma região, e identifica as iniquidades (TURCI et al., 2012). Para tal, neste contexto, deve-se superar a noção de que saúde coletiva se limita à agregação estatística de indivíduos com seus riscos, e rompe com a ideia positivista de ligação unicamente externa entre os fenômenos individuais e sociais (BREILH, 2015).

Na década de 80, Billings e Teicholz desenvolveram o conceito de hospitalizações potencialmente evitáveis ou condições sensíveis à atenção ambulatorial, como um reflexo indireto de problemas com o acesso e a efetividade dos cuidados primários. Indicadores passíveis de mensurar a efetividade da atenção primária, denominados de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), representam problemas de saúde que devem ser atendidos por ações do primeiro nível de atenção, e se não tratadas adequadamente, podem evoluir para uma hospitalização. Estas hospitalizações servem de instrumento para o monitoramento e avaliação, efetivando assim a atenção primária do sistema de saúde (NEDEL et al., 2010).

No Brasil, após pesquisas nacionais e internacionais, reuniões com pesquisadores, gestores, especialistas e consulta pública, a lista brasileira de ICSAP foi publicada pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) na forma de anexo da Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008, composta por um conjunto de 19 grupos de diagnósticos de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Quadro 1). Seriam ações efetivas da atenção básica que resultariam em diminuição do número de internações hospitalares sensíveis à atenção primária, tais como a prevenção de doenças, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno de patologias agudas e o controle e acompanhamento de patologias crônicas (TURCI et al., 2012; TORRES et al., 2011; BRASIL, 2008).

**QUADRO 1 - LISTA RESUMIDA DAS CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA.**

<b>Grupo</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>CID 10</b>
<b>1</b>	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A33-A37, A95, B05-B06, B16, B26, G00.0, A17.0, A19, A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77
<b>2</b>	Gastroenterites infecciosas e complicações	E86, A00-A09
<b>3</b>	Anemia	D50
<b>4</b>	Deficiências nutricionais	E40-E46, E50-E64
<b>5</b>	Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00- J03, J06, J31
<b>6</b>	Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1
<b>7</b>	Asma	J45-J46
<b>8</b>	Doenças pulmonares	J20, J21, J40-J44, J47
<b>9</b>	Hipertensão	I10-I11
<b>10</b>	Angina	I20
<b>11</b>	Insuficiência cardíaca	I50, J81
<b>12</b>	Doenças cerebrovasculares	I63-I67, I69, G45-G46
<b>13</b>	Diabetes mellitus	E10-E14
<b>14</b>	Epilepsias	G40-G41
<b>15</b>	Infecção no rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34, N39.0
<b>16</b>	Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08
<b>17</b>	Doença inflamatória em órgãos pélvicos femininos	N70-N73, N75-N76
<b>18</b>	Úlcera gastrointestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2
<b>19</b>	Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23, A50, P35.0

**FONTE:** Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008.

Elaboração: A autora, 2016.

Alfradique et al. (2009), destacam que a utilização da lista brasileira de ICSAP pode ser usada para comparar o desempenho de diferentes serviços de saúde, avaliar os efeitos de políticas de saúde e como parte da avaliação da resolutividade, qualidade das ações e acessibilidade da atenção primária à saúde, como também fazer parte de investigações sobre iniquidades de acesso entre as regiões, comunidades e grupos populacionais. No Brasil, a utilização das ICSAP tem se tornado mais frequente em publicações científicas, com ênfase para estudos ecológicos com análise de evolução, abordando hospitalizações em adultos, (PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2014; CARVALHO et al., 2015), além do fato de poucos estudos sobre as ICSAP para a população infantil e de adolescentes não são homogêneos em relação às faixas etárias estudadas ou metodologias empregadas (SANTOS; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016).

Portanto, é possível a reflexão no sentido de que, na discussão sobre a adolescência, as políticas públicas de forma geral e da saúde precisam avançar e ampliar o foco, com eixos nos processos de intervenções intersetoriais e interdisciplinares, para modificar práticas sanitárias, transformar a gestão e os trabalhos entre as equipes de saúde, capaz de ver efetivamente os adolescentes

nos espaços sociais de sua vida e atendê-lo integralmente (SANTOS, 2013). Diante de um quadro que vivencia a ausência de ações intersetoriais efetivas e específicas para o adolescente e prevê aumento da demanda por serviços de saúde desta população, espera-se que os resultados de análise da incidência de ICSAP ensejem reflexões a partir da realidade expressa neste segmento populacional e que estas possam subsidiar propostas inovadoras, favoráveis à prática da atenção ao adolescente.

### 1.1 JUSTIFICATIVA

Este estudo está inserido na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por meio do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), sendo mais um projeto que discute a atenção à saúde do adolescente. Em estudos recentes realizados por membros do referido Núcleo, nos anos de 2014 e 2015, foram investigados o processo de desgaste e proteção dos adolescentes no Município de Curitiba/PR e a dificuldade de acesso aos serviços locais, inclusive à unidade de saúde. Tais estudos demonstraram que: ações em saúde são desenvolvidas para adolescentes na perspectiva dos enfermeiros nos serviços de atenção básica em um Distrito Sanitário do município (MAFRA, 2014); quais temas deveriam ser abordados nas ações de promoção da saúde para o adolescente, segundo as diretrizes do Programa de Saúde do Escolar (SANTOS, 2015a); e ainda, qual é a vulnerabilidade na adolescência em um território de Curitiba/PR na perspectiva de gestores e líderes do movimento social organizado. (SANTOS, 2015b).

Nos resultados das pesquisas foram destacados achados nos quais os adolescentes apontaram que a falta de segurança, de atividades de lazer, de escolas e de cursos profissionalizantes comprometem o atendimento às suas necessidades no território em que vivem. Corroborando com estas questões, os profissionais, gestores e líderes de movimento social organizado apontaram como dificuldade para atender às demandas dos adolescentes a ausência dos mesmos serviços públicos dos setores citados nas comunidades investigadas. Além disso, os estudos evidenciaram a falta de capacitação dos profissionais da atenção básica para lidarem com indivíduos na fase da adolescência, fato que contribui para que o

adolescente não busque a atenção básica como referência para ações de promoção à saúde e prevenção de agravos. (MAFRA, 2014; SANTOS, 2015a; SANTOS, 2015b).

Dessa forma, o presente estudo é relevante, pois se verificou que a aproximação dos adolescentes com os serviços locais e, conseqüentemente, com as ações prestadas por estes é precária. No que se refere à assistência prestada nos serviços de atenção básica à saúde ficou demonstrado que a precariedade desta realidade é desde o não preparo do profissional para atender ao adolescente, assim como a não percepção destes indivíduos no território para promover ações que venham a atender às suas necessidades em saúde. Diante do exposto, buscou-se definir o tema, o problema e o cenário da presente pesquisa. E, após, refletiu-se que a temática a ser adotada deveria ultrapassar a realidade já descrita nos estudos anteriores, como também havia a necessidade de análise em uma dimensão macrorregional, pois esta delimitação permitiria verificar mais amplamente os impactos das políticas e ações de saúde para adolescentes.

Portanto, delimitou-se como tema as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) por esta ser considerada um indicador para a qualidade e acesso da população à Atenção Primária à Saúde, além dos seus resultados servirem de apoio para reflexões e tomada de decisões dos profissionais que atuam em todos os níveis de gestão em saúde. Assim, a proposta do presente estudo buscou responder a seguinte questão norteadora: A ICSAP é um parâmetro que pode ser utilizado para verificação de internações de adolescentes?

Logo, conhecer o panorama das ICSAP em adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná, objetivo geral desta pesquisa, pode contribuir para que os gestores de o setor saúde reflitam e elaborem ações voltadas para esses usuários. Tais ações com o objetivo de atender às necessidades em saúde dos adolescentes e, garantir acesso à atenção integral e intersetorial para que se promova a saúde e previna adoecimento, no sentido de evitar internações por CSAP.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

- Conhecer o panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a 2ª Regional de Saúde do Paraná com relação aos dados sobre desenvolvimento econômico, ocupação urbana e condições de saúde da população;
- Descrever a rede de serviços de saúde, com ênfase na rede hospitalar da 2ª Regional de Saúde do Paraná, o perfil das ICSAPs e, não, ICSAPs de adolescentes que ocorreram no território no período de 2010 a 2014;
- Identificar as ICSAPs relacionadas aos adolescentes por sexo, faixa etária e grupo de causas mais evidentes;
- Analisar as ICSAPs relacionadas aos adolescentes com a realidade da 2ª Regional de Saúde do Paraná.

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva do tipo ecológica, em que foram analisadas, através de dados secundários de domínio público, as internações de adolescentes residentes em municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná, no período de 2010 e 2014. A pesquisa ecológica, para Medronho et al. (2006), geralmente é realizada combinando diferentes bases de dados a um número grande de pessoas. Sendo assim, aprecia estudos mais baratos e rápidos se comparado aos que envolvem grupos de indivíduos como unidade de observação. Esta forma de pesquisa contribui na caracterização da saúde em variações regionais, permitindo formular hipóteses a serem indagadas em futuros estudos (TULCHINSKY; VARAVIKOVA, 2008 citado por MELO, 2014, p.79).

Para coleta e interpretação dos dados quantitativos, o estudo foi ancorado na Teoria da Intervenção Prática em Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), proposta por Egry (1996), a qual se constitui um marco teórico e metodológico na intervenção da enfermagem na coletividade.

A TIPESC propõe uma forma sistematizada para captar, interpretar e intervir no processo saúde-doença, por meio da realidade objetiva (RO) nas dimensões que a conformam: singular, particular e estrutural. Nestas dimensões se evidenciam as contradições entre elas e nelas próprias. Assim, buscam-se compreender quais são os processos determinantes da RO, sejam eles protetores ou de desgaste (EGRY, 1996; BREILH, 2006).

A compreensão da RO na saúde proposta por Egry (1996) e Breilh (2006, 2009), permite a construção de uma intervenção resolutiva, e a reinterpretção desta, proporcionando a abertura de novos horizontes processuais transformadores da realidade de saúde do indivíduo ou da população.

A RO deve, portanto, ser compreendida a partir das três dimensões que a conformam, sendo estas: a dimensão estrutural, formada pelas relações econômicas, sociais, políticas e ideológicas que derivam dos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações de produção de uma sociedade em um determinado período histórico; a particular, pelos processos de

reprodução social expressos nos modos de viver e nos perfis epidemiológicos indicativos do processo saúde-doença das distintas classes sociais; e, a dimensão singular, pela expressão do processo saúde-doença manifestado em cada indivíduo e família, no qual se observa o seu enfraquecimento físico e psíquico determinados pelos processos de desgastes e de proteção que estiveram presentes ao longo de sua vida. Tais processos, de proteção e de desgaste, são determinados pela inserção do indivíduo no trabalho, logo na produção em uma determinada sociedade (EGRY, 1996; BREILH, 2006, 2009).

Queiroz e Egly (1988) propõem um processo com cinco etapas para a compreensão da realidade de saúde e, a partir desta, elaborar a construção da intervenção na realidade descrita:

- Conhecimento da realidade objetiva;
- Interpretação da realidade objetiva;
- Construção de projeto de intervenção na realidade objetiva;
- Intervenção na realidade objetiva;
- Reinterpretação da realidade objetiva.

A percepção das relações de gênero, classe social e etnia possibilita a compreensão de um determinado fenômeno, através da construção de uma consciência crítica reflexiva do profissional, considerando a determinação do processo saúde-doença de indivíduos ou grupos sociais (EGRY, 1996; BREILH, 2006, 2009). Segundo estes autores, entendem-se certos eventos sobre o processo saúde-doença pela capacidade de julgá-los pertinentes a uma classe social, econômica ou mesmo étnica e global.

Assim como se devem explorar os processos advindos do modelo econômico, jurídico e ideológico de uma determinada sociedade em um momento histórico ali presentes. Dessa maneira, o profissional passa a compreender a determinação do processo saúde-doença, o que vai além do observado diretamente.

O conceito de adolescência é construído histórico e socialmente, e seus significados se presumem na dialética da objetividade/subjetividade, portanto, não se traduzem apenas nas transformações hormonais e biológicas, uma vez que sofre as determinações de gênero, classe, cultura e geração (OZELLA; AGUIAR, 2008).

Neste sentido, a categoria geração também precisa ser incorporada para a análise dos processos de proteção e desgaste que envolvem o fenômeno da

adolescência. Na essência da forma estrutural particular, Nascimento (2011, p. 200) aponta que a categoria de geração é:

[...] aquela que define o lugar ocupado pela infância na sociedade, portanto, o elemento que fundamenta o campo da sociologia da infância. Dessa forma, admite as outras categorias clássicas de análise no campo das Ciências Sociais (classe social, gênero, etnia) como categorias complementares à geração.

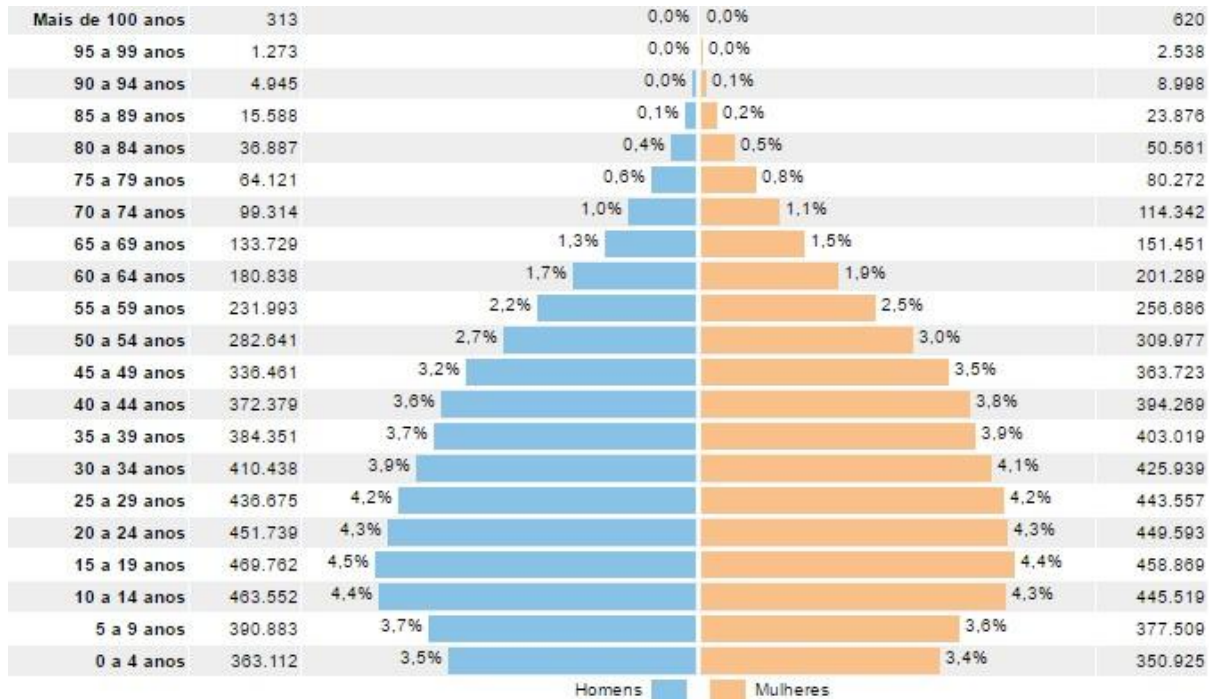
Destarte, entende-se que para a compreensão do processo saúde/doença do adolescente, é importante que se pautem na perspectiva de gênero e geração, a fim de se estabelecer o fenômeno como um reflexo das transformações históricas, que se configuram em problemas sociais e desigualdades para o adolescente.

### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O Estado do Paraná, segundo o censo demográfico de 2010, possui 10.444.526 habitantes, distribuídos em 4 macrorregionais de saúde, 22 regionais de saúde e 399 municípios. A macrorregional mais populosa é a Leste, com 5 milhões de habitantes. (IPARDES, 2016).

Conforme o último censo demográfico de 2010, os grupos etários do Paraná configuravam uma pirâmide de bases largas, com a maior concentração populacional (8,9%) na faixa etária de 15-19 anos, conforme ilustrado na Figura 1. A partir desta faixa etária, há um estreitamento contínuo em direção ao topo, e a faixa com mais de 85 anos incorpora apenas 0,3% da população, com vantagem para população feminina. (IBGE, 2010a).

**FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO NO PARANÁ, POR SEXO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE.**



**FONTE:** IBGE, Censo Demográfico, 2010.

O processo de regionalização do Estado do Paraná abrange 22 (vinte e duas) regionais de saúde, agrupadas em quatro macrorregionais de saúde: leste, norte, oeste e noroeste, conforme evidenciado na Figura 2, que demonstra as macrorregionais com suas respectivas regionais de saúde. (PARANÁ, 2016).

As macrorregionais do estado do Paraná foram estabelecidas respeitando os limites geográficos municipais e o acesso rodoviário, e para cada macrorregional de saúde devem ser estabelecidos os pontos de atenção de referência em alta complexidade em saúde. (PARANÁ, 2016).

**FIGURA 2 - DIVISÃO DO ESTADO DO PARANÁ POR MACRORREGIONAIS DE SAÚDE.**

Fonte: SESA, 2016. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br>.

As 22 regionais de Saúde do Estado do Paraná, evidenciadas na Figura 3, também foram estabelecidas, respeitando prioritariamente os limites geográficos municipais e a questão do acesso rodoviário. Ademais, o estabelecimento das regiões de saúde é importante para posterior definição dos pontos de atenção à saúde de referência para a baixa e média complexidade. (PARANÁ, 2016).

**FIGURA 3 - DIVISÃO DO ESTADO DO PARANÁ POR REGIONAIS DE SAÚDE.**

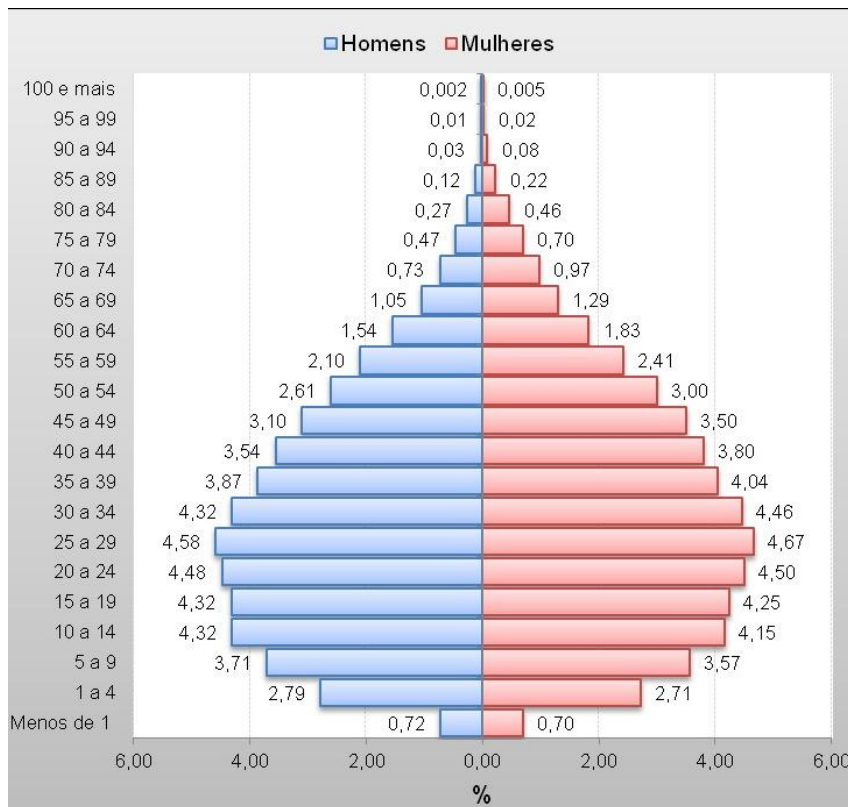
**FONTE:** SESA, 2016. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br>.

A regional de saúde mais populosa do estado é a 2ª RS - Metropolitana, que é composta pela capital do Estado e sua região metropolitana, a qual conta com uma população de 3.223.836 milhões de habitantes, concentrando, portanto, 30,9% da população paranaense. As regionais com menor número de habitantes são 22ª RS - Ivaiporã e 13ª RS - Cianorte, com 139 mil e 142 mil habitantes, respectivamente (IBGE, 2016). Segundo o censo demográfico do IBGE de 2010, a 2ª Regional de Saúde do Paraná possui 3.223.836 habitantes, dos quais 2.956.269 (91,7%) estão em zona urbana e 267.567 (8,3%) situam-se na zona rural. Considerada uma das maiores regiões metropolitanas brasileiras em área, com 16.581,18 km<sup>2</sup>, seu território faz fronteira com os estados de São Paulo e Santa Catarina (PARANÁ, 2016).

A representação gráfica em percentual da pirâmide etária da população residente na 2ª Regional de Saúde do Paraná, Região Metropolitana de Curitiba (RMC), conforme Figura 4, no ano de 2010, indica que o total de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos corresponde a aproximadamente 17,04% da população

total da Regional. A Tabela 1 demonstra que do total de 549.136 adolescentes, 50,68% (278.344) são do sexo masculino com idade de 10 a 19 anos, e 49,32% (270.792) do sexo feminino na mesma faixa etária (IBGE, 2010a).

**FIGURA 4 – PROPORÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, POR SEXO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE.**



FONTE: IBGE, Censo Demográfico, 2010.

**TABELA 1 - POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES DE 10 A 19 ANOS MORADORA DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE METROPOLITANA DE CURITIBA, SEGUNDO DADOS DO CENSO IBGE DO ANO DE 2010, DISTRIBUÍDA POR SEXO E FAIXA ETÁRIA. CURITIBA-PR, 2016.**

SEXO	10-14	15-19	TOTAL
<b>Feminino</b>	133.873	136.919	270.792
<b>Masculino</b>	139.161	139.183	278.344
<b>TOTAL</b>	273.034	276.102	549.136

FONTE: IBGE, 2010.

A primeira configuração da RMC, quando da sua criação pela Lei Complementar Federal n. 14/73, compreendia 14 municípios: Curitiba, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Colombo, Contenda, Mandirituba, Piraquara, Quatro Barras, Rio Branco do Sul e São José dos Pinhais. Essa configuração foi mantida até a década

de 90, quando a partir de então, começam a ocorrer os primeiros desmembramentos de municípios metropolitanos: Fazenda Rio Grande é desmembrado de Mandirituba; Tunas do Paraná se originou do município de Bocaiúva do Sul; Itaperuçu desmembrado de Rio Branco do Sul; e, o município de Pinhais se originou de Piraquara. (COMEC, 2016).

Outras configurações dos limites do território metropolitano ocorreram nos anos de 1994, 1995, 1998 e 2002. Os contornos da RMC foram expandidos pela última vez em 2011, através da Lei Complementar Estadual nº 139/11, onde os municípios de Campo do Tenente, Piên e Rio Negro também foram incluídos na RMC. Sendo assim, atualmente, conforme evidenciado na Figura 5, os limites geográficos da 2ª RS Metropolitana coincidem com o conjunto dos 29 municípios que fazem parte da Região Metropolitana de Curitiba (RMC), tendo a seguinte composição: Adrianópolis, Agudos do Sul, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo do Tenente, Campo Largo, Campo Magro, Cerro Azul, Colombo, Contenda, Doutor Ulysses, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Piên, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Rio Branco do Sul, Rio Negro, São José dos Pinhais, Quitandinha, Tijucas do Sul e Tunas do Paraná, englobando a capital paranaense – Curitiba. (COMEC, 2016).

**FIGURA 5 – MAPA DOS MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DE CURITIBA-PR.**



**FONTE:** SESA. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br>.

Conforme evidenciado na Tabela 2, segundo dados do último Censo do ano de 2010, a 2ª RS abrange desde o município mais populoso do Estado – Curitiba – com 1.751.907 habitantes, até municípios de pequeno porte como, por exemplo, Doutor Ulysses, com 5.727 habitantes. A capital do estado e município sede da 2ª Regional de Saúde corresponde a 54,34% da população total desta Regional. (IBGE, 2010b).

**TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR MUNICÍPIOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE METROPOLITANA, RELAÇÃO DA POPULAÇÃO MUNICIPAL COM A POPULAÇÃO DA REGIONAL E ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO POR MUNICÍPIO, CURITIBA-PR, 2016.**

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO CENSITÁRIA (2010)	RELAÇÃO ENTRE A POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO COM A POPULAÇÃO TOTAL DA REGIONAL (%)	IDHM
<b>Adrianópolis</b>	6.376	0,20	0,667
<b>Agudos do Sul</b>	8.270	0,26	0,66
<b>Almirante Tamandaré</b>	103.204	3,20	0,699
<b>Araucária</b>	119.123	3,70	0,74
<b>Balsa Nova</b>	11.300	0,35	0,696
<b>Bocaiúva do Sul</b>	10.987	0,34	0,64
<b>Campina Grande do Sul</b>	38.769	1,20	0,718
<b>Campo do Tenente</b>	7.125	0,22	0,686
<b>Campo Largo</b>	112.377	3,49	0,745
<b>Campo Magro</b>	24.843	0,77	0,701
<b>Cerro Azul</b>	16.938	0,53	0,573
<b>Colombo</b>	212.967	6,61	0,733
<b>Contenda</b>	15.891	0,49	0,681
<b>Curitiba</b>	1.751.907	54,34	0,823
<b>Doutor Ulysses</b>	5.727	0,18	0,546
<b>Fazenda Rio Grande</b>	81.675	2,53	0,72
<b>Itaperuçu</b>	23.887	0,74	0,637
<b>Lapa</b>	44.932	1,39	0,706
<b>Mandirituba</b>	22.220	0,69	0,655
<b>Piên</b>	11.236	0,35	0,694
<b>Pinhais</b>	117.008	3,63	0,751
<b>Piraquara</b>	93.207	2,89	0,7
<b>Quatro Barras</b>	19.851	0,62	0,742
<b>Quitandinha</b>	17.089	0,53	0,68
<b>Rio Branco do Sul</b>	30.650	0,95	0,679
<b>Rio Negro</b>	31.274	0,97	0,76
<b>São José dos Pinhais</b>	264.210	8,20	0,758
<b>Tijucas do Sul</b>	14.537	0,45	0,636
<b>Tunas do Paraná</b>	6.256	0,19	0,611
<b>Total</b>	3.223.836	100,00	-

FONTE: IBGE, 2010.

Elaboração: A autora, 2016.

A 2ª Regional de Saúde inclui os municípios do Paraná com IDH maior (Curitiba) e o menor (Doutor Ulysses) do Paraná, com IDH 0,823 e 0,526, respectivamente, conforme observado na Tabela 2. O IDH, índice desenvolvimento humano, mede o desenvolvimento médio de um país ou município, baseado em três

aspectos básicos relacionados ao desenvolvimento humano em um determinado território: longevidade, educação e qualidade de vida. A longevidade é medida pela expectativa de vida; a educação é medida por uma combinação da taxa de alfabetização de adultos e a taxa de escolarização combinada dos ensinos primário, secundário e superior; a qualidade de vida apresenta o foco na renda, pelo Produto Interno Bruto (PIB) per capita, calculado a partir da divisão do PIB pelo número de habitantes da região e indica quanto cada habitante produziu em determinado período. O resultado do IDH varia de 0 a 1, de forma que, quanto mais próximo do valor máximo, maior é o desenvolvimento humano de uma determinada localidade. (PNUD, 2016).

Apesar de 29 municípios integrarem a região metropolitana, registram-se grandes heterogeneidades entre os mesmos em termos de população, níveis de renda, níveis de escolaridade, densidade habitacional, infraestrutura urbana, equipamentos e serviços urbanos e ações oriundas de políticas públicas. Ao comparar o IDH dos municípios de abrangência da 2° RSM, observa-se uma desigualdade social no território, onde alguns municípios são antigos, próximos da capital, com indústrias, grandes empresas instaladas, estabelecimentos de saúde e hospitais gerais e especializados, como Araucária, São José dos Pinhais e a própria Curitiba. Por outro lado, nesse mesmo território regional há municípios novos, distantes da sede da Regional, de difícil acesso e com um número reduzido de habitantes e estabelecimentos que prestam serviços à saúde e educação, como no caso de Adrianópolis, Dr. Ulysses e Tunas do Paraná (COMEC, 2006; COMEC 2016). Segundo o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social, conforme os cadernos estatísticos de cada município, Adrianópolis é o município mais distante à sede da Regional, Curitiba, com 134,90 km de distância (IPARDES, 2016).

Na Região Metropolitana de Curitiba, é possível identificar três patamares de adensamento populacional e deslocamentos diários. O primeiro, chamado Núcleo Urbano Central (NUC), é formado pela cidade-polo Curitiba e outros 13 municípios (Almirante Tamandaré, Araucária, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Campo Magro, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Rio Branco do Sul e São José dos Pinhais), onde se encontra o maior número de funções urbanas e o maior número de deslocamentos diários, em volume de pessoas, compreendendo mais de 80% dos deslocamentos de toda a Região Metropolitana. O segundo patamar de adensamento e fluxo de deslocamento

diário, ou primeiro anel metropolitano, é constituído por 6 municípios (Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Contenda, Itaperuçu, Mandirituba e Tunas do Paraná), nos quais existe um nível médio de atendimento de infraestrutura e serviços públicos urbanos e estabelecem relações intensas com o polo e com os demais municípios da mancha contínua, apesar de não manterem continuidade física com a mancha urbana polarizada por Curitiba. Já o terceiro patamar, ou segundo anel metropolitano é formado por 9 municípios de características eminentemente rurais (Adrianópolis, Agudos do Sul, Cerro Azul, Doutor Ulysses, Lapa, Quitandinha, Rio Negro, Piên, Tijucas do Sul), vem registrando perda de população em alguns dos municípios que o constituem, principalmente pela baixa dinâmica econômica e pouca conexão de desenvolvimento com os outros dois patamares. (COMEC, 2006; COMEC, 2016; PARANÁ, 2016).

O “Plano de Desenvolvimento Integrado da Região Metropolitana de Curitiba – PDI/RMC”, que foi elaborado em 2006, apesar de atualmente estar sendo revisado pela Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba, tem em seu plano os princípios baseados na competitividade, sustentabilidade, solidariedade, parceria e participação pública, com propostas de ordenamento territorial e de um novo arranjo institucional. A proposta institucional, entre suas linhas estratégicas, visa ações para proteção, conservação e preservação do meio ambiente e ordenamento da expansão e do crescimento urbano (COMEC, 2006; COMEC, 2016).

### 3.3 FONTE E COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos a partir de dados secundários das hospitalizações no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), originados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que disponibiliza informações referentes a todas as internações em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS realizadas no Brasil. Estas informações compõem o banco do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), e estão disponibilizadas nacionalmente no sistema *on-line*.

O SIH-SUS é considerado de uso dos gestores locais que possibilita reunir a produção de todos os estabelecimentos sob sua governança, auxiliando no controle, avaliação e auditoria das instituições de saúde, além de amparar a construção dos

perfis de morbimortalidade hospitalar com intenção de avaliar a qualidade assistencial ofertada para a população. (BRASIL, 2011).

As informações referentes aos serviços de saúde e quantitativo de leitos hospitalares SUS e, não SUS, foram extraídas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde na Internet (CNESnet), disponível em sítio eletrônico (<http://cnes.datasus.gov.br/>). Em relação à cobertura da população pela ESF, as referências acessíveis foram provenientes do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, disponível em endereço eletrônico ([dab.saude.gov.br/portaldab/](http://dab.saude.gov.br/portaldab/)).

### 3.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para o levantamento no SIH-SUS das internações por condições sensíveis à atenção primária de adolescentes, na 2ª Regional de Saúde do Paraná, confeccionou-se um arquivo de definição (DEF) com a finalidade de tabular os dados a partir da seleção das causas de internação por meio dos respectivos códigos. Utilizou-se como auxílio o aplicativo Tabulador Oficial do Ministério da Saúde (TABWIN/Datasus), versão *Tabwin* 3.2, para a seleção e descompactação dos registros do SIH. A análise dos dados ocorreu por estatística descritiva simples, com resultados demonstrados por tabelas e figuras elaboradas em planilha eletrônica do *Microsoft Excel*.

Como estratégia para análise detalhada deste estudo, adotou-se as seguintes variáveis:

- **Faixa etária:** a idade de interesse neste estudo é disponível no SIH-SUS pela classificação “10 a 14 anos” e “15 a 19 anos”.
- **Sexo:** masculino e feminino, descartando os ignorados, devido comprometimento para mesclar e analisar mais de uma variável.
- **Grupo de causas da internação:** o diagnóstico principal da internação está contido na AIH e é digitado no SIH-SUS, sendo preenchido, segundo as normas da CID-10, obedecendo aos princípios de seleção de causa e códigos previstos na CID-10 (BRASIL, 1997). Para o presente estudo foram selecionados os diagnósticos contidos na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), instituída pela Portaria n. 221/2008 do Ministério da Saúde, sendo que esta é composta por 19 grupos com as seguintes categorias da

Classificação Internacional de Doenças (CID-10): doenças preveníveis por imunizações e condições sensíveis (A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19, A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54 e B77); gastroenterites infecciosas e complicações (E86 e A00-A09); anemia (D50); deficiências nutricionais (E40-E46 e E50-E64); infecções de ouvido, nariz e garganta (H66, J00-J03, J06 e J31); pneumonias bacterianas (J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9 e J18.1); asma (J45-J46); doenças pulmonares (J20, J21, J40-J44 e J47); hipertensão (I10-I11); angina pectoris (I20); insuficiência cardíaca (I50 e J81); doenças cerebrovasculares (I63-I67, I69 e G45-G46); *diabetes mellitus* (E10-E14); epilepsias (G40-G41); infecção no rim e trato urinário (N10-N12, N30, N34 e N39.0); infecção da pele e tecido subcutâneo (A46, L01-L04 e L08; doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos (N70-N73 e N75-N76); úlcera gastrintestinal (K25-K28, K92.0, K92.1 e K92.2); relacionadas ao pré-natal e parto (O23, A50 e P35.0) (BRASIL, 2008). Destaca-se que não existe uma lista de condições sensíveis específica para a população adolescente, considerando, portanto, que as condições descritas são comuns para a população em geral.

O perfil das hospitalizações em adolescentes foi analisado segundo frequência absoluta e relativa por ano: 2010-2011-2012-2013-2014, que objetivou demonstrar as possíveis diferenças das hospitalizações ao longo do período estudado.

As hospitalizações sensíveis e não sensíveis à atenção primária em adolescentes foram analisadas para se conhecer o impacto das hospitalizações evitáveis na Regional do estudo. Em seguida, foi realizada a análise segundo grupos de condições sensíveis em cada sexo e faixa etária classificada no estudo.

A análise das hospitalizações sensíveis em cada ano foi realizada pelas proporções das hospitalizações sensíveis em relação às hospitalizações por todas as causas no ano. Para tal análise foi utilizado o seguinte cálculo:

$$\text{Proporção} = \frac{\text{Total de hospitalizações sensíveis}}{\text{Total de hospitalizações por todas as causas}} \times 100$$

Foi realizada, também, a análise pelas taxas de hospitalização por condições sensíveis em cada faixa etária e sexo. A taxa de internação é a razão do número de hospitalizações de residentes, por uma causa selecionada, em uma faixa

etária específica, em um determinado tempo, e a população total residente da mesma faixa etária e no mesmo período, por 10.000 habitantes (RIPSA, 2016). Assim, a taxa de internação foi obtida pelo cálculo:

$$\text{Taxa} = \frac{\text{Nº de hospitalizações de residentes por causas selecionadas}}{\text{População residente}} \times 10.000$$

Para a análise do perfil também foi realizada a diferença percentual da taxa e da proporção de hospitalizações sensíveis entre o primeiro e o último ano através do cálculo:

$$\text{Diferença percentual} = \frac{(\% \text{ ou taxa do último triênio} \times 100)}{(\% \text{ ou taxa do primeiro triênio)} - 100$$

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa não envolveu qualquer tipo de intervenção com seres humanos, tendo natureza de investigação e desenho metodológico exclusivo que utilizou elementos secundários, os quais estão disponíveis para acesso público pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) pelo endereço eletrônico <http://datasus.saude.gov.br/>.

## 4. RESULTADOS

Neste capítulo estão apresentados, inicialmente, os resultados de parâmetros relacionados ao cenário de estabelecimentos de saúde da 2ª Regional de Saúde do Paraná, considerando o referencial para olhar o objeto delimitado deste estudo. Na sequência, explorando o objeto de investigação, são apresentados os dados referentes a todas as hospitalizações ocorridas na referida Regional no período de primeiro de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2014. Em seguida, foram selecionadas todas as hospitalizações de adolescentes de 10 a 19 anos, com ênfase nas Internações Sensíveis à Atenção Primária neste segmento populacional no período delimitado. E, logo após, é apresentado tal perfil de maneira detalhada segundo os grupos de causa de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo o sexo e a faixa etária dos adolescentes.

### 4.1 REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ – METROPOLITANA

Até o ano de 2014 eram da competência da 2ª Regional de Saúde do Paraná 1.775 Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais estavam distribuídas nos 29 municípios da Regional, sendo 486 Estratégias Saúde da Família e 1.289 Postos de Saúde (CNES, 2016). Com relação à cobertura populacional de equipes ESF em cada município, observa-se na Tabela 3 que o município sede da Regional deste estudo, Curitiba, atingiu 45,82% da população estimada em 2014. O município menos populoso da Regional, Rio Branco do Sul, teve 88,01% de cobertura populacional estimada de equipes ESF, no ano de 2014. Segundo os critérios do Ministério da Saúde, conforme a Portaria n. 2.355, de 10 de Outubro de 2013, a qual estabelece que a cobertura ideal deva ser de 2.000 pessoas por equipe, apenas dois municípios, Tunas do Paraná e Adrianópolis, tiveram apresentação de cobertura compatível com o teto. Os demais 27 municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná tiveram classificação de cobertura baixa no ano de 2014, pois todos apresentaram número de equipes implantadas inferior ao teto máximo das Equipes de Estratégia Saúde da Família para cada município.

**TABELA 3 – COBERTURA DE ESF POR MUNICÍPIO DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ NO ANO 2014. CURITIBA-PR, 2016.**

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA		ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO COBERTA	PROPORÇÃO DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA (%)
		TETO	IMPLANTADOS		
<b>Adrianópolis</b>	6.376	3	3	6.376	100
<b>Agudos do Sul</b>	8.270	4	2	6.900	81,86
<b>Almirante Tamandaré</b>	103.204	53	7	24.150	22,9
<b>Araucária</b>	119.123	61	17	58.650	47,73
<b>Balsa Nova</b>	11.300	6	4	11.539	100
<b>Bocaiúva do Sul</b>	10.987	6	3	10.350	91,76
<b>Campina Grande do Sul</b>	38.769	20	7	24.150	61,29
<b>Campo do Tenente</b>	7.125	4	3	7.125	100
<b>Campo Largo</b>	112.377	58	21	72.450	62,82
<b>Campo Magro</b>	24.843	13	6	20.700	81,14
<b>Cerro Azul</b>	16.938	9	6	17.027	100
<b>Colombo</b>	212.967	109	38	131.100	60,29
<b>Contenda</b>	15.891	8	4	13.800	84,7
<b>Curitiba</b>	1.751.907	888	236	814.200	45,82
<b>Doutor Ulysses</b>	5.727	3	2	5.727	100
<b>Fazenda Rio Grande</b>	81.675	42	16	55.200	65,31
<b>Itaperuçu</b>	23.887	12	5	17.250	70,2
<b>Lapa</b>	44.932	23	7	24.150	53,27
<b>Mandirituba</b>	22.220	11	5	17.250	75,24
<b>Piên</b>	11.236	6	4	11.236	100
<b>Pinhais</b>	117.008	60	19	65.550	54,91
<b>Piraquara</b>	93.207	48	12	41.400	43,11
<b>Quatro Barras</b>	19.851	10	5	17.250	84,52
<b>Rio Branco do Sul</b>	30.650	15	1	3.450	88,01
<b>Rio Negro</b>	31.274	16	7	24.150	76,27
<b>São José dos Pinhais</b>	264.210	137	40	138.000	50,5
<b>Quitandinha</b>	17.089	9	4	13.800	79,47
<b>Tijucas do Sul</b>	14.537	7	4	13.800	92,74
<b>Tunas do Paraná</b>	6.256	3	3	6.256	100
<b>Total</b>	3.223.836	1.644	491	1.673.588	51,91

FONTE: Adaptado de MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB.

A 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná dispõe de uma rede hospitalar composta por 21 hospitais públicos, 12 filantrópicos e 35 privados, com um total de 68 hospitais gerais, conforme dados apresentados na Tabela 4.

**TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DE UNIDADES HOSPITALARES POR NATUREZA, SEGUIDA PELO NÚMERO E VARIAÇÃO PERCENTUAL DE LEITOS NÃO SUS E LEITOS SUS, NO PERÍODO DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016.**

Unidades Hospitalares*	Nº Unidades	Leitos não SUS			Leitos SUS		
		2010	2014	Variação % 2014-2010	2010	2014	Variação % 2014-2010
Público	21	184	184	0	1.549	1.613	4,13
Filantrópico	12	504	687	35,71	1.255	1.425	13,54
Privada	35	1.180	1.219	3,30	1.015	914	-9,95
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>1.868</b>	<b>2.090</b>	<b>11,89</b>	<b>3.819</b>	<b>3.951</b>	<b>3,45</b>

Fonte: CNESnet (2016).

\*O tipo de prestador não permitiu análise desagregando filantropia e privado com ou sem convênio SUS por Regional de Saúde.

Nota-se pela Tabela 4 que o número de leito não SUS cresceu aproximadamente 12%, no período de 2010-2014, praticamente quatro vezes superior ao aumento dos leitos SUS (3,45%). Destaca-se que a primeira elevação é consequente do aumento de leito nos hospitais filantrópicos e privados, pois se percebe que entre as unidades públicas não houve variação percentual. Em contraste, para os leitos SUS, houve redução nos hospitais privados (9,95%), porém, os hospitais públicos e filantrópicos apresentaram aumento de 4,13% e 13,53%, respectivamente.

#### 4.2 PERFIS DAS INTERNAÇÕES OCORRIDAS NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ – METROPOLITANA

De acordo com a Tabela 5, apresentada a seguir, ocorreram na 2ª Regional de Saúde do Paraná 1.281.390 hospitalizações, no período de 2010 a 2014. É possível verificar que no período houve redução de 9,07% nas internações. A trajetória foi descendente entre 2010 e 2011, seguida de pequena elevação no ano de 2012, voltando a reduzir a partir de 2013. Em contrapartida, a média de permanência em dias de internação obteve queda percentual em 2012 se comparada aos anos anteriores (2010 e 2011), que tiveram o maior valor identificado

(5,6 dias). A tendência de queda na média de dias de internação seguiu nos anos seguintes (2013 e 2014), terminando o período com uma média de 4,9 dias por internação.

Em relação aos gastos com as internações durante os anos de 2010 a 2014, a 2ª Regional do Paraná teve um valor destinado ao pagamento de AIHs no valor total de R\$ 2.002.978.093,80 reais. Segundo os dados sobre o custo de internação, chama a atenção a queda de internações ao longo do período, tendo 2010 um total de 264.277 internações e em 2014 foram 245.184 internações, o que representou queda de 9,07% de internação hospitalar. Porém, a informação com relação ao valor médio com as internações no período teve tendência ao aumento, sendo gasto em 2010 o valor médio de 1.496,76 reais por internação, enquanto em 2014, o valor médio foi de 1.881,25 reais. Esta variação corresponde a um acréscimo de 25,69% no valor repassado por internação no período, conforme apresenta a Tabela 5.

**TABELA 5** - INDICADORES DE PRODUÇÃO HOSPITALAR EM INTERNAÇÕES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ REGISTRADAS NO SIH-SUS ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016.

Indicadores	Anos de internação					Variação % 2014 – 2010
	2010	2011	2012	2013	2014	
Frequência Internações	264.277	257.785	258.833	255.311	245.184	-9,07%
Valor Total em Reais	380.722.676,22	397.861.908,05	418.256.495,15	460.263.715,31	345.873.299,07	-9,15%
Valor Médio em Reais	1.496,76	1.601,38	1.673,95	1.859,36	1.881,25	25,69%
Média de permanência	5,6	5,6	5,4	5,2	4,9	-12,50

**Fonte:** SIH-SUS.

Com relação à ocorrência de internações hospitalares na população em geral, nos cinco anos estudados, as mulheres internaram em média 5% mais do que os homens, conforme demonstrado na Tabela 6. No período, observa-se que a frequência permaneceu acima de 53% do total das internações. Para analisar as internações por sexo na população em geral se subtraiu o total de partos das internações femininas (**2010:** 105.363 internações femininas exceto partos; **2011:** 101.137; **2012:** 101.224; **2013:** 99.515 e **2014:** 95.135), por se tratar de hospitalizações exclusivas das mulheres. A partir dos dados de internação, destacados os partos (691.318 internações totais - 188.944 partos = 502.374 internações femininas), os homens se sobressaíram no quantitativo de internações

em geral, com total de 590.072 internações em relação ao sexo feminino, conforme os dados apresentados na Tabela 6.

**TABELA 6 – HOSPITALIZAÇÕES REGISTRADAS NO SIH-SUS, POR SEXO E PARTOS NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2014, SEGUIDAS POR SUAS PROPORÇÕES. CURITIBA-PR, 2016**

Sexo e partos	2010		2011		2012		2013		2014		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	141.994	53,7	138.459	53,7	139.396	53,9	138.367	54,2	133.102	54,3	691.318	53,9
Masculino	122.283	46,3	119.326	46,3	119.437	46,1	116.944	45,8	112.082	45,7	590.072	46,1
Partos*	36.631	28,6	37.322	27,0	38.172	27,4	38.852	28,1	37.967	28,5	188.944	27,5

**Fonte:** SIH-SUS.

\*Parto normal, parto normal em gestação de alto risco, parto cesariano, parto cesariano em gestação alto risco, parto cesariano em laqueadura tubária.

Conforme dados apresentados na Tabela 6 verifica-se que o número de partos não teve significativa oscilação entre os anos do estudo, tendo variação percentual 2014-2010 com leve queda de apenas 1,1% nas internações por parto. Curiosamente, constata-se que, em ambos os sexos, a frequência das hospitalizações se manteve estável durante o período do estudo.

Segundo dados de diagnóstico de internação, o capítulo 9 da CID-10, o que está relacionado às Doenças do aparelho circulatório correspondeu ao principal grupo de diagnósticos responsáveis pelas internações na população em geral, representando 11,77% (150.917 casos) do total. Em seguida, evidenciam-se as doenças do aparelho respiratório, enfermidades classificadas no Capítulo 10 do CID-10, correspondendo a 9,30% (119.213 casos); e as doenças do aparelho digestivo ocuparam a terceira posição, com 8,86% do total (113.563 casos); classificadas no Capítulo 11 do CID-10, conforme os dados da Tabela 7.

**TABELA 7 – NÚMERO E PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E ANO, NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NO PERÍODO DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016**

(continua)

Grupo de causa CID-10 (capítulo)	2010		2011		2012		2013		2014		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11.266	4,26	9.537	3,70	9.600	3,70	9.363	3,66	8.476	3,45	48.242	3,76
II. Neoplasias (tumores)	16.401	6,20	17.960	6,96	19.054	7,36	19.376	7,58	18.944	7,72	91.681	7,15
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár.	1.332	0,50	1.380	0,53	1.503	0,58	1.676	0,65	1.697	0,69	7.588	0,59
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5.306	2,00	5.336	2,06	5.803	2,24	6.581	2,57	5.612	2,28	28.638	2,23
V. Transtornos mentais e comportamentais	24.697	9,34	23.421	9,10	21.189	8,18	16.678	6,53	14.232	5,80	100.217	7,82
VI. Doenças do sistema nervoso	4.622	1,74	4.708	1,82	5.134	1,98	5.503	2,15	5.594	2,28	25.561	1,99
VII. Doenças do olho e anexos	3.154	0,81	3.060	1,20	2.555	0,98	3.073	1,20	2.959	12,03	14.801	1,15
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1.043	1,20	1.153	0,44	870	0,33	743	0,29	608	0,24	4.417	0,34
IX. Doenças do aparelho circulatório	31.262	11,82	30.621	11,88	30.321	11,71	29.733	11,64	28.980	11,81	150.917	11,77
X. Doenças do aparelho respiratório	25.970	9,82	23.807	9,23	23.211	8,96	23.250	9,10	22.975	9,37	119.213	9,30
XI. Doenças do aparelho digestivo	22.202	8,40	20.623	8,00	22.796	8,80	24.498	9,59	23.444	9,56	113.563	8,86
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6.616	2,50	6.651	2,58	5.805	2,24	6.247	2,44	6.035	2,46	31.354	2,44

**TABELA 7 – NÚMERO E PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E ANO, NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NO PERÍODO DE 2010 A 2014. CURITIBA, 2016**

Grupo de causa CID-10 (capítulo)	(conclusão)											
	2010		2011		2012		2013		2014		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
XIII. Doenças do sist. osteomolecular e tec. conjuntivo	5.552	2,10	5.546	2,15	5.963	2,30	6.573	2,57	6.240	2,54	29.874	2,33
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	13.461	5,10	13.358	5,18	13.643	5,27	13.868	5,43	13.432	5,47	67.762	5,28
XV. Gravidez, parto e puerpério	36.613	13,85	37.322	14,57	38.172	14,74	38.852	15,21	37.967	15,48	188.944	14,74
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	5.220	2,00	6.064	2,35	5.651	2,18	5.653	2,21	5.436	2,21	28.024	2,18
XVII. Malf cong, deformid e anomalias cromossômicas	4.049	1,53	4.083	1,58	3.938	1,52	3.823	1,50	3.427	1,39	19.320	1,50
XVIII. Sint., sinais e achados anorm. exam. Clín. e laborat.	8.019	3,03	8.057	3,12	7.478	2,89	5.774	2,26	5.630	2,29	34.958	2,72
XIX. Lesões por enven e outr. Conseq., causas externas	24.269	9,20	24.203	9,38	25.317	9,79	26.667	10,44	26.835	10,94	127.291	9,93
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	87	0,03	129	0,05	86	0,03	91	0,03	65	0,02	458	0,03
XXI. Contatos com serviços de saúde	13.118	4,96	10.820	4,19	10.744	4,15	7.289	2,85	6.596	2,69	48.567	3,79
XXII. Códigos para propósitos especiais	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
U99 CID 10ª Revisão não disponível	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Não preenchido	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Total</b>	<b>264.277</b>	<b>100</b>	<b>257.785</b>	<b>100</b>	<b>258.833</b>	<b>100</b>	<b>255.311</b>	<b>100</b>	<b>245.184</b>	<b>100</b>	<b>1.281.390</b>	<b>100</b>

**FONTE:** SIH-SUS.

Com relação à frequência de internação na população em geral é possível verificar que a maior proporção de hospitalização na 2ª Regional de Saúde do Paraná ocorreu com indivíduos na faixa etária dos 20 aos 24 anos, correspondendo a 8,52% do total de internações. Durante os cinco anos, este grupo etário permaneceu como sendo o de maior frequência nas internações. Já os indivíduos que estão entre 75 a 79 anos foram os que tiveram a menor frequência nas internações, mantendo-se com proporção abaixo dos 3,5%, conforme dados da Tabela 8.

**TABELA 8 – NÚMERO E PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES REGISTRADAS NO SIH-SUS, POR GRUPO ETÁRIO, NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016**

Grupo etário	2010		2011		2012		2013		2014		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<1 ano	11.727	4,43	12.386	4,80	12.146	4,69	11.991	4,66	11.516	4,69	59.766	4,66
1 a 4 anos	12.528	4,74	11.991	4,65	11.881	4,59	11.129	4,35	11.235	4,58	58.764	4,58
5 a 9 anos	10.186	3,85	10.009	3,88	9.723	3,75	9.267	3,62	9.260	3,77	48.445	3,78
10 a 14 anos	9.108	3,44	8.987	3,48	8.940	3,45	8.178	3,20	7.889	3,21	43.102	3,36
15 a 19 anos	18.297	6,92	18.045	7,00	18.606	7,18	18.643	7,30	17.209	7,01	90.800	7,08
20 a 24 anos	22.809	8,63	21.808	8,45	22.276	9,21	21.535	8,43	20.801	8,48	109.229	8,52
25 a 29 anos	21.863	8,27	21.031	8,15	20.426	8,60	19.677	7,70	19.006	7,75	102.003	7,96
30 a 34 anos	19.876	7,52	19.361	7,51	19.807	7,65	18.835	7,37	17.986	7,33	95.865	7,48
35 a 39 anos	17.939	6,78	17.201	6,67	17.123	6,61	16.710	6,54	17.652	7,19	84.635	6,60
40 a 44 anos	17.224	6,51	16.761	6,50	16.415	6,34	15.934	6,24	14.426	5,88	80.760	6,30
45 a 49 anos	17.140	6,48	16.845	6,53	16.195	6,25	15.525	6,08	14.879	6,06	80.584	6,28
50 a 54 anos	16.868	6,38	16.276	6,31	16.365	6,32	16.301	6,38	15.112	6,16	80.922	6,31
55 a 59 anos	15.687	5,93	15.522	6,02	16.143	6,23	16.493	6,45	15.551	6,34	79.396	6,19
60 a 64 anos	13.865	5,24	13.702	5,31	14.259	5,50	15.036	5,88	14.498	5,91	71.360	5,56
65 a 69 anos	12.117	4,58	11.809	4,58	12.399	4,79	12.852	5,03	12.700	5,17	61.877	4,82
70 a 74anos	10.537	3,98	9.951	3,86	9.956	3,85	10.132	3,96	10.136	4,13	50.712	3,95
75 a 79 anos	7.938	3,00	7.739	3,00	7.732	2,98	8.016	3,13	8.083	3,29	39.508	3,08
≥ 80 anos	8.568	3,24	8.361	3,24	8.441	3,26	9.047	3,54	9.245	3,77	43.662	3,40
<b>Total</b>	<b>264.277</b>	<b>100</b>	<b>257.785</b>	<b>100</b>	<b>258.833</b>	<b>100</b>	<b>255.311</b>	<b>100</b>	<b>245.184</b>	<b>100</b>	<b>1.281.390</b>	<b>100</b>

Fonte: SIH-SUS.

As hospitalizações de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos foram 133.902 casos, com proporção de 10,44% do número total de internações (1.281.390 casos) em todas as faixas etárias, conforme dados da Tabela 8. Ao aproximar este dado referente à internação neste segmento populacional e a população de adolescentes (Apêndice 1) na mesma faixa etária, moradora nos municípios da 2ª Regional de Saúde, observa-se que essas internações representam 24,39% do total da população de adolescentes (549.136) que mora no território, ou seja, aproximadamente 1/4 deste segmento populacional tem internação relacionada à CSAP na 2ª Regional de Saúde.

#### 4.3 PERFIL DAS ICSAPS E NÃO ICSAPS EM ADOLESCENTES

O número das internações de adolescentes com idade de 10 a 19 anos na 2ª Regional de Saúde do Paraná, no período de 2010 a 2014, foi de 133.902 hospitalizações, conforme registrado na Tabela 9 a seguir. As internações por condições sensíveis à atenção primária, no mesmo período, representaram 7,36% (9.858 casos) desse total, conforme aponta a Tabela 10. Ao excluir do total de internações o número de adolescentes do sexo feminino que foram hospitalizadas devido ao parto (46.581 casos), tem-se o resultado de 87.321 casos de internação de adolescentes. Ao se aplicar novo cálculo de proporção das ICSAPs neste último montante, verifica-se aumento das internações evitáveis em 11,29%.

Ao comparar as internações por sexo na população geral na 2ª Regional de Saúde do Paraná, conforme dados anteriormente explorados (Tabela 6), tem-se semelhança de resultados com relação aos dados exclusivos para os adolescentes desta Regional. Ao excluir internações por parto, os homens se sobressaíram no quantitativo das internações em geral, com total de 590.072 internações em relação ao sexo feminino, que apresentou 502.374 internações. O mesmo ocorreu na população de adolescentes, pois após a subtração do total de partos (82.844 internações totais - 46.581 partos de adolescentes = 36.263 internações femininas), os adolescentes do sexo masculino, tiveram 51.058 casos de internação. Logo, este último grupo teve 14.795 internações a mais que internações em adolescentes do sexo feminino. Ao aproximar este dado com a frequência de indivíduos adolescentes, de ambos os sexos, na população geral da 2ª Regional de Saúde (Apêndice 1), observa-se que os homens representam pouco mais da metade deste

segmento populacional, sendo 50,69% (278.344), ou seja, estas internações com significativa representatividade na população de adolescentes do sexo masculino não se justifica por este fato.

**TABELA 9 – HOSPITALIZAÇÕES REGISTRADAS NO SIH-SUS, EM ADOLESCENTES POR SEXO E PARTOS NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2014, SEGUIDAS POR SUAS PROPORÇÕES. CURITIBA-PR, 2016**

Sexo e partos	2010		2011		2012		2013		2014		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	16.817	61,4	16.421	60,8	17.091	62,0	16.874	63,0	15.641	62,3	82.844	61,9
Masculino	10.588	38,6	10.611	39,2	10.455	38,0	9.947	37,0	9.457	37,7	51.058	38,1
Partos	9.114	54,2	9.069	55,2	9.526	55,7	9.890	58,6	8.982	57,4	46.581	56,2

**Fonte:** SIH-SUS.

\*Parto normal, parto normal em gestação de alto risco, parto cesariano, parto cesariano em gestação alto risco, parto cesariano em laqueadura tubária.

Verifica-se na Tabela 10 que entre os anos de 2010 a 2014, as internações mantiveram redução constante em todos os registros. A variação na taxa de ICSAPS teve queda em 20%, diminuindo de 38,1/10 mil habitantes em 2010 para 30,4/10 mil habitantes em 2014, sendo a média igual a 35,2 internações/10 mil habitantes no período.

As não ICSAPs também variaram negativamente (11%), tendo taxa de internação reduzida em 14%, sendo que a média passou de 295,0/10 mil habitantes para 276,9 internações/10 mil habitantes, como descrito na Tabela 7. Comparando-se o número absoluto de internações de ICSAPs e não ICSAPs, observa-se que as internações por condições sensíveis à atenção primária tiveram maior redução, tendo uma queda de 17%, sendo que o número de internação passou de 2.091 para 1.734 internações, enquanto as internações não sensíveis tiveram queda de apenas 11% no período estudado, ou seja, de 16.200 para 14.382 internações.

**TABELA 10 – MÉDIA TOTAL E VARIAÇÃO PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES EXCETO PARTOS, ICSAP, NÃO ICSAP E SUAS RESPECTIVAS TAXAS EM ADOLESCENTES, NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016.**

Anos	População estimada	Internações Exceto partos	ICSAP	Taxa ICSAP	Não ICSAP	Taxa Não ICSAP
2010	549.136	18.291	2.091	38,1	16.200	295,0
2011	554.655	17.963	2.065	37,2	15.898	286,6
2012	559.991	18.020	2.064	36,8	15.956	284,9
2013	565.138	16.931	1.904	33,7	15.027	265,9
2014	570.090	16.116	1.734	30,4	14.382	252,3
<b>Média</b>	559.802	17.464	1.972	35,2	15.493	276,9
<b>Total</b>	2.799.010	87.321	9.858	176,2	77.463	1384,7
<b>Variação % 2010-2014</b>	3,8%	-12%	-17%	-20%	-11%	-14%

Fonte: SIH-SUS.

\*A população estimada para esses anos foi projetada pela pesquisadora com base na variação do período de 2010 a 2012.

Ao analisar o valor gasto em relação às ICSAPs, descrito na Tabela 11, observa-se que R\$ 6.253.337,62 foram dispensados com as hospitalizações por CSAPs com adolescentes na 2ª Regional de Saúde, o que representa 5,24% do valor total gasto (119.331.534,07) em internações de adolescentes na Regional, correspondendo, em média, a mais de seiscentos reais cada AIH.

**TABELA 11 – FREQUÊNCIAS DAS INTERNAÇÕES POR CSAP E NÃO CSAP EM DOLESCENTES SEGUIDAS POR SEUS VALORES TOTAL E MÉDIO DA AIH, NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016**

Tipo de internação	Frequência das internações	Valor total em Reais	Valor médio em Reais
ICSAP	9.858	6.253.337,62	634,34
Não ICSAP	77.463	113.078.196,45	1.459,77
<b>Total</b>	87.321	119.331.534,07	1.366,58

Fonte: SIH-SUS.

Na Tabela 12 consta a análise do comportamento das hospitalizações por todas as causas e por causas sensíveis à atenção primária em adolescentes, segundo os municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná, mostrando que a capital do Paraná, município sede da regional estudada, apresentou o maior número de internações de adolescentes no período de estudo. A menor taxa de hospitalização foi encontrada no município de Tunas do Paraná, que representou 6% do total de internações.

**TABELA 12 – FREQUÊNCIA DAS INTERNAÇÕES E PERCENTUAIS DE ICSAP E NÃO ICSAP DOS ADOLESCENTES, SEGUNDO MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NO PERÍODO DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016**

Município	ICSAP		Não ICSAP		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Curitiba	5.219	52,94	85.549	63,89	90.768	63,89
2. Campo Largo	923	9,36	12.490	9,33	13.413	9,33
3. São José dos Pinhais	546	5,54	7.244	5,41	7.790	5,41
4. Campina Grande do Sul	500	5,07	6.396	4,78	6.896	4,78
5. Colombo	213	2,16	4.865	3,63	5.078	3,63
6. Araucária	253	2,57	4.434	3,31	4.687	3,31
7. Pinhais	303	3,07	3.535	2,64	3.838	2,64
8. Piraquara	514	5,21	2.763	2,06	3.277	2,06
9. Fazenda Rio Grande	195	1,98	1.920	1,43	2.115	1,43
10. Itaperuçu	252	2,57	944	0,7	1.196	0,7
11. Lapa	165	1,67	999	0,75	1.164	0,75
12. Rio Negro	79	0,8	722	0,54	801	0,54
13. Rio Branco do Sul	127	1,29	419	0,31	546	0,31
14. Mandirituba	118	1,2	419	0,31	537	0,31
15. Cerro Azul	121	1,23	391	0,29	512	0,29
16. Almirante Tamandaré	102	1,03	387	0,29	489	0,29
17. Quitandinha	128	1,3	191	0,14	319	0,14
18. Tijucas do Sul	42	0,43	76	0,06	118	0,06
19. Piên	7	0,07	51	0,04	58	0,04
20. Campo do Tenente	15	0,15	32	0,02	47	0,02
21. Contenda	14	0,14	32	0,02	46	0,02
22. Balsa Nova	15	0,15	28	0,02	43	0,02
23. Bocaiúva do Sul	5	0,05	11	0,01	16	0,01
24. Tunas do Paraná	2	0,02	4	0,00	6	0,00
25. Adrianópolis	-	0	-	0	-	0
26. Agudos do Sul	-	0	-	0	-	0
27. Campo Magro	-	0	-	0	-	0
28. Doutor Ulysses	-	0	-	0	-	0
29. Quatro Barras	-	0	-	0	-	0
<b>Total</b>	<b>9.858</b>	<b>100</b>	<b>133.902</b>	<b>100</b>	<b>143.760</b>	<b>100</b>

Fonte: SIH-SUS.

No período de análise, cinco municípios – Adrianópolis, Agudos do Sul, Campo Magro, Doutor Ulysses, Quatro Barras – não apresentaram taxas de hospitalização, o que evidencia vazio assistencial hospitalar<sup>1</sup> nestes municípios, demonstrando que a população se descola para municípios próximos em casos que necessitam de internações hospitalares.

<sup>1</sup> Área territorial que apresenta *déficit* na quantidade de leitos hospitalares necessários para atender uma população adstrita. (RAKSA, 2015)

#### 4.4 INTERNAÇÕES DE ADOLESCENTES POR ICSAP NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ – METROPOLITANA

##### 4.4.1 Internação por CSAP quanto aos grupos de causa

Conforme a Tabela 13, ao desagregar as ICSAPs por grupos de causas, observa-se que os cinco principais diagnósticos de internação evitável em adolescentes do sexo masculino e feminino na 2ª Regional de Saúde do Paraná foram: Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) com 23,28% (2.295) das internações; Grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e complicações) com 18,96% (1.869); Grupo 14 (Epilepsias) com 14,91% (1.470); Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) com 9,79% (965); e, Grupo 7 (Asma) com 7,99% (788) internações sensíveis à atenção primária.

Os cinco grupos que demonstraram as menores proporções foram respectivamente: Grupo 10 (Angina) com 0,28% (28) das internações; Grupo 3 (Anemia) com 0,29% (29); Grupo 9 (Hipertensão) com 0,65% (64); Grupo 18 (Úlcera gastrointestinal) com 0,75% (74); e, Grupo 1 (Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis) com 0,84% (83) internações.

O grupo de Infecção no rim e trato urinário se manteve na primeira posição em todos os anos do estudo, com pequena diferença, apenas no ano de 2011, quando comparado às Gastroenterites Infeciosas e complicações (444 casos para o Grupo 15 e 440 casos para o Grupo 2), que representou no total o segundo principal diagnóstico de ICSAPs em adolescentes no período de 2010 a 2014.

Em relação às variações percentuais dos 19 grupos de ICSAP nos anos de 2010 a 2014, conforme representado na Figura 6, às quedas percentuais, estiveram representadas por 12 grupos que tiveram redução no quantitativo de internações, sendo em ordem decrescente: Grupo 1 (Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis) com redução em 81,08%; Grupo 3 (Anemia) com variação de redução de 75%; Grupo 9 (Hipertensão), que teve 71,42% de redução; Grupo 17 (Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos) com redução em 53,84%; Grupo 16 (Infecção da pele e tecido subcutâneo) com 49,46%; Grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e complicações) com variação de redução de 42,95%; Grupo 8 (Doenças pulmonares) com redução em 34,54%; Grupo 6 (Pneumonias bacterianas) reduziu 26,66%; Grupo 4 (Deficiências nutricionais) teve redução de 21,73%; Grupo

7 (Asma) com redução de 19,35%; Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) reduziu 16,26%; e, Grupo 18 (Úlcera gastrointestinal) com variação de redução de 15%.

Logo, nota-se que 07 grupos aumentaram suas proporções de internação nesse período, sendo eles em ordem decrescente: Grupo 10 (Angina) com variação de 650%; Grupo 14 (Epilepsias), variando em 27,27%; Grupo 11 (Insuficiência cardíaca) tendo variação de 19,51%; Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) com variação de 16,57%; Grupo 5 (Infecções de ouvido, nariz e garganta), com 11,76% de variação; Grupo 12 (Doenças cerebrovasculares), com variação de 9,52%; e, Grupo 13 (Diabetes Mellitus), cuja variação foi de 2,80%.

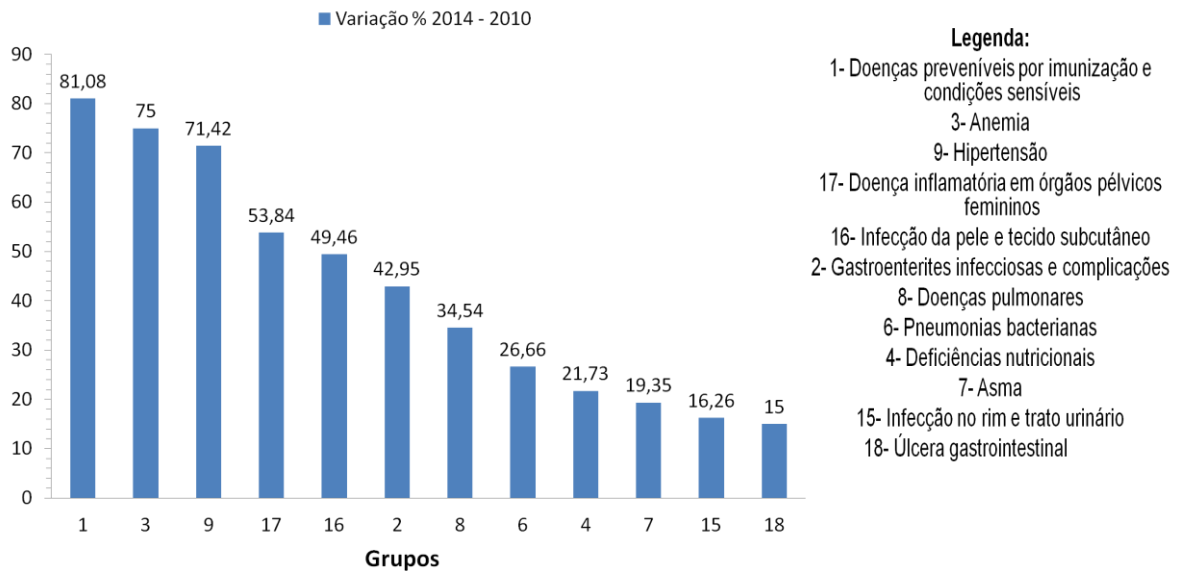
Em relação ao aumento de 650% para o Grupo 10 (Angina), ao explorar este grupo, verificou-se como causa representativa a angina pectoris, que atingiu exclusivamente a faixa etária de 15 a 19 anos, acometendo em 71,42% os homens, com 20 casos e as mulheres com 8 casos de internação, correspondendo a 28,58% (Apêndices 2A e 2B).

**TABELA 13 – NÚMERO E PROPORÇÃO DE ICSAP SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS, DOS ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016**

Grupos de Causas Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)	2010		2011		2012		2013		2014		Total	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
1. Doenças prev. por imuniz. e condições sensíveis	37	1,76	12	0,58	15	0,72	12	0,63	7	0,40	83	0,84
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	461	22,04	440	21,30	427	11,96	305	16,01	236	13,61	1869	18,96
3. Anemia	12	0,57	2	0,09	9	0,43	3	0,16	3	0,17	29	0,29
4. Deficiências nutricionais	23	1,09	24	1,16	24	1,16	19	1,00	18	1,04	108	1,09
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	17	0,81	13	0,62	29	1,40	43	2,25	19	1,09	121	1,22
6. Pneumonias bacterianas	30	1,43	40	1,93	41	2,00	34	1,78	22	1,27	167	1,69
7. Asma	155	7,41	197	9,53	175	8,47	136	7,14	125	7,21	788	7,99
8. Doenças pulmonares	55	2,63	48	2,32	46	2,22	49	2,57	36	2,08	234	2,37
9. Hipertensão	14	0,66	13	0,62	19	0,92	14	0,73	4	0,23	64	0,65
10. Angina	2	0,09	2	0,09	3	0,14	6	0,31	15	0,86	28	0,28
11. Insuficiência cardíaca	82	3,92	100	4,84	82	4,00	92	4,83	98	5,65	454	4,60
12. Doenças cerebrovasculares	21	1,00	17	0,82	10	0,50	24	1,26	23	1,33	95	0,96
13. Diabetes mellitus	107	5,11	118	5,71	107	5,20	101	5,30	110	6,34	543	5,50
14. Epilepsias	242	11,58	291	14,09	328	15,90	298	15,65	308	17,76	1470	14,91
15. Infecção no rim e trato urinário	504	24,10	444	21,50	457	22,14	468	24,42	422	24,37	2295	23,28
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	93	4,44	56	2,71	54	2,61	68	3,57	47	2,71	318	3,22
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	39	1,86	38	1,84	41	2,00	17	0,89	18	1,04	153	1,55
18. Úlcera gastrointestinal	19	0,90	14	0,67	14	0,68	11	0,58	16	0,92	74	0,75
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	175	8,36	196	9,49	183	8,86	204	10,71	207	11,04	965	9,79
<b>Total CSAP</b>	<b>2.091</b>	<b>100</b>	<b>2.065</b>	<b>100</b>	<b>2.064</b>	<b>100</b>	<b>1.904</b>	<b>100</b>	<b>1.734</b>	<b>100</b>	<b>9.858</b>	<b>100</b>

Fonte: SIH-SUS.

**FIGURA 6 – GRUPO DE CAUSAS PARA ICSAP EM ADOLESCENTES QUE TIVERAM REDUÇÃO NA VARIÇÃO PERCENTUAL, NO PRÍODO DE 2010 A 2014, NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, CURITIBA-PR, 2016**



**FONTE:** SIH-SUS  
Elaboração: A autora (2016)

As epilepsias, segunda maior variação positiva no período, com 27,27%, foram evidenciadas em maior proporção entre as mulheres na faixa etária de 10 a 14 anos, que representou 61,78% (Apêndices 3A e 3B). Já a terceira maior variação positiva, o Grupo 11 (Insuficiência cardíaca), com 19,51%, teve maior representatividade entre os homens de 10 a 14 anos, com proporção de 64,22% do total de internações por esta causa (Apêndices 4A e 4B).

O Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) com variação de 16,57%, sendo a quarta maior variação percentual, foi representado enfaticamente pelas infecções no trato urinário durante a gravidez, sendo esta ocorrência na faixa etária entre 15 a 19 anos (Apêndices 5A e 5B).

#### 4.4.2 Internação por CSAP quanto ao sexo

De acordo com o sexo, a análise das ICSAPs em adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná, na Tabela 14, demonstra que as meninas internam o dobro a mais que os meninos, representando 66,64% (6.569) do total de internações, se comparado ao sexo masculino que apresentou 33,36% (3.289) das ICSAPs totais.

Para o sexo masculino, conforme observado na Tabela 14, os cinco grupos de causas com maior representação nas internações foram: Grupo 2 (Gastroenterites Infecciosas e complicações), com 25,56%; Grupo 14 (Epilepsias), com 21,71%; Grupo 7 (Asma) com 11,46%; Grupo 13 (Diabetes Mellitus) com 7,45%; e, Grupo 11 (Insuficiência cardíaca) com 7,08%.

**TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DOS NÚMEROS E PERCENTUAIS DE ICSAP SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E SEXO, DOS ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016**

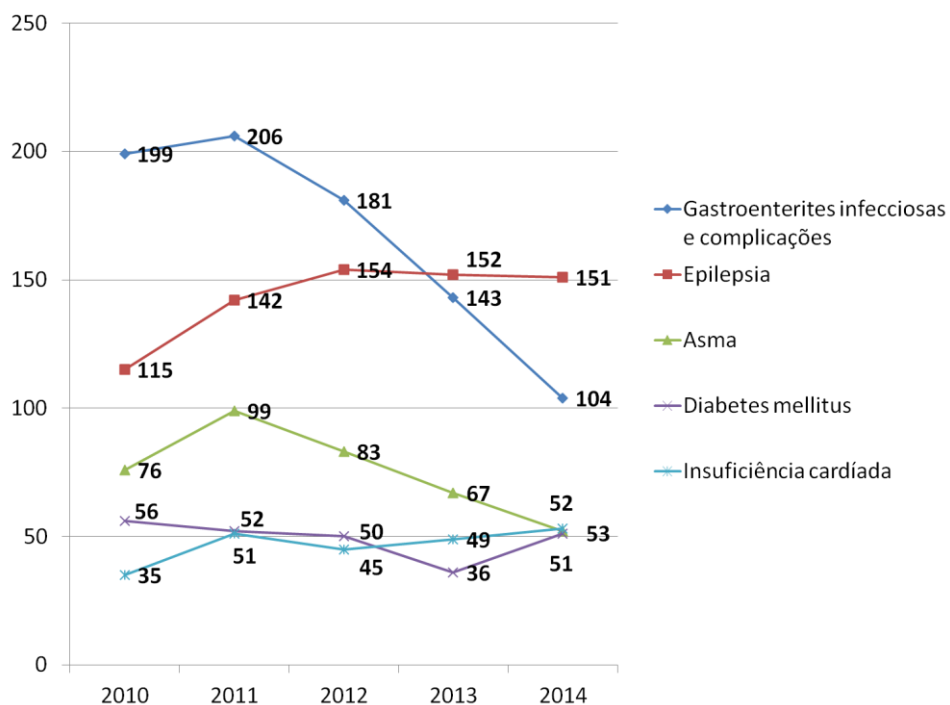
<b>Grupos de Causas Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1. Doenças prev. por imuniz. e condições sensíveis	50	0,76	33	1,00	83	0,84
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	1.036	15,77	833	25,56	1869	18,96
3. Anemia	21	0,32	8	0,24	29	0,29
4. Deficiências nutricionais	57	0,87	51	1,56	108	1,09
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	55	0,84	66	2,01	121	1,22
6. Pneumonias bacterianas	75	1,14	92	2,80	167	1,69
7. Asma	411	6,26	377	11,46	788	7,99
8. Doenças pulmonares	121	1,84	113	3,44	234	2,37
9. Hipertensão	36	0,55	28	0,85	64	0,65
10. Angina	8	0,12	20	0,61	28	0,28
11. Insuficiência cardíaca	221	3,36	233	7,08	454	4,60
12. Doenças cerebrovasculares	36	0,55	59	1,79	95	0,96
13. Diabetes mellitus	298	4,54	245	7,45	543	5,50
14. Epilepsias	756	11,51	714	21,71	1470	14,91
15. Infecção no rim e trato urinário	2.111	32,14	184	5,59	2295	23,28
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	132	2,01	186	5,65	318	3,22
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	153	2,33	0	0	153	1,55
18. Úlcera gastrointestinal	27	0,41	47	1,43	74	0,75
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	965	14,69	0	0	965	9,79
<b>Total CSAP</b>	<b>6569</b>	<b>100</b>	<b>3289</b>	<b>100</b>	<b>9858</b>	<b>100</b>

**FONTE:** SIH-SUS.

Observa-se, pela Figura 7, que entre os cinco grupos de diagnósticos nos homens, chama a atenção o comportamento ascendente, no período de 2010 a 2014, dos Grupos 2 e 14, Gastroenterites Infecciosas e complicações e Epilepsia, respectivamente.

Para as meninas, as cinco principais causas de ICSAP, observadas na Figura 8, divergiram dos meninos em três grupos de diagnósticos, além da diferença de posição na classificação dos dois grupos que foram semelhantes a eles. A primeira causa de ICSAP nas mulheres foi referente ao Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) com 32,14%; em seguida aparece o Grupo 2 (Gastroenterites Infecciosas e complicações) com 15,77%; o Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) na terceira posição com 14,69%; o Grupo 14 (Epilepsias), em quarto lugar, com 11,51%; e, por último, o Grupo 7 (Asma) com 6,26%. Assim como para os homens, estas causas ocuparam os principais grupos de internação sensível em adolescentes do sexo feminino na 2ª Regional de Saúde do Paraná nos anos de 2010 a 2014, exceto o Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto), variando apenas de posição conforme o decorrer do tempo.

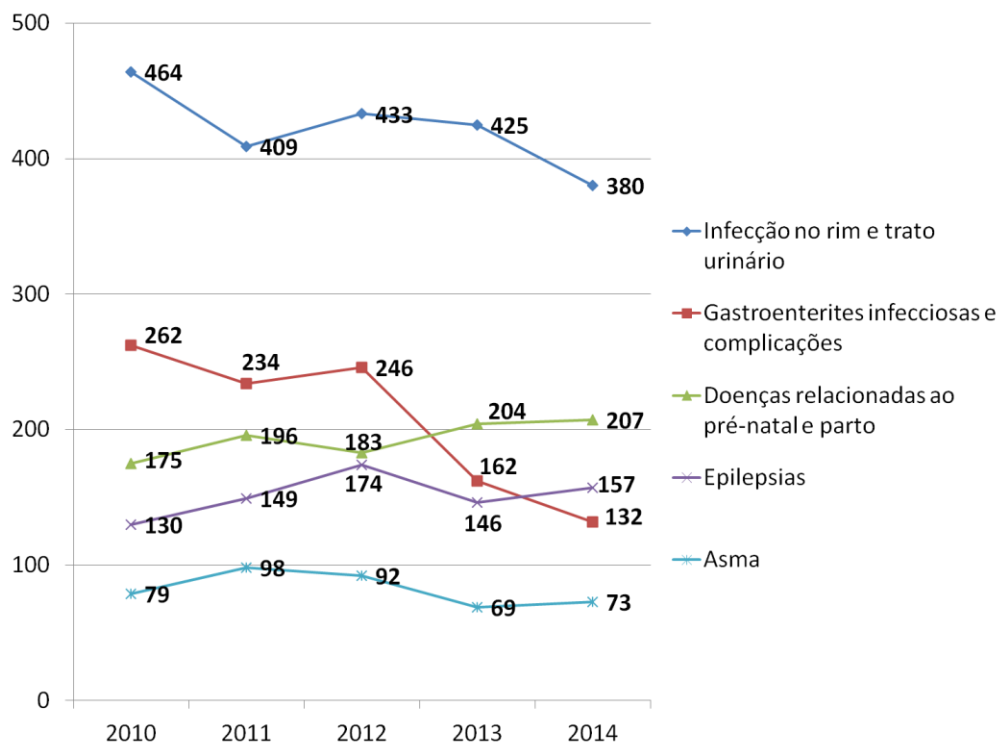
**FIGURA 7 – TRAJETÓRIAS DAS CINCO PRINCIPAIS CAUSAS DE ICSAP DE ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, DURANTE OS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016.**



FONTES: SIH-SUS.  
Elaboração: A autora (2016)

Destaca-se, na Figura 8, que na trajetória dos cinco diagnósticos femininos principais, os grupos Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) e 14 (Epilepsias) seguiram com ascendência ao final do período estudado. Embora a queda dos demais grupos, os grupos 15 (Infecções no rim e trato urinário) e 2 (Gastroenterites Infeciosas e complicações), apresentaram aumento no ano de 2012, seguindo com declínio até 2014. Até o ano de 2013, o Grupo 7 (Asma) demonstrou aumento no número de internações, reduzindo na sequência até 2014.

**FIGURA 8** – TRAJETÓRIAS DAS CINCO PRINCIPAIS CAUSAS DE ICSAP DE ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, DURANTE OS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016

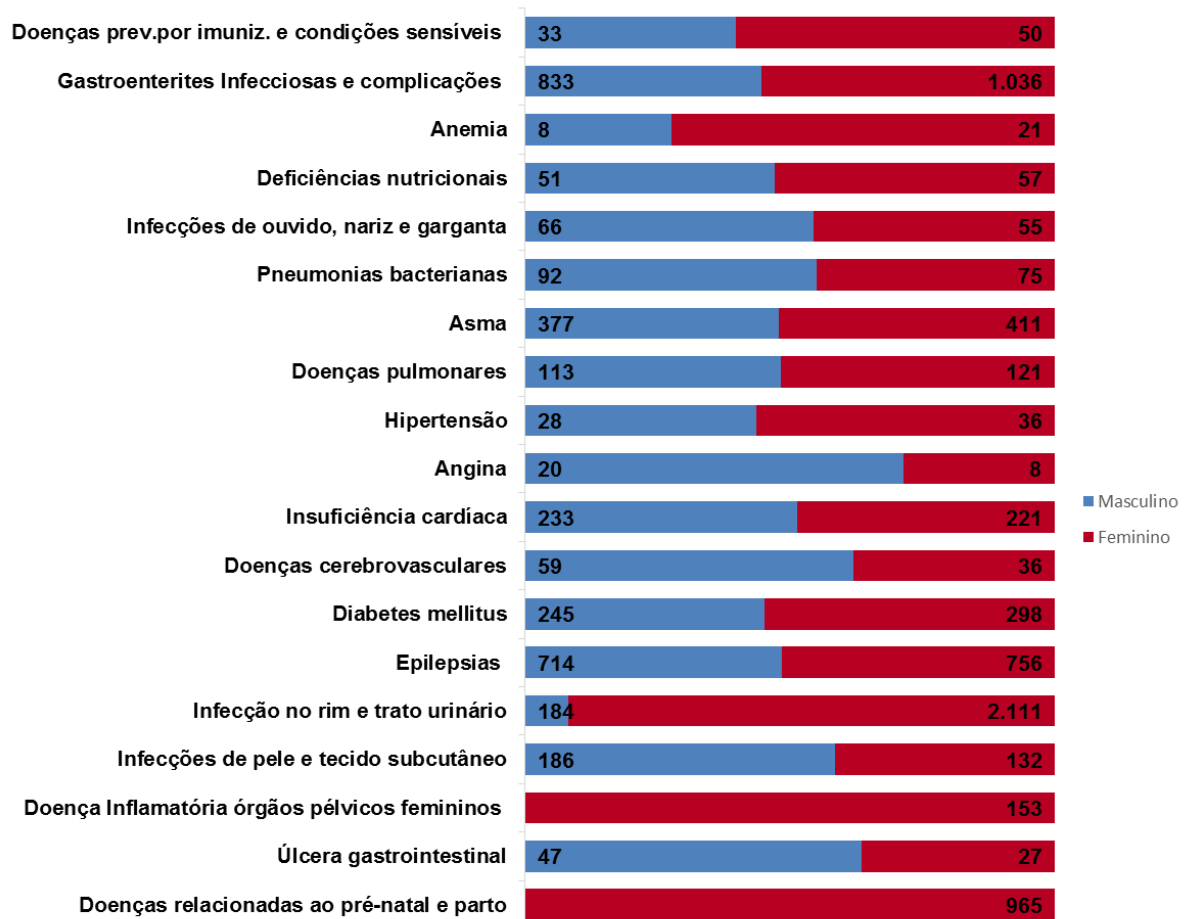


Fonte: SIH-SUS.

Elaboração: A autora (2016)

No que se refere às diferenças entre as causas de Internações Sensíveis à Atenção Primária presentes na comparação entre masculino *versus* feminino, as causas de internação tiveram semelhança na maioria dos grupos diagnosticados, conforme evidenciado na Figura 9, e verifica-se que, em ordem de importância, o Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário), Grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e complicações) e o Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-parto e parto). Obviamente, o Grupo 17 (Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos) e Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-parto e parto) acometeram expressivamente as mulheres.

**FIGURA9 – COMPARAÇÃO DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES, SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS, REGISTRADAS EM ADOLESCENTES ENTRE OS SEXOS MASCULINO E FEMININO, NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ. CURITIBA-PR, 2016.**



**FONTE:** SIH-SUS.

Elaboração: A autora (2016)

O grupo que teve divergência mais significativa entre os sexos foi o Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário), tendo o sexo feminino com 2.111 casos e o sexo masculino com 184 casos de internações.

#### 4.4.3 Internação por CSAP em subgrupos de faixa etária

Ao desagregar o total de ICSAPs em adolescentes por subgrupos de faixa etária: 10 a 14 e de 15 a 19, observa-se que os adolescentes com idade de 15 a 19 anos representaram mais da metade das ICSAP, o que corresponde a 57,52% de internações, logo, os adolescentes de 10 a 14 anos representaram 42,48% das internações por condições sensíveis à APS.

Como demonstra na Tabela 15, o Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) representaram quase um quarto (1/4) das ICSAPs no total de adolescentes de 10 a 19 anos, o que equivale a 23,28%. Em seguida vieram o Grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e complicações) correspondendo a 18,96%, seguido pelo Grupo 14 (Epilepsias) com 14,91%, pelo Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) com 9,79% e pelo grupo 7 (Asma) com 7,99%, que juntos formaram um grupo de causas que apresentaram 7.387 internações, equivalendo a 74,93%, ou seja, aproximadamente três quartos ( $\frac{3}{4}$ ) do total de ICSAPs de adolescentes de 10 a 19 anos.

**TABELA 15 – DISTRIBUIÇÃO DOS NÚMEROS E PERCENTUAIS DE ICSAP SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E FAIXA ETÁRIA, DOS ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016**

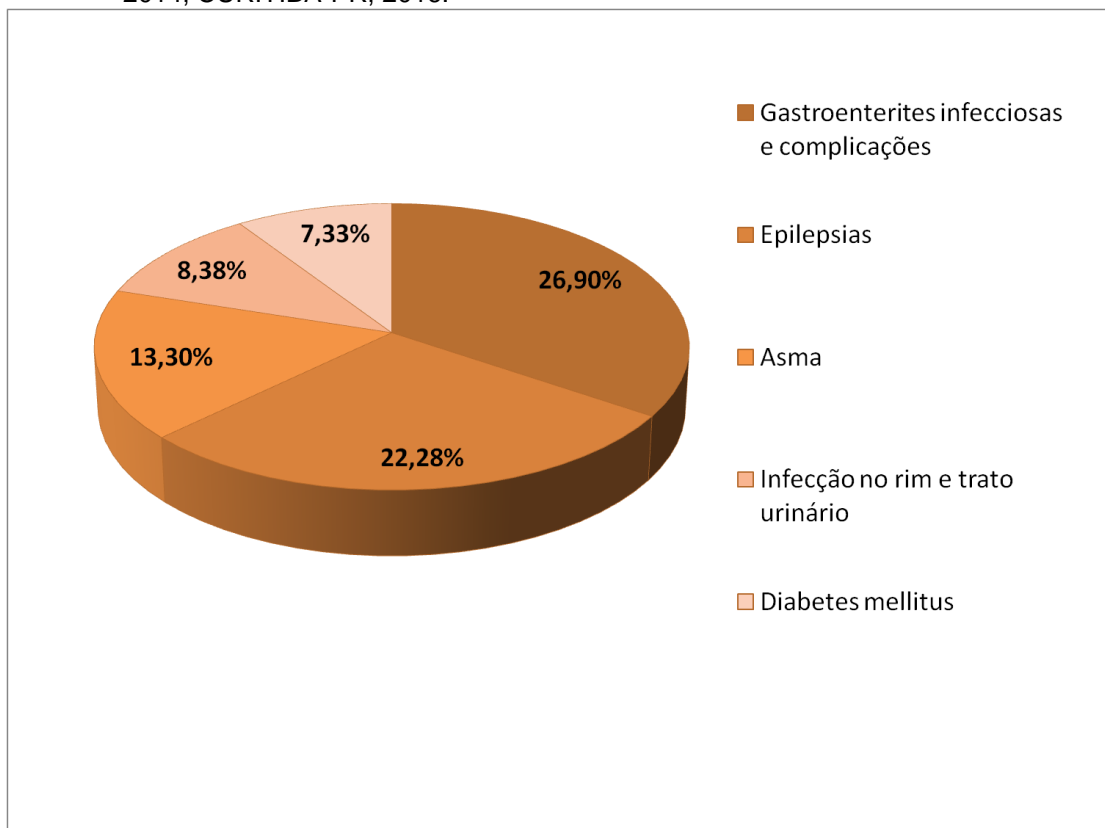
Grupos de Causas Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)	10-14 anos		15-19 anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
1. Doenças prev. Por imuniz. E condições sensíveis	20	0,48	63	1,11	83	0,84
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	1.126	26,90	743	13,10	1869	18,96
3. Anemia	9	0,21	20	0,35	29	0,29
4. Deficiências nutricionais	65	1,55	43	0,76	108	1,09
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	68	1,62	53	0,93	121	1,22
6. Pneumonias bacterianas	72	1,72	95	1,67	167	1,69
7. Asma	557	13,30	231	4,07	788	7,99
8. Doenças pulmonares	112	2,67	122	2,15	234	2,37
9. Hipertensão	39	0,93	25	0,44	64	0,65
10. Angina	0	0	28	0,49	28	0,28
11. Insuficiência cardíaca	269	6,42	185	3,26	454	4,60
12. Doenças cerebrovasculares	20	0,48	75	1,32	95	0,96
13. Diabetes mellitus	307	7,33	236	4,16	543	5,50
14. Epilepsias	933	22,28	537	9,47	1470	14,91
15. Infecção no rim e trato urinário	351	8,38	1.944	34,28	2295	23,28
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	158	3,77	160	2,82	318	3,22
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	17	0,41	136	2,40	153	1,55
18. Úlcera gastrointestinal	17	0,41	57	1,00	74	0,75
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	47	1,12	913	16,10	965	9,79
<b>Total CSAP</b>	<b>4187</b>	<b>100</b>	<b>5671</b>	<b>100</b>	<b>9858</b>	<b>100</b>

**FONTE:** SIH-SUS

Elaboração: A autora (2016)

A Figura 10 demonstra as cinco causas de ICSAP que mais acometeram os adolescentes com idade de 10 a 14 anos, o que representa 33,21% do total de ICSAP em adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná, ou seja, aproximadamente um terço (1/3) do total. Em ordem de importância, os cinco principais grupos de diagnósticos foram: Gastroenterites Infecciosas e complicações, com 26,90%; Epilepsias, com 22,28%; Asma, sendo 13,30%; Infecção no rim e trato urinário com 8,38%; e, Diabetes Mellitus com 7,33%.

**FIGURA 10** – PROPORÇÃO DAS CINCO PRINCIPAIS CAUSAS DE ICSAP REGISTRADAS NO SIH-SUS EM ADOLESCENTES DE 10-14 ANOS, DOS SEXOS MASCULINO E FEMININO, NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NO PERÍODO DE 2010 A 2014, CURITIBA-PR, 2016.

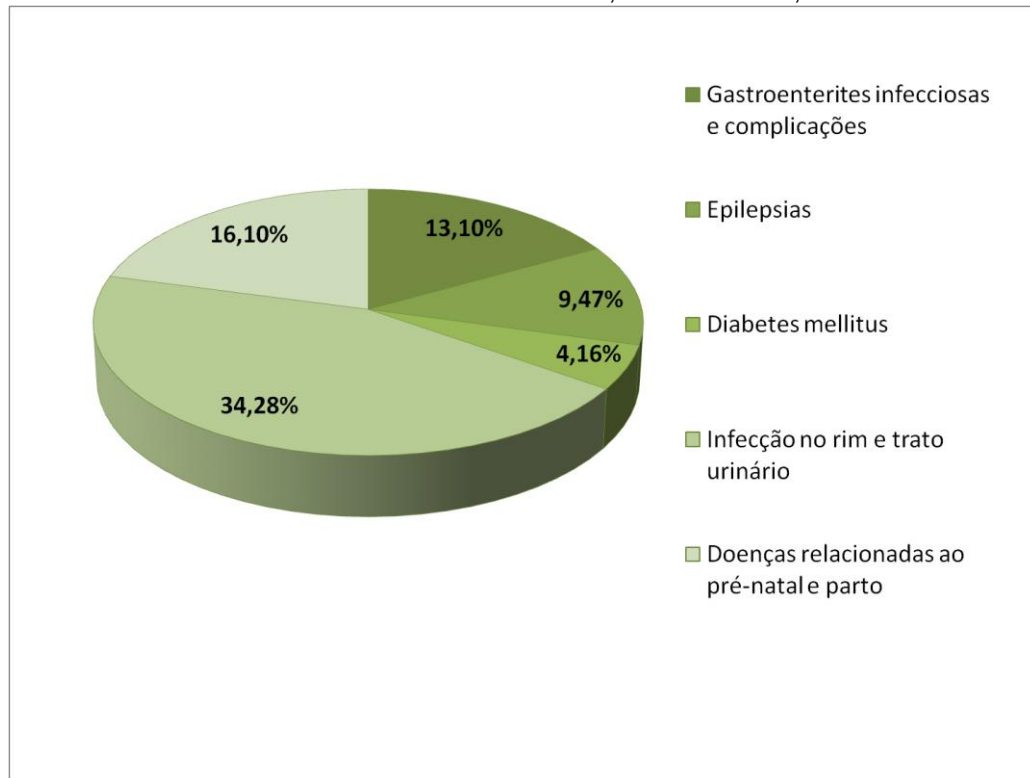


**FONTE:** SIH-SUS.  
Elaboração: A autora, 2016.

Já as cinco causas de ICSAPs predominantes entre os adolescentes com 15 a 19 anos, demonstradas na Figura 11, foram, em ordem de maior frequência: Infecção no rim e trato urinário, sendo 34,38%; doenças relacionadas ao pré-natal e parto, com 16,10%; Gastroenterites Infecciosas e complicações, sendo 13,10%; Epilepsias com 9,47%; e, Diabetes mellitus com 4,16%. Juntos, esses grupos

correspondem a 44,36% do total de internações potencialmente evitáveis nesse subgrupo de adolescentes.

**FIGURA 11 – PROPORÇÃO DAS CINCO PRINCIPAIS CAUSAS DE ICSAP REGISTRADAS NO SIH-SUS EM ADOLESCENTES DE 15-19 ANOS, DOS SEXOS MASCULINO E FEMININO, NOS MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, CURITIBA-PR, 2016.**



**FONTE:** SIH-SUS.  
Elaboração: A autora, 2016

Ao fazer a comparação entre os cinco grupos de ICSAPs predominantes em cada subgrupo de faixa etária de adolescentes, observa-se que há uma diferença significativa com relação às internações por condições sensíveis à APS nos subgrupos, pois estas representam 44,36% (4.373) das causas das internações nos adolescentes de 15 a 19, enquanto nas hospitalizações de adolescentes de 10 a 14 anos elas corresponderam a 33,21% (3.274).

Além disso, houve inversão na ordem de ocorrência para os grupos de diagnósticos nos subgrupos por faixa etária de adolescentes, ou seja, a ocorrência de internação por causa no subgrupo de 10 a 14 anos em relação à ocorrência de internação por causa ao subgrupo de 15 a 19 anos. Nesse comparativo, tem-se que o Grupo 2 (Gastroenterites Infecciosas e complicações) estava na primeira posição de causa de internação no subgrupo de 10 a 14 anos e passou para a terceira posição no subgrupo de 15 a 19; Grupo 14 (Epilepsias) passou da segunda posição de causa de internação no subgrupo de 10 a 14 anos para a quarta colocação no

subgrupo de 15 a 19; Grupo 7 (Asma) apareceu na terceira posição de causa de internação no subgrupo de 10 a 14 anos e não teve ocorrência no outro subgrupo; Grupo 15 (Infecções no rim e trato urinário) estava na quarta posição de causa de internação no subgrupo de 10 a 14 anos e passou a ocupar a primeira posição no subgrupo de 15 a 19; e, o Grupo 13 (Diabetes mellitus) aparece em quinta posição em ambos subgrupos de faixas etárias.

Quando desagregado os grupos de causas de ICSAPs por faixa etária do sexo feminino (Apêndice 9), percebe-se que as internações por condições sensíveis à APS teve maior representatividade na faixa etária de 15 a 19 anos, com 6.569 casos, que correspondeu a 67,94% das internações totais (6.569) por CSAP de adolescentes deste sexo. Observa-se, pela Tabela 16, que os cinco grupos de causas mais evidentes em cada faixa etária no sexo feminino foram semelhantes, variando de posições no período de 2010 a 2014.

Entre 10 a 14 anos, em ordem decrescente, as principais causas entre as mulheres foram: Grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e complicações), com 544 casos; Grupo 14 (Epilepsias) com 467; Grupo 15 (Infecções no rim e trato urinário) com 262; Grupo 7 (Asma) com 238; e, o Grupo 13 (Diabetes mellitus), aparece em quinta posição com 160 causas de ICSAPs, como evidenciado na Tabela 16, e ainda se denota que, em 2010, o Grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e complicações) ocupou a primeira posição, mas apresentou queda no ano de 2012, com pequeno aumento no ano seguinte, tornado a declinar nos anos subsequentes.

**TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO DOS NÚMEROS ICSAP POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E ANO EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016**

<b>10-14 anos</b>						
<b>Grupos</b>	<b>Anos de internação</b>					<b>Total</b>
	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	139	129	132	78	66	544
14. Epilepsias	93	99	116	83	76	467
15. Infecção no rim e trato urinário	52	46	51	59	54	262
7. Asma	52	60	52	37	37	238
13. Diabetes mellitus	24	33	32	35	36	160
<b>15-19 anos</b>						
<b>Grupos</b>	<b>Anos de internação</b>					<b>Total</b>
	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	
15. Infecção no rim e trato urinário	412	363	382	366	326	1.849
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	169	182	175	193	199	918
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	123	105	114	84	66	1.492
14. Epilepsias	37	50	58	63	81	289
7. Asma	27	38	40	32	36	173

**Fonte:** SIH-SUS.

Para as mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos, os cinco grupos com maior representação nas internações foram: Grupo 15 (Infecções no rim e trato urinário) com 1.849; Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) com 918 casos; Grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e complicações), com 1.492 casos; Grupo 14 (Epilepsias) com 289; e, Grupo 7 (Asma) com 173 internações. Nesta faixa etária, o grupo da primeira posição, Grupo 15 (Infecções no rim e trato urinário), teve igual comportamento do primeiro grupo da faixa etária de 10 a 14 anos (Grupo 2), apresentando redução no período do estudo. Ressalta-se que o Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) aparece exclusivamente entre principais causas de ICSAP na faixa etária de 15 a 19 anos, ocupando o segundo lugar, com significativa participação nesta análise, sobre um total de 918 internações, potencialmente evitáveis, conforme evidenciado na Tabela 16.

Em relação às evidências de causas de ICSAPs por faixa etária do sexo masculino (Apêndice 10), percebe-se que, diferentemente da análise para o sexo feminino, as internações por condições sensíveis à APS teve maior representatividade na faixa etária de 10 a 14 anos, com 2.081 casos, que correspondeu a 63,28% das internações totais (3.289) por CSAP de adolescentes deste sexo. Observa-se, pela Tabela 17, semelhança entre os cinco grupos de causas mais evidentes em cada faixa etária no sexo masculino, apesar da classificação em posições diferentes, porém, destaca-se que o Grupo 11 (Insuficiência cardíaca) apareceu como maior representatividade apenas na faixa etária de 10 a 14 anos, assim como o Grupo 16 (Infecção da pele e tecido subcutâneo), foi evidente, exclusivamente na faixa etária de 15 a 19 anos, no sexo masculino.

**TABELA 17 – DISTRIBUIÇÃO DOS NÚMEROS ICSAP POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E ANO EM ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016**

<b>10-14 anos</b>						
	<b>Anos de internação</b>					
<b>Grupos</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Total</b>
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	133	159	123	98	69	582
14. Epilepsias	85	86	107	97	91	466
7. Asma	61	84	67	60	46	319
11. Insuficiência cardíaca	22	32	20	35	40	149
13. Diabetes mellitus	36	25	31	21	34	147
<b>15-19 anos</b>						
	<b>Anos de internação</b>					
<b>Grupos</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Total</b>
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	66	47	58	45	35	251
14. Epilepsias	30	56	47	55	60	248
13. Diabetes mellitus	20	27	19	15	17	98
15. Infecção no rim e trato urinário	26	16	10	22	21	95
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	37	12	22	19	5	95

**Fonte:** SIH-SUS.

Conforme demonstrado na Tabela 17, em ordem decrescente, as principais causas entre os homens na faixa etária de 10 a 14 anos foram: Grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e complicações), com 582 casos; Grupo 14 (Epilepsias) com 466; Grupo 7 (Asma) com 319; Grupo 11 (Insuficiência cardíaca) com 149 casos; e, Grupo 13 (Diabetes mellitus) com 147 causas de ICSAPs. Importante salientar que os cinco grupos de causas, nesta faixa etária e sexo, tiveram acentuadas elevações durante o período de 2010 a 2014.

No que tange às internações do sexo masculino na faixa etária de 15 a 19 anos, os cinco grupos com maior representação foram: Grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e complicações) com 251 casos; Grupo 14 (Epilepsias) com 248; Grupo 13 (Diabetes mellitus) com 98 causas; e dois grupos com a mesma representatividade quantitativa, o Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) e o Grupo 16 (Infecção da pele e tecido subcutâneo) com 95 casos de ICSAPs. Ressalta-se que, semelhante ao observado na faixa etária de 10 a 14 anos, os cinco grupos de causas de ICSAP, entre 15 a 19 anos para o sexo masculino, apresentaram ascendência na trajetória dos anos de 2010 a 2014, conforme evidenciado na Tabela 17.

## 5. DISCUSSÃO

Neste capítulo, baseado no referencial teórico metodológico adotado para este estudo (EGRY, 1996), discute-se os resultados na perspectiva de reconhecer sua determinação e as contradições existentes nas dimensões particular e estrutural da realidade objetiva, no caso a dimensão singular, identificada no estudo - Internações de adolescentes por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), na 2ª Regional de Saúde do Paraná.

### 5.1 ICSAPS EM ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Estudos sobre a análise de ICSAPs têm ocorrido em diversos cenários, com o objetivo de conhecer o perfil dessas hospitalizações em diferentes populações (CAVALCANTE, OLIVEIRA, REHEM, 2016; SANTOS, OLIVEIRA, CALDEIRA, 2016; JUNQUEIRA, DUARTE, 2012; MOURA et al., 2010), sendo que dessas investigações a maioria é desenvolvida com dados referentes à população de adultos ou crianças (LENTSCKL, LATORRE, MATHIAS, 2015; MELO, EGRY, 2014; PREZOTTO, CHAVES, MATHIAS, 2015; LIMA, 2012).

Para a presente pesquisa, teve-se como motivação o conhecimento sobre o panorama de ICSAPs de adolescentes em uma Regional de Saúde do Estado do Paraná. Assim, buscou-se conhecer o desdobramento dessas hospitalizações, segundo os grupos de causas, o sexo e a faixa etária.

Observou-se que em relação às hospitalizações de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, por causas gerais e durante o período de 2010 a 2014, foram 10,44% do total na 2ª Regional de Saúde do Paraná. Apesar de estudos apontarem que esta faixa etária é a que menos interna, visto que os adolescentes são considerados o grupo etário mais saudável e por esse motivo buscam pouco os serviços de saúde (PORTUGAL, 2009; SOUSA et al., 2016), a representatividade deste segmento populacional nas internações que foram objeto de investigação no presente estudo deverão ser discutidas com mais profundidade, pois, embora se tenha demonstrado as ICSAPs de adolescentes, ainda há de se verificar que nas internações gerais existem adolescentes e, em quais delas se encontram os pacientes nesta faixa etária.

Constata-se, através dos avanços científicos e tecnológicos das ciências da saúde, que o perfil de morbimortalidade está alterado, com elevado percentual de adolescentes hospitalizados, visto que a criança que morria precocemente, portadora de patologias predominantes da infância, hoje consegue alcançar a adolescência. Logo, isso modifica a concepção de que o adolescente pode ser caracterizado como um ser saudável e, a consequente ideia de que o número de internações desta população é reduzido. (ALMEIDA; RODRIGUES; SIMÕES, 2007). Embora quantitativamente pareça pequeno o número de hospitalizações de adolescentes no cenário e períodos delimitados para este estudo, nota-se que a porcentagem de internação por causas gerais de adolescentes representou 24,39% do total da população de adolescentes na mesma faixa etária que reside no território, ou seja,  $\frac{1}{4}$  deste segmento populacional na 2ª Regional de Saúde do Paraná teve internação por causas gerais no período de estudo.

Neste contexto, é pertinente observar que quando os adolescentes adoecem e a hospitalização é necessária, esta se configura em uma situação difícil de conduzir e aceitar, tanto para o jovem quanto para sua família, sendo notória a importância da integração de serviços que vinculam o acompanhamento desta população, para dar resposta às necessidades em saúde dos adolescentes (ABREU; AZEVEDO, 2012). Ademais, se houver investigação de internações desta população por condições sensíveis à atenção primária, refletir-se-á sobre a adoção de ações no nível primário de atenção à saúde, de acordo com evidências e particularidades do estudo, para se evitar tais internações.

Conforme se verifica nos resultados apresentados no capítulo anterior, o número de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) em adolescentes, no período de 2010 a 2014, com idade de 10 a 19 anos, foi 9.858 casos, o que representou em média 11,29% do total das hospitalizações gerais de adolescentes na Regional, no mesmo período, quando excluído do total de internações o número de adolescentes do sexo feminino que foram hospitalizadas devido ao parto. A exclusão dos partos se justifica, pois se considera estes como um desfecho natural da gestação, não se configurando como uma enfermidade, além da sua tendência estar relacionada a eventos exclusivos de mulheres. (TURCI et. al., 2012).

Na 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, a análise do panorama de ICSAPs em adolescentes, durante cinco anos, permitiu a interpretação e reflexão da

realidade das causas de internação desta população, já discutidas anteriormente. Destacam-se os cinco diagnósticos mais frequentes de ICSAPs no cenário e população deste estudo, sendo eles: Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) com 23,28% (2.295) das internações; Grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e complicações) com 18,96% (1.869); Grupo 14 (Epilepsias) com 14,91% (1.470); Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) com 9,79% (965); e, Grupo 7 (Asma) com 7,99% (788) internações sensíveis à atenção primária. Estes achados convergem com outras pesquisas realizadas no Brasil, com faixas etárias e recortes temporais semelhantes, nas quais se pôde identificar que as principais causas de internações por condições sensíveis à atenção primária também evidenciam alguns dos grupos de causas aqui apresentados (SANTOS; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016; MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014; MOURA et al., 2010).

Corroborando com outros estudos que fizeram relação com a frequência das ICSAPs em faixas etárias e cenários distintos (SANTOS, OLIVEIRA, CALDEIRA, 2016; MENDONÇA, ALBUQUERQUE, 2014; MOURA et al., 2010), ficou demonstrado que houve redução das taxas de hospitalizações por condições sensíveis em adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná no período estudado.

Vale destacar que entre os anos de 2010 a 2014, as internações sensíveis em adolescentes mantiveram redução constante em todos os registros, com variação de queda na taxa de ICSAPS em 20%. Outro estudo, que analisou as taxas de ICSAP em crianças e adolescentes, também apresentou redução semelhante para estas internações na faixa etária de 10 a 19 anos (SANTOS, OLIVEIRA, CALDEIRA, 2016). Porém, apesar da redução de ICSAPs constatada no presente estudo, as pesquisas que avaliaram o comportamento dessas internações em outras faixas etárias demonstraram uma tendência de queda mais acentuadas nas taxas de ICSAP (SANTOS, OLIVEIRA, CALDEIRA, 2016).

Embora este estudo não tenha realizado análise de correlação entre as taxas de cobertura da ESF e taxas de ICSAP, os resultados de algumas pesquisas que objetivaram tal correlação convergem ao revelarem a ampliação da rede de assistência pela ESF com a redução das taxas de ICSAP. Pesquisas demonstram que, em municípios com maior expansão da cobertura ESF, houve uma taxa significativa de redução de ICSAP, o que lhes permitiu relacionar o resultado da queda ao aumento do acesso aos serviços de saúde e até mesmo as modificações

na prática sanitária (MACIEL, CALDEIRA, DINIZ, 2014; MACINKO et al., 2010). Em contrapartida, outros estudos afirmam que a redução dos índices de internações por condições sensíveis à atenção primária é pouco significativa quando verificada a sua correlação com a expansão da estratégia saúde da família. (SANTOS; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016; FERREIRA et al., 2014; REHEM; EGRY, 2011).

Entretanto, os resultados citados anteriormente, envolvendo ICSAP e cobertura de ESF, não devem ser considerados conclusivos para a atual pesquisa. Conforme apontam Rehem e Egrý (2011), quando se usa dados agregados e não se estabelece relação de causalidade, a taxa de queda das ICSAPs pode ter relação tanto com a expansão da cobertura da ESF, quanto a uma tendência de queda das internações como um todo. Sendo assim, a correlação entre cobertura de ESF e significância para as ICSAP na faixa etária de 10 a 19 anos, demanda novas investigações, com uso de metodologias que permitam análises mais sistematizadas e aprofundadas neste aspecto. Além disso, para uma boa correlação, a série histórica precisa ser ampliada, para melhor avaliação da qualidade e da expansão de cobertura da ESF no comparativo de períodos.

Apesar da maioria das causas das ICSAPs terem diminuído suas taxas no período do estudo, sete grupos tiveram aumento importante das proporções de internação no decorrer dos anos estudados, sendo eles, em ordem decrescente: Grupo 10 (Angina) com variação de 650%; Grupo 14 (Epilepsias), variando em 27,27%; Grupo 11 (Insuficiência cardíaca) tendo variação de 19,51%; Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) com variação de 16,57%; Grupo 5 (Infecções de ouvido, nariz e garganta), com 11,76% de variação; Grupo 12 (Doenças cerebrovasculares), com variação de 9,52%; e, Grupo 13 (Diabetes Mellitus), tendo variação de 2,80%.

Chama a atenção o aumento de ICSAPs pela angina, que apresentou variação de crescimento de 650%, apesar da variação em número absoluto ser baixa, sendo de 02 casos em 2010 para 15 casos em 2014. Estudos apontam fatores de risco relacionados a doenças cardiovasculares em adolescentes, entre os quais estão os níveis insuficientes de atividade física, hábitos alimentares inadequados, o etilismo (FARIAS JÚNIOR et al. 2011; MENDES, 2006) e o uso contínuo do cigarro (FARIAS JÚNIOR et al., 2011; MENDES, 2006; NOGUEIRA; SILVA, 2004). Além disso, a dor precordial é considerada um sinal sugestivo do uso de drogas ilícitas, tais como o crack e a cocaína (SILBER; SOUZA; 1998).

Apesar de parecer representar um desafio para identificar se há uma causa orgânica e se tem origem cardiovascular, diversos estudos apontam que o diagnóstico para a queixa de dor torácica relatada pelo adolescente está relacionado, na maioria das vezes, a uma história clínica e um exame físico que são rigorosos e, considera-se que apenas alguns jovens necessitam de investigação com exames complementares, baseado em um critério de estratificação pelos achados clínicos. (PFEIFFER, 2012).

Sendo assim, é afirmado que hábitos saudáveis adquiridos na infância irão perdurar na vida adulta do indivíduo, e ainda, que podem contribuir para a prevenção primária das doenças cardiovasculares (MENDES, 2006). Nessa perspectiva, levanta-se o desafio da necessidade de se investigar os processos que estão na determinação desta morbidade nesta população, sendo que um dos processos que podem estar relacionados é o uso de drogas lícitas e ilícitas na adolescência, uma vez que o uso dessas se configura como processo comportamental modificável, mas também, pondera-se que existem processos de desgastes para a saúde nesse grupo que necessitam ser reconhecidos e validados.

Ao analisar o valor gasto em relação às ICSAPs no período estudado, observa-se que R\$ 6.253.337,62 foram dispensados com as hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária com adolescentes na 2ª Regional de Saúde, o que representa 5,24% do valor total gasto (R\$119.331.534,07) em internações de adolescentes na Regional, correspondendo, em média, a mais de R\$ 600,00 para cada AIH. Outras pesquisas analisaram a magnitude dos gastos com ICSAPs na população geral, a exemplo, tem-se o estudo realizado em hospital regional do Distrito Federal, no período de 2008 a 2012, que revelou participação das ICSAP em 17% do total gasto nas internações gerais (SOUSA et al., 2016).

Os dados relacionados aos gastos com internações por CSAP demonstram o volume de recursos usados para financiar internações potencialmente evitáveis, quando associado à acessibilidade à Atenção Primária à Saúde resolutive (SOUSA et al., 2016; FERREIRA et al., 2014).

Na análise do comportamento das hospitalizações por todas as causas e por causas sensíveis à atenção primária em adolescentes, segundo os municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná, percebe-se que a capital do Paraná, município sede da regional estudada, apresentou o maior número de internações de adolescentes

no período de estudo. A menor taxa de hospitalização foi encontrada no município de Tunas do Paraná, que representou 6% do total de internações.

A 2ª Regional de Saúde, região que corresponde aos 29 municípios da Região Metropolitana de Curitiba<sup>†</sup>, possui uma extensão territorial vasta com municípios periféricos que sofrem com a falta de infraestrutura dos equipamentos de saúde, assim como de outros setores. Nota-se pelo histórico de desenvolvimento da região que o acesso à maioria dos serviços públicos hospitalares ocorre em torno da região central, que é a capital do Estado e município sede da Regional estudada, pois é no território de Curitiba que está a maior oferta de atendimentos especializados e de serviços hospitalares, assim como é o município que tem avançado na gestão pública e cobertura de atenção básica de saúde. Evidentemente, considera-se que este é o município polo da região no qual se detém a maior arrecadação advinda da produção industrial, circulação de bens e serviços e arrecadação de Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU). (IPARDES, 2016).

Neste ponto, destaca-se a importância da dinamicidade e historicidade do território em que vivem as pessoas, para que se possam realizar ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, com o objetivo de possibilitar ao indivíduo realizar suas atividades diárias e viver em condições adequadas. (BRASIL, 2012). Como pontos fundamentais para a análise das internações por condições sensíveis à atenção primária se têm o acesso e a qualidade do serviço, no entanto, as questões socioeconômicas e a oferta de serviços hospitalares, ainda que de baixa qualidade, também podem contribuir para os resultados observados neste sentido. (CAVALCANTE; OLIVEIRA; REHEM, 2016).

Neste contexto, Resta (2012) em sua pesquisa, identificou a invisibilidade do serviço de saúde para os jovens, pois eles citam como orientadores os amigos, familiares e escola, mas em nenhum momento destacam o serviço de saúde como meio de informação ou de vínculo para as questões de saúde, vindo de encontro aos

---

<sup>†</sup> Os 29 municípios que compõem a 2ª Regional de Saúde do Paraná são: Adrianópolis Agudos do Sul, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo do Tenente, Campo Largo, Campo Magro, Cerro Azul, Colombo, Contenda, Curitiba, Doutor Ulysses, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Piên, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Quitandinha, Rio Branco Do Sul, Rio Negro, São José dos Pinhais, Tijucas do Sul, Tunas do Paraná.

pontos de fragilidade apontados nas discussões deste estudo no que se refere às ações junto aos adolescentes. Mesmo que o processo de trabalho na APS tenha caráter interdisciplinar, com integração das ações em equipe, vale salientar o importante papel da equipe de enfermagem, incluído os Agentes Comunitários de Saúde, para diminuir ou evitar as ICSAP, pois a esta equipe estão intrínsecas as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, o que pode favorecer o controle de patologias frequentes que integram a lista de ICSAP (SOUSA et al., 2016; REHEM et al., 2013).

## 5.2 ICSAPs NA ADOLESCÊNCIA SEGUNDO SEXO, FAIXA ETÁRIA E GRUPO DE CAUSAS

Entendendo que o processo de adoecimento da população é determinado pela forma como os indivíduos são inseridos na produção e, conseqüentemente, na estrutura de uma sociedade de classes (BREILH; GRANDA, 1989; EGRY, 1996), percebeu-se que o delineamento dos grupos das ICSAPs na Regional do estudo demonstrou, além do reflexo das diferenças de produção cultural, econômica e política em que os adolescentes estão inseridos, mas mais do que isso, percebeu-se que as enfermidades ocorreram de maneira distinta entre meninos e meninas e suas diferentes faixas etárias, adotadas neste estudo como 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. Esta diferença permite refletir sobre a relevância em se considerar as características biológicas e sociais que são inerentes a este grupo no que diz respeito à elaboração de ações de atenção à saúde do adolescente, seja na promoção da saúde ou na prevenção de agravos.

Nos resultados se pode observar que ao separar as ICSAPs em adolescentes por sexo há maior frequência de hospitalizações em meninas. Este achado é coerente com os resultados evidenciados em outros estudos que envolveram hospitalizações na população geral e em adolescentes, os quais foram desenvolvidos em distintos territórios brasileiros (CARDOSO et al., 2013; RODRIGUES-BASTOS et al., 2013; REHEM; CIOSAK; EGRY, 2012; ALBRECHT; DIAS; MELO, 2011). Apesar dos indicadores nacionais de mortalidade destacarem situações desfavoráveis para os homens, os indicadores referentes à morbidade, os quais são medidos pela demanda aos serviços e por inquéritos populacionais,

evidenciam que de maneira geral a maior frequência nesses é das mulheres. (LAURENTI et al., 2005).

Refletindo sobre o uso dos serviços de saúde, acredita-se que há necessidade de se considerar a categoria de gênero na elaboração de políticas de saúde para adolescentes, pois essa seria uma possibilidade de reconhecer e enfrentar as desigualdades que as relações de gênero, estabelecidas na sociedade em que se vive, acabam por determinar o processo saúde/doença dos sujeitos nessa fase da vida. (FONSECA, 1997; EGRY; FONSECA; OLIVEIRA, 2013). Rehem, Ciosak e Egrý (2012) sinalizam que outros estudos devem ser realizados, considerando questões de gênero e ICSAP, uma vez que tais pesquisas poderão contribuir para explicar a maior ocorrência de internações hospitalares em mulheres.

Nos grupos de causas de internação por CSAP em meninas se observou predomínio de internações por Infecção no rim e trato urinário. Se somada a esta causa se desdobram as de internações relacionadas às doenças de pré-natal e parto, como as intercorrências de Infecção do rim e trato urinário relacionadas ao pré-natal, as quais também foram encontradas como destaque neste estudo, haverá um número muito maior desta causa nas internações.

Estudo realizado por Lopes e colaboradores (2012), cujo objetivo foi verificar a prevalência e o perfil de sensibilidade da *Escherichia coli* como agente causador de ITU no município de Viçosa-MG, evidenciou que dos resultados positivos, 97,34% eram em pacientes do sexo feminino. Autores destacam que dentre os fatores que contribuem para o risco de ITU no sexo feminino estão a uretra curta, higiene perineal inadequada e início de atividade sexual ou novo parceiro sexual, ao que reconheceram como a denominada cistite da “lua de mel” (GROSSMAN; CARONI, 2009; LACERDA et al. 2015).

Neste sentido, há que se registrar a preocupação com este grupo para além da questão anatômica e de higiene, pois estas meninas são orientadas para os seus cuidados de higiene e, conseqüentemente, terão autonomia para desenvolvê-los ao longo de suas vidas de mulheres sem precisar conviver com internações recorrentes por uma causa prevenível e com possibilidade de um tratamento precoce. Porém, para isso é necessário que tenham conhecimento para serem capazes de perceber e reconhecer características e sinais de funcionamento do próprio corpo no sentido de tomar iniciativas para um cuidado preventivo e busca de ajuda profissional para enfrentar o problema.

Apesar de não ser fator fundamental relacionado à patogênese da ITU, a infecção urinária em adolescentes e jovens do sexo feminino tem sido relacionada significativamente à atividade sexual, uma vez que esta pode provocar a entrada das bactérias no trato urinário, além das alterações hormonais que já favorecem a colonização vaginal (GROSSMAN; CARONI, 2009; LACERDA et al. 2015). A equipe que presta assistência ao adolescente deve estar atenta para questões relacionadas com a vida sexual dele, estando aberta e disponível para esclarecer quaisquer dúvidas, não somente orientar sobre tratamento, mas utilizar estratégias instrutivas para prevenção de novos episódios de ITU, reforçando a importância de esvaziar a bexiga frequentemente e urinar após relação sexual, pois essas medidas implicam mudanças expressivas na incidência e recorrência da doença. (GROSSMAN; CARONI, 2009). Igualmente, destaca-se a importância de orientar o adolescente do sexo masculino quanto aos seus cuidados nas relações sexuais com suas parceiras e parceiros, visto que na abordagem do problema se deva considerar que este não se restringe ao corpo feminino.

Ainda no contexto de ICSAPs mais evidentes na população feminina, o grupo 19, Doenças relacionadas ao pré-natal e parto, foi a terceira causa mais destacada neste estudo. Além disso, foi um dos grupos de causas que mais aumentou na proporção de internação, 16,57% no período estudado. Considerando o acompanhamento de gestantes como uma prioridade na atenção básica, que implementa ações relacionadas ao pré-natal e parto considerados de risco, este achado também chamou a atenção na análise de panorama semelhante, ainda mais em uma posição tão significativa (REHEM; CIOSAK; EGRY, 2012).

A dissociação entre prática sexual, casamento e reprodução representa uma relevante conquista feminina no processo de construção da autonomia e da liberdade reprodutiva, a partir do acesso das mulheres aos métodos contraceptivos (MELO; COELHO; 2011). No entanto, tratando-se das adolescentes, estudos indicam que o início da atividade de vida sexual precoce, impulsionado pela imposição social, pode gerar consequências como doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada. Estas questões fazem com que adolescentes mudem rapidamente seu modo de vida e, mesmo imaturas psicologicamente, ingressem rapidamente na vida adulta (AZEVEDO et al, 2015; NASCIEMENTO; XAVIER; PASSOS DE SÁ, 2011).

Em meio a transformações físicas e psíquicas próprias da fase da adolescência, uma gestação neste período traz consigo outras profundas e abrangentes mudanças nos aspectos físicos e psicológicos, com repercussões individuais, familiares e sociais (MELO; COELHO, 2011; PARIZ; MENGARDA; FRIZZO, 2012). Além do mais, é importante notar que alguns estudos têm demonstrado aumento na incidência de intercorrências pré-natais, intraparto e pós-parto entre gestantes adolescentes (AZEVEDO et al, 2015; MARTINS, 2012; OLIVEIRA; GAMA; SILVA, 2010). Associado a esse fenômeno da gravidez da adolescência se reflete que a qualidade de um pré-natal parcialmente adequado ou inadequado apresenta maior chance de desenvolvimento de infecção do trato urinário, causa que tem sido associada à prematuridade do parto pelas suas complicações na gravidez (VETTORE et al., 2013).

Portanto, ao se reportar à gestação na adolescência, tem-se a atenção pré-natal como de extrema importância para orientar as mães quanto aos cuidados durante a gestação, sobre os sinais e sintomas do início do trabalho de parto, o parto e o período puerperais (FERNANDES et al, 2015). Porém, apesar de diversos modos de pensar o fenômeno da gravidez na adolescência, a operacionalização na prática traduz e reflete ações que se sobrepõe à singularidade da adolescente grávida, tendo como base o tecnicismo profissional no cumprimento de rotinas e protocolos institucionais focados em aspectos biológicos da gestação nessa fase da vida, o que muitas vezes deixa falhas na assistência integral à saúde. (FERNANDES et al, 2015; MELO; COELHO, 2011).

Nesse sentido, destaca-se que a importância da assistência integral à saúde da adolescente gestante, como um eixo orientador da atenção para esta população, traz uma perspectiva de práticas que deve favorecer e otimizar o acompanhamento no pré-natal, utilizando deste momento para envolver a menina no seu processo de cuidado, assim como do futuro bebê. É um momento de valorizar as implicações dessa fase da vida no âmbito social e familiar em que esta adolescente está inserida, além perceber a determinação e os condicionantes relacionados a gênero e geração, que como referenciado em discussão anterior, estão na determinação do processo saúde/doença, assim como com a autonomia e liberdade deste indivíduo. Cabe ainda o destaque para que em um processo de assistência integral à gestante adolescente se trabalhe com o parceiro desta, pois é um momento único para se referendar a responsabilidade do pai no processo.

Seguindo na reflexão dos grupos de causas mais evidentes, as gastroenterites infecciosas e complicações se mostraram como a segunda maior causa para internações sensíveis à atenção primária nas meninas e a primeira maior causa de hospitalização sensível em adolescentes do sexo masculino. Outros estudos em diversos cenários e recortes temporais apontam as gastroenterites como causas com maiores valores de taxa de internação sensível à atenção primária em adolescentes (SANTOS; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016; JUNQUEIRA; DUARTE, 2012; MOURA et al., 2010).

De forma geral, considera-se que as gastroenterites estão relacionadas às condições de educação sanitária, individual e coletiva, portanto, espera-se uma tendência expressiva de queda quando estas são adequadas, além da redução de complicações das gastroenterites quando há assistência oportuna, com tratamento eficaz (SANTOS; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016). Sendo assim, a falta de acesso e efetividade das ações na rede de serviços de atenção básica à saúde nem sempre justificam tais internações, uma vez que, este agravo é determinado pelo processo de produção e reprodução social, que, por sua vez, é definidor dos processos de adoecer e morrer dos grupos sociais. (LAUREL,1982). As internações por gastroenterites e suas complicações são um exemplo desta concepção, pois o acesso às condições de vida adequadas é determinado pela capacidade de inserção do indivíduo no trabalho e, conseqüentemente, determina sua capacidade de adquirir mercadorias para atender suas necessidades.

Em estudo sobre ICSAPs, Rehem, Ciosak, Egry (2012) complementam que, referente a internações por gastroenterites e complicações, “o acesso à educação, renda, lazer, condições de moradia, ou seja, os determinantes sociais podem influenciar a ocorrência dessas internações, sendo fatores exógenos à atenção básica”. Associado a esta causa na saúde do adolescente, pensa-se nos hábitos alimentares prejudiciais e as questões comportamentais intrínsecas a esta fase da vida, como, por exemplo, a influência da publicidade para hábitos e consumo de alimentos. Esta reflexão demonstra que diversas ações intersetoriais devem visar à promoção da saúde e à prevenção de agravos que são associados ao modo de vida dos adolescentes em uma sociedade capitalista que estimula o consumo de produtos não saudáveis.

Apesar da dieta dos adolescentes ser caracterizada pelo consumo de alimentos tradicionais, como arroz e feijão, a ingestão de bebidas açucaradas e

alimentos ultraprocessados é elevada entre os indivíduos deste grupo, o que é preocupante (SOUZA et al., 2016; LEAL et al., 2010). Neste aspecto, estudos apontam o poder da mídia para o consumo danoso de alimentos pelas crianças e adolescentes (REIS, 2015; ROSSI et al., 2010). Em uma revisão sistemática relacionada à influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes, Rossi et al. (2010) mostra que em quatro dos seis estudos selecionados na pesquisa, observou-se que quanto maior é o tempo despendido com a TV, maior é o consumo de doces, salgadinhos, refrigerantes e alimentos gordurosos, uma vez que, propositalmente não há anúncios enfáticos sobre o consumo de frutas e hortaliças frescas. Somada a esta questão se reflete que a distribuição e comercialização dos alimentos nas sociedades urbanas que também estão concentradas nas mãos de grandes grupos, esses atendem a interesses comerciais, os quais são contrários aos interesses da saúde.

A mudança de comportamento alimentar em adolescentes gera outras preocupações, relacionadas à significativa incidência de transtornos alimentares e a importância do estado nutricional para o crescimento e desenvolvimento do adolescente (PENTEADO, 2012; CARAM; LOMAZI, 2012). Além do mais, os distúrbios alimentares podem ocasionar o uso escondido e ilícito de laxantes com a finalidade de emagrecer, o que provoca a diarreia factícia (MESSIAS, 2013). Outras complicações podem surgir associadas aos comportamentos e distúrbios alimentares na adolescência, tais como irritações no esôfago, desidratação, úlceras e anemias (PENTEADO, 2012).

Diante de tais apontamentos, percebe-se que é importante desenvolver medidas de intervenção em conjunto para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do adolescente, visando suas necessidades específicas para uma vida saudável, como nutricionais, psicossociais, oportunidades de lazer e atividade física, orientações pertinentes para manutenção da vida adulta, acompanhamento e auxílio para comportamentos prejudiciais e prevenção de complicações que ocasionem hospitalização.

Com relação à prevalência do grupo das Epilepsias, chama a atenção que esta aparece como segunda causa de maior representatividade de ICSAPs no sexo masculino e quarto motivo de internação em meninas, e é um dos sete grupos que teve variação percentual com aumento, aproximadamente 28%, no período estudado. Este resultado foi condizente com uma pesquisa que frisou a prevalência

e o aumento da taxa de internações por epilepsia no sexo masculino e na faixa etária de 10 a 24 anos, sendo a primeira causa de internação entre 2006 e 2009, em um município do sudeste do Brasil (RODRIGUES-BASTOS et al., 2013).

Entre crianças e idosos, a epilepsia é a doença neurológica crônica mais prevalente, como aumento de risco para países em desenvolvimento, onde as infecções endêmicas têm alta prevalência, como neurocisticercose e malária, consideradas fatores de risco para seu desenvolvimento (DUNCAN; SANDER; SISODIYA, 2006 citado por RODRIGUES-BASTOS et al., 2013). A probabilidade da ocorrência de morte súbita aumenta de duas a três vezes em pacientes com epilepsia, quando comparados àqueles que não possuem a doença. Tal fato está relacionado à influência de doenças do sistema nervoso central, como a epilepsia, com elevação da frequência cardíaca por alterações funcionais cardiológicas, reforçando a importância de seu manejo adequado na atenção básica (SCORZA et al., 2008).

Basicamente, o diagnóstico de epilepsia é pela anamnese e exame neurológico pediátrico, com uso de exames complementares conforme a individualidade do caso, e laboratoriais para investigação da etiologia da epilepsia, com abordagem terapêutica que visa proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes, fatos que contrapõem ao estigma do epiléptico, pois o incremento dos conhecimentos e avanços científicos sobre a epilepsia é cada vez mais frequente. (ALVARES DA SILVA et al., 2013).

Os resultados encontrados atraem a discussão para uma lacuna acerca dos critérios que justificam tais internações, assim como para a elevação significativa de suas taxas na população adolescente, pois as pesquisas não permitem afirmar se o achado deste estudo está compatível com o comportamento desta doença nesse grupo populacional. No entanto, por se tratar de uma ICSAP, fica evidente a importância do diagnóstico e tratamento precoces, ainda na atenção primária, com o objetivo de reduzir o contingente de internações por esta causa, visto que o indivíduo terá que conduzir sua vida com a doença e que esta pode ser controlada por fármacos disponíveis na rede de serviços públicos. Um indivíduo portador de um agravo crônico deveria ser atendido no sentido de ser orientado a perceber os sinais e sintomas da doença e, assim, buscar a ajuda profissional mais próxima de sua residência para não precisar de internação a cada episódio de crise. Ao contrário disso, permite-se refletir sobre a integralidade e resolubilidade da assistência, à

acessibilidade aos serviços e aos fármacos, pois na ausência desses a busca de ajuda será na crise e em instituições hospitalares.

A Asma, representada pelo grupo 7, esteve presente como o terceiro grupo de maior frequência em internações sensíveis aos meninos e o quinto grupo das causas de internações sensíveis para as meninas. Outros estudos têm destacado a asma como uma das principais causas de internação sensível em grupos de adolescentes, como também na população geral (MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014; MOURA et al., 2010).

A presença de asma alérgica e não alérgica na adolescência está relacionada a diferentes exposições a irritantes ambientais, principalmente intradomiciliares, como a inalação de ar seco e/ou frio, elevados níveis de umidade e odores fortes (JASON et al., 2007), com destaque para exposição à fumaça de cigarro (KUSCHNIR, 2010). Percebe-se que, embora os estudos ressaltarem a importância do aspecto psicossocial, poucos objetivam os aspectos da vivência do adolescente com a doença e do profissional de saúde que trata este doente, sendo grande parte dos trabalhos com o foco mais voltado para a clínica da asma e seu tratamento (ARAÚJO; ALVIM; ROCHA, 2013).

Em uma revisão narrativa realizada por Araújo, Alvim e Rocha (2013), as análises de estudos internacionais e qualitativos discutiram aspectos da asma em adolescentes, abordando a magnitude no que diz respeito às limitações para atividades físicas, o constrangimento gerado pelos sintomas ou pelo uso de medicações e seus efeitos colaterais, ansiedade na dificuldade respiratória, bem como a influência positiva dos familiares, amigos, professores e profissionais de saúde como um fator confiável apontado pelos adolescentes na contribuição das boas práticas para o autocuidado.

Devido à sua alta prevalência e morbidade, a asma na adolescência estabelece importante problema de saúde pública em nosso país, além do seu modo de tratamento ser ineficaz poder interferir negativamente sobre as etapas do desenvolvimento (KUSCHNIR, 2010). Assim, o legítimo conhecimento das dimensões da doença possibilita estabelecer planos de tratamento mais efetivos, favorecendo o acesso ao tratamento adequado de manutenção e esclarecimento para os adolescentes, o que pode permitir a redução das internações e dos atendimentos de urgência, além da melhoria da qualidade de vida. (NOGUEIRA, 2006).

Na perspectiva da determinação social do processo saúde/doença, a asma na adolescência evidencia que a saúde não pode ser singular no enfrentamento de fatores associados ao agravo nesta fase da vida, ao contrário, é também importante o conhecimento acerca da dimensão particular e estrutural do problema enfrentado pelos indivíduos portadores de asma. O objetivo deve ser reconhecer nessas dimensões quais são os processos relacionados ao desenvolvimento do agravo na sociedade atual. Muito se sabe que as alergias respiratórias são desenvolvidas a partir de estímulos que os organismos são submetidos, assim se tem: ambientes urbanos com concentração de poluentes no ar, alimentações industrializadas introduzidas desde o primeiro ano de vida, uso indiscriminado de produtos químicos nos ambientes coletivos e de trabalho, entre outras causas que determinarão o desenvolvimento de respostas nos organismos humanos. Portanto, é necessário olhar este fenômeno para além das expressões que se manifestam pelo corpo e relacioná-lo à determinação econômica e social para compreender qual o enfrentamento a ser adotado.

Para os grupos com maior representação de internações por condições sensíveis para o sexo masculino, que não apareceram como principais causas de ICSAPs na população feminina destacam-se o grupo de *Diabetes Mellitus* e o grupo de Insuficiência cardíaca, ambos com aumento na proporção de internação por CSAP entre 2010 e 2014, sendo as variações de 2,80% e 19,51%, respectivamente.

O tratamento da *Diabetes Mellitus* envolve uso constante de medicamentos, como insulina ou hipoglicemiantes orais, junto a uma alimentação apropriada e prática de exercícios físicos, além de necessitar de frequente monitoramento dos níveis glicêmicos (CAIRES; ARAÚJO, 2013). A difícil aceitação da doença por parte das crianças, adolescentes e familiares está relacionada com as condições exigidas pela patologia somada ao fato da sua cronicidade, que demanda extrema adaptação nos âmbitos psicológico, social e físico, tanto por parte do adolescente como da família (MOREIRA; DUPAS, 2006).

Em estudo realizado por Ferreira e colaboradores (2016), que analisaram relações entre a percepção de qualidade de vida e os aspectos sociodemográficos e clínicos em adolescentes portadores de *Diabetes Mellitus* tipo 1, um aspecto que chamou atenção foi que grande parte dos jovens do estudo apresentaram diversas crises de hiperglicemia com frequência, o que supõe ter relação ao baixo controle glicêmico ou à negligência deste controle para verificar os parâmetros aceitáveis,

além do hábito de uma dieta inadequada para o controle da glicemia nessa fase da vida.

Um relato de experiência sobre as reuniões de um grupo educativo com adolescentes diabéticos evidenciou que nem sempre durante o tratamento há preocupação com o conhecimento do paciente acerca de sua própria doença, demonstrando que a estratégia de educação em grupo facilita a compreensão pelo adolescente sobre a fisiopatologia, causas, sinais e sintomas, tratamento, complicações da sua doença (CAIRES; ARAÚJO; 2013). Neste sentido, a educação em Diabetes deve auxiliar o paciente a desenvolver comportamentos desejados e eficazes no bom controle da doença. Então, a criança e sua família devem ter acesso aos atendimentos de profissionais de saúde capacitados, para avaliação e identificação de suas necessidades, que podem estar relacionadas ao conhecimento da doença, aprendizado de habilidades, suporte social ou outra (KANETO; DAMIÃO, 2015).

Importante destacar que a equipe de atenção primária deve conhecer os processos que determinam as condições de vida desses adolescentes, o que dificulta ou facilita a adesão ao tratamento, processos associados às possibilidades de desenvolvimento, bem como a orientação das medidas de prevenção destas complicações, pode implicar mudanças expressivas na incidência e recorrência de internação por esta causa. Para isso, a atenção à saúde deste grupo precisa ser integral e de forma preventiva, com equipe multidisciplinar atenta às particularidades dos adolescentes, a fim de promover saúde e fundamentar os adolescentes e suas famílias para o cuidado e boa qualidade de vida (FERREIRA et al, 2014).

Quanto ao grupo de Insuficiência cardíaca, que apresentou destaque de crescimento nas ICSAPs nos adolescentes do sexo masculino, há pouca evidência científica relacionada ao manejo da patologia em adolescentes, assim como em sua consequente internação. Sabe-se que, na população em geral, como grande responsável pelo surgimento da insuficiência cardíaca está a hipertensão arterial (SMELTZER; BARE, 2005). Além disso, várias transformações relacionadas à fase da adolescência podem determinar a presença de processos de desgastes que indicam risco para situações de vida e de saúde desses adolescentes, entre os quais se destacam o uso de drogas ilícitas, a gravidez sem planejamento, os distúrbios alimentares, e especialmente, a presença da hipertensão arterial (SOARES; FALHEIROS; SANTOS, 2011).

A Primeira Diretriz de insuficiência cardíaca e transplante cardíaco, no feto, na criança e no adulto com cardiopatia, e que tem como objetivo principal promover a efetividade na assistência aos pacientes portadores dessas enfermidades alerta que o cuidado do paciente deve envolver uma “equipe multiprofissional, fluxogramas e conhecimentos administrativos, de órgãos públicos e legislação, visando à terapêutica e qualidade de vida” (AZEKA et al., 2014). Para consubstanciar essa ideia, a equipe de enfermagem na atenção básica, juntamente com a equipe multiprofissional e com outros setores que desenvolvem ações para esta população em um determinado território, pode encorajar os adolescentes às práticas de prevenção de agravos comuns nesse grupo. Como caberia ainda, a partir de ações intersetoriais, inibir a circulação e consumo de drogas ilícitas em grupos vulneráveis, tal como os adolescentes, pois a adesão ao uso de drogas terá repercussões na vida adulta desses sujeitos, das famílias e das comunidades.

Além da particularidade de ICSAPs em cada sexo, percebeu-se nos resultados desta pesquisa que as causas de hospitalizações sensíveis possuem peculiaridades de acordo com a faixa etária dos adolescentes. Neste aspecto, denotou-se que as ICSAPs ocorreram com maior frequência na população de adolescentes com idade entre 15 a 19 anos.

Assim, um aspecto que merece ser discutido é a atuação dos profissionais da atenção primária para o cuidado em saúde para este segmento populacional mais acometido pelas hospitalizações evitáveis. A educação em saúde, entre outras ações que visam à promoção da saúde, deve buscar compreender o indivíduo na sua integralidade como um dos princípios a serem seguidos nas ações de saúde, e ainda, considera-se que este princípio permita a construção e fortalecimento de vínculo entre os profissionais e os usuários do serviço de saúde, assim como com a comunidade em geral. A partir desse pressuposto, nas ações de saúde se faz necessário estimular o adolescente para os cuidados com a sua saúde.

Nos resultados apresentados, as doenças relacionadas ao pré-natal e parto não estão entre as cinco causas mais frequentes nas hospitalizações de adolescentes de 10 a 14 anos, tendo maior representatividade no grupo da faixa etária de 15 a 19 anos. No entanto, embora a expressão matemática apareça mais elevada em adolescentes de 15 a 19 anos de idade, entende-se que a gravidade da situação é mais significativa no grupo que se encontra dos 10 aos 14 anos de idade. Logo a gravidez na adolescência, segundo os pressupostos teóricos que norteiam o

presente estudo, não pode ser analisada apenas pela sua incidência, mas sim, pelo comprometimento que esse fenômeno tem na vida dos indivíduos envolvidos, como também de suas famílias, pois para além da dimensão biológica do problema há que se considerar a dimensão econômica e social que serão determinantes aos processos de desgastes e de proteção na vida desses sujeitos.

Há necessidade de considerar as singularidades e especificidades dos adolescentes no avanço da organização dos serviços e na operacionalização de políticas públicas multissetoriais direcionadas a este grupo, pois se sobressai a diferenciação de comportamentos no que diz respeito aos aspectos psicossociais, sexuais e reprodutivos, sendo primordial expandir sua acessibilidade às ações preventivas e possibilitar sua participação nas instituições de saúde, além de garantir uma assistência de qualidade nas dimensões preconizadas pelo SUS (MONTEIRO et al., 2015).

Relacionado ao aspecto de faixa etária, a representatividade de adolescentes internados por Epilepsia, Asma e Diabetes mellitus, foi outro fato que chamou a atenção no estudo, haja vista que estes grupos somaram 42,91% da proporção de internação sensível na faixa etária de 10 a 14 anos. Há importância de investigações abrangentes sobre essas doenças crônicas presentes na adolescência, pois há uma significativa complexidade e impacto destes agravos na vida dos atuais adolescentes e suas famílias, assim como futuramente dos adultos que terão de conviver com as complicações de doenças crônicas não estabilizadas, além da magnitude desses fenômenos na organização dos serviços de saúde (ARAÚJO, ALVIM, ROCHA, 2013).

A transição da infância para a adolescência se caracteriza pela intensa mudança nos aspectos físicos, emocionais e psicológicos do indivíduo, logo, a doença crônica nesta faixa etária representa um impasse à independência, que é identificada como uma das principais características evolutivas da adolescência (KUSCHNIR, 2010).

Alguns aspectos são fundamentais no desafio de implementações de ações para os adolescentes tais como contemplar a participação efetiva desses indivíduos na perspectiva das suas necessidades, onde a realidade local precisa ser constantemente problematizada, além de adotar uma organização em rede através de estratégias intersetoriais, vinculadas principalmente aos setores de saúde e educação, a partir de um processo de educação permanente para o

aperfeiçoamento da atuação dos profissionais, para um processo de trabalho articulado que vise à interdisciplinaridade para atender esta população (DUARTE; FERREIRA; SANTOS, 2013).

Diante desses aspectos apresentados, percebe-se que, pelo fato de trazer indicação de possíveis problemas no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, as ICSAPs se constituem em um indicador importante não só para avaliação da atenção básica, como também para todo o sistema de saúde, uma vez que contribui para a discussão da concretização das diretrizes e dos princípios do Sistema Único de Saúde, pautados na integralidade, acessibilidade, universalidade, bem como a intersetorialidade (REHEM; EGRY, 2011).

Nessa perspectiva, destaca-se a atuação do enfermeiro, por ser um profissional envolvido com as ações educativas para o cuidado em saúde, principalmente no âmbito da atenção básica, considerando, neste contexto, a habilidade para se incluir na dinâmica do adolescer. Como gestor da assistência, o profissional enfermeiro pode promover articulação do processo de trabalho junto com outros profissionais envolvidos no sistema de saúde, desempenhando a função de facilitador e orientador para que o adolescente adquira autonomia no seu cuidado, contribuindo para o controle e prevenção das patologias que integram a Lista Brasileira de ICSAP.

## 6. CONCLUSÃO

Este estudo sintetizou o panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná, ocorridas no período de 2010 a 2014, acentuando as relações por idade, sexo e grupo de causas mais evidentes, deixando claro que os objetivos propostos na pesquisa foram alcançados.

Conforme os resultados destaca-se que os adolescentes estão sendo internados por causas sensíveis à APS, apesar do número de internações de adolescentes por CSAP ser pequeno, se comparado às demais faixas etárias internadas por CSAP. Porém, estas internações merecem uma investigação mais aprofundada, visto que sua ocorrência é, possivelmente, por não haver ações de promoção da saúde e prevenção de agravos em serviços locais, as quais devem estar ancoradas nos princípios de acessibilidade, integralidade e resolubilidade para os adolescentes moradores das áreas de abrangência desses serviços. Com relação aos grupos de diagnósticos, merecem destaque os grupos de Infecção no rim e trato urinário, Gastroenterites Infeciosas e complicações, Epilepsias, Doenças relacionadas ao pré-natal e parto e Asma, por estes terem ocupado as principais causas de ICSAP em adolescentes e por alguns destes grupos terem apresentado proporção de aumento na frequência de internações durante todo o período estudado.

Ao refletir sobre os limites da presente pesquisa se destaca que o uso da lista brasileira de ICSAP, a qual é baseada na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), restringe a prática assistencial e de investigação de acordo com as especificidades do processo saúde-doença no grupo de adolescente. Nesta perspectiva, sugere-se que ações dos enfermeiros na APS sejam registradas com base na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), pois seria uma possibilidade de se instrumentalizar a prática profissional a partir de registros que identificassem o processo saúde-doença e as necessidades em saúde dos adolescentes que utilizam esses serviços de saúde. Para, além disso, seria necessário que nos processos de territorialização dos serviços locais de saúde esse grupo populacional fosse descrito com base nas suas especificidades do modo de viver, pois a partir desta descrição haveria subsídios para uma discussão de

intervenções intersetoriais que promovessem ações mais resolutivas frente às condições de vida e as especificidades do grupo.

Ao finalizar o presente estudo se reflete que o tempo não permitiu aprofundar a discussão a partir de uma amostra de prontuários dos adolescentes internados na 2ª Regional de Saúde do Paraná no mesmo período. Acredita-se que esta etapa permitiria reflexões e discussões acerca da relação do acesso geográfico aos serviços de saúde, ou seja, o endereço de moradia do adolescente e o endereço do serviço no qual o indivíduo foi internado. Ao fazer essa relação também haveria como verificar e discutir sobre a acessibilidade aos serviços hospitalares na 2ª Regional, assim como conferir se há relação de diagnósticos na internação com disponibilidades de leitos credenciados ao SUS para atender aos adolescentes.

Reflexões com estas temáticas trariam argumentos para a tomada de decisões na gestão em saúde do Estado do Paraná. Nesse sentido, a análise da estrutura da rede, as competências do gestor e compromissos de relatórios anuais, conferências e planos são fundamentais para que se detectem processos da organização da APS no sentido desta desenvolver ações mais resolutivas.

Considera-se que as ICSAP podem auxiliar na elaboração de conhecimento acerca da saúde do adolescente na atenção primária à saúde, conforme as reflexões já apresentadas, porém, ressalta-se que os processos que determinam a ida dos indivíduos aos serviços de saúde têm relação com processos sociais, econômicos e culturais, portanto, conhecer a determinação do processo saúde/doença dos adolescentes nas dimensões particular e estrutural os quais conformam da realidade observada – dimensão singular – poderá fundamentar a elaboração de intervenções que objetivem a modificação das realidades de saúde encontradas nessa população, e ainda, permitiriam refletir sobre a articulação de intervenções intersetoriais que atendessem às necessidades da população de adolescentes no nível local.

Para que ações intersetoriais possam ocorrer é necessário que se assegure condições de trabalho para que as equipes dos diferentes setores se articulem nas ações e, com essas possam garantir a integralidade e a qualidade de assistência no nível local. Destaca-se como estratégia para o desenvolvimento de ações articuladas entre os setores que são importantes, o desenvolvimento de processos de capacitação e suporte aos profissionais, pois a capacitação com articulação intersetorial permite troca de experiências, aprendizado, instruções e orientações

compartilhadas para aqueles que estão diretamente implicados no desenvolvimento da assistência.

Conclui-se que nos resultados e discussões do presente estudo foi destacada a importância do planejamento de ações da atenção primária, individual e coletivamente, para adolescentes frente às suas características e especificidades, no sentido de promover a saúde desses indivíduos, assim como prevenir os agravos que os levaram a internações como as que foram aqui identificadas. É com este compromisso que se acredita iniciar um processo de discussão para a redução dos índices de ICSAPs e melhora da qualidade da atenção à saúde prestada aos adolescentes nos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, M.; AZEVEDO, A.I.M. O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: como facilitar a transição? **Adolesc Saude**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.21-28, 2012. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=327](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=327). Acesso em: 09 set. 2016.
- ALBRECHT, R.H.M.; DIAS, A.B.; MELO, W.A. Condições Sensíveis à Atenção Primária: Revisão Sistemática da Literatura Brasileira. **Anais Eletrônico - VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar- UNICESUMAR**. Centro Universitário Cesumar, Editora CESUMAR Maringá – Paraná – Brasil. Disponível em: [http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit\\_mostra/Augusto\\_Braun\\_Dias.pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Augusto_Braun_Dias.pdf). Acesso em: 06 set. 2016.
- ALFRADIQUE, M.E., et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p.1337-1349, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>. Acesso em: 22 mai 2016.
- ALMEIDA, I.S.; RODRIGUES, B.M.R.D.; SIMÕES, S.M.F. O adolescer...um vir a ser. **Adolesc Saude**, Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.24-28, 2007. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=95](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=95). Acesso em: 12 set. 2016.
- ÁLVARES-DA-SILVA, C.R., CARDOSO, I.S., MACHADO, N.R. Considerações sobre epilepsia. **Bol Cient Pediatr**, Rio Grande do Sul, v.02, n.3, p.71-76, 2013. Disponível em: [http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/140324183248bcped\\_13\\_03\\_02.pdf](http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/140324183248bcped_13_03_02.pdf). Acesso em: 09 set. 2016.
- ARAÚJO, A.; ALVIM, C.G.; ROCHA, R.L. Asma na adolescência: aspectos abordados em pesquisas qualitativas. **Adolesc Saude**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.71-78, 2013. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=382](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=382). Acesso em: 22 set 2016.
- AZEKA, E. et al. I Diretriz de Insuficiência Cardíaca (IC) e Transplante Cardíaco, no feto, na criança e em adultos com cardiopatia congênita, da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v.103,n.6,supl.2, p.1-126, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2014003200001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014003200001). Acesso em: 09 set. 2016.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na atenção primária à saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 16, n.40, p. 67-81, jan/mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2212.pdf>. Acesso em: 18 mai 2015.

AZEVEDO, W.F. et al. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. **Einstein (São Paulo)** [online], v.13, n.4, p.618-626, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015RW3127>. Acesso em: 12 set. 2016.

BELLENZANI, R; SANTOS, A.O.; PAIVA, V. Agentes Comunitárias de Saúde e a Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva de Jovens na Estratégia Saúde da Família Saúde. **Soc. São Paulo**, São Paulo, v.21, n.3, p. 637-650, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300010). Acesso em: 28 mai 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publicar em forma do anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária. In: Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília; 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral a saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde dos Adolescentes do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 132. 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)>. Acesso em: 24 ago 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Caderno de atenção básica n. 32**. Brasília: Editora MS, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_pre\\_natal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_pre_natal.pdf)> Acesso em: 09 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, DF, [s.d.]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906>>. Acesso em: 4 mar. 2016.

BREILH, J. GRANDA, E. **Investigação da Saúde na Sociedade**: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Cortez, 1989.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: Ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.

\_\_\_\_\_. **¿Estado constitucional de derechos?** Informe sobre derechos humanos. Universidad Andina Simón Bolívar. Programa Andino de Derechos Humanos - PADH. Quito: ed. Habya-Yala, 2009.

BREILH, J. Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. **Rev. bras. epidemiol [online]**, vol.18, n.4,

p.972-982, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000400972&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000400972&script=sci_abstract&tlng=es). Acesso em 25 out 2016.

CAIRES, M.G.; ARAÚJO, A. Grupo educativo com adolescentes diabéticos: um relato de experiência. **Adoles Saude**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 56-62, 2013. Disponível: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=356#](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=356#). Acesso em: 01 out 2016.

CAMPOS, R.T.O et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.spe,2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600252](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252). Acesso em: 28 mai 2016.

CARAM, A.L.A.; LORNAZI, E.A. Hábito alimentício, estado nutricional y percepción de la imagen corporal de adolescentes. **Adoles Saude**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.21-29, 2012. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=312&idioma=Espanhol](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=312&idioma=Espanhol). Acesso em: 23 jul 2016.

CARDOSO, C.S. et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 34, n.4, p. 227-34, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n4/03.pdf>. Acesso em: 23 ago 2016.

CARVALHO, S.C.; MOTA, E.; DOURADO, I.; AQUINO, R.; TELES, C.; MEDINA, M.G. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n.4, p.744-54, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000400744](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400744). Acesso em: 14 set 2016.

CAVALCANTE, D.M.; OLIVEIRA, M.R.F.; REHEM, T.C.M.SB. Internações por condições sensíveis à atenção primária: estudo de validação do SIH/SUS em hospital do Distrito Federal, Brasil, 2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.3, p.1-6, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00169914>. Acesso em: 11 ago 2016.

COSTA, R.F.; QUEIROZ, M.V.O.; ZEITOUNE, R.C.G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.466-472, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300006). Acesso em: 28 mai 2016.

COMEC. **Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba**. Secretaria do Desenvolvimento Urbano. **Formação da Região Metropolitana**. 2016. Disponível em: <<http://www.comec.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=123>>. Acesso em: ago. 2016.

COMEC. **Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba**. Secretaria do Desenvolvimento Urbano. **Plano de Desenvolvimento Integrado da Região Metropolitana de Curitiba**: propostas de ordenamento territorial e novo arranjo institucional/ Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba. – Curitiba, 2006.

DUARTE, S.J.H.; FERREIRA, S.F.; SANTOS, N.C. Desafios de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na implantação do Programa Saúde do Adolescente. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.15, n.2, p.479-86, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18179>. Acesso em: 24 jun. 2016.

EDUARDO, L.P; EGRY, E.Y. Estatuto da Criança e do Adolescente: a visão dos trabalhadores sobre sua prática. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.44, n.1, p. 18-24. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a03v44n1.pdf>>. Acesso em: 14 ago 2015.

EGRY, E.Y. **Saúde coletiva**: Construindo um Novo Método em Enfermagem. São Paulo: Editora Ícone, 1996.

EGRY, E.Y et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, vol.43, n. 2, p. 1181-1186. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a06v43s2.pdf>>. Acesso em: 14/08/2015.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S.; OLIVEIRA, M.A.C. Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. **Rev. bras. enferm.[online]**, v.66, n.spe, p.119-133, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700016>. Acesso em: 04 out 2016.

FARIAS JUNIOR, J.C.; MENDES, J.K.F.; BARBOSA, D.B.M.; LOPES, A.S. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes: prevalência e associação com fatores sociodemográficos. **Rev. bras. epidemiol.[online]**, v.14, n.1, p.50-62, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000100005>. Acesso em: 13 set. 2016.

FERNANDES, R.F. M. et al.Characteristics of antenatal care for adolescents from state capitals in Southern and Northeastern Brazil.**Texto contexto - enferm.[online]**, vol.24, n.1, pp.80-86, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001230012>. Acesso em: 03 set. 2016.

FERREIRA. J.B.B. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v.23, p.45-56, 2014. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742014000100005](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100005). Acesso em: 20 ago 2016.

FONSECA, R.M.G.S. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, v.5, n.1, p.5-13, 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691997000100002>. Acesso em: 13 jun. 2016.

GOMES, C.M; HORTA, N.C. Promoção de Saúde do adolescente em âmbito escolar. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.13, n.4, p. 486-499, 2010. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/897>. Acesso em: 27 ago 2015.

GROSSMAN, E.; CARONI, M.M. Infecção urinária na adolescência. **Adolesc Saude**, Rio de Janeiro, v;6, n.4, p. 41-33, 2009. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=8](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=8). Acesso em: 27 ago 2016.

HORTA, N.C; LAGE, A.M; SENA, R.R. Produção científica sobre políticas públicas direcionadas para jovens. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 538-543, 2009. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a15.pdf>>. Acesso em: 14 ago 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, Paraná**, 2010a. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=41&dados=26>>. Acesso em: 09 ago. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE – Estados@**. 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/cento2010/default.shtm>. Acesso em: jul. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estados@**. 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr#>>. Acesso em: 24/08/2015.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico Estado do Paraná**, Curitiba, Novembro, 2016. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=19>. Acesso em: 05 nov 2016.

JAGER, M.E. et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, abr/jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n2/05.pdf>>. Acesso em: 28 ago 2015.

JANSON, C. et al. Risk factors associated with allergic and non-allergic asthma in adolescents. **Clin Resp**, v.1, n.1, p.16-22. 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nih.gov/pubmed/20298273>. Acesso em 08 out 2016.

JUNQUEIRA, R.M.P.; DUARTE, E.C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. **Rev. Saúde Pública[online]**, v.46, n.5, pp.761-768, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500001>. Acesso: 01 out. 2016.

KANETO, L.A.; DAMIÃO, E.B.C. Avaliação do conhecimento de crianças com diabetes tipo 1: proposta de um instrumento. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v.15, n.2, p 93-101, 2015. Disponível em: [http://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15-n2/vol\\_15\\_n\\_2-artigo-de-pesquisa-2.pdf](http://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15-n2/vol_15_n_2-artigo-de-pesquisa-2.pdf). Acesso em: 03 out 2016.

KUSCHNIR, F. Asma na adolescência. **Adoles Saude**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 17-26, 2010. Disponível em: <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=231](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=231)> Acesso em: 12 out 2016.

LACERDA, W.C.; VALE, J.S.; LACERDA, W.C. ; CARDOSO, J.L.M.S. Infecção urinária em mulheres: revisão da literatura. **Saúde em Foco**, edição n. 7, p.282-295, 2015. Disponível em: <[http://unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/saude\\_foco/artigos/ano2015/artigo\\_inf\\_eccao.pdf](http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2015/artigo_inf_eccao.pdf)>. Acesso em: 12 out 2016.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p.133-158. Disponível em: <<file:///C:/Users/J%C3%A9ssyca/Downloads/11%20Portugues%20saudedoenca.pdf>>. Acesso: 01 out. 2016.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc. saúde coletiva[online]**, v.10, n.1,p.35-46, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100010>> Acesso em: 17 mai 2016.

LEAL, G.V.S. Consumo alimentar e padrão de refeições de adolescentes, São Paulo, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.[online]**, v.13, n.3, p.457-467, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000300009>>. Acesso em: 19 out. 2016.

LENTSCKL, M.H.; LATORRELL, M.R.D.O.; MATHIAS, T.A.F. Tendência das internações por doenças cardiovasculares sensíveis à atenção primária. **Rev Bras Epidemiol**, v.18, n.2, p.372-384. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n2/pt\\_1415-790X-rbepid-18-02-00372.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n2/pt_1415-790X-rbepid-18-02-00372.pdf). Acesso em: 14 ago 2016.

LIMA, S.C.C.A. **Internações hospitalares de crianças por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde: Estudo de Tendência Temporal em Pernambuco**. 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva , Universidade Federal do Bahia, Salvador, 2012.

LOPES, P.M. et al. Escherichia coli como agente etiológico de infecções do trato urinário em pacientes do município de Viçosa-MG. **Revista Brasileira de Farmácia**,

v.93, n.1, p.43-47, 2012. Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-1-8.pdf>>. Acesso em: 21 set 2016.

MACIEL, A.G.; CALDEIRA, A.P.; DINIZ, F.J.L.S. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. **Saúde debate[online]**, v.38, n.spe, p.319-330, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S024>>. Acesso em: 11 mai. 2016.

MACINKO, J. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health affairs**, v.29, n. 12, p.2149–2160, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21134915>. Acesso: 01 set. 2016.

MAFRA, M, P. **Ações em saúde para adolescentes nos serviços de atenção básica – o olhar do enfermeiro em um distrito sanitário**. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

MARQUES, J.F; QUEIROZ, M.V.O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 65-72, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/09.pdf>. Acesso em: 17 jun 2015.

MARTINS, M.G. et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.[online]**; v.33, n.11, p.354-360, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011001100006>. Acesso: 18 set. 2016.

MELO, M.D. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos: um olhar da Enfermagem em Saúde Coletiva**. 211f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

MELO, M.D.; EGRY, E.Y. Determinantes sociais das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos, São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.48,n. spe,2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000700129&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000700129&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 24 abri 2016.

MELO, M.C.P.; COELHO, E.A.C. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva[online]**, v.16, n.5, p.2549-2558, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500025>> Acesso: 01 out. 2016.

MENDES, M.J.F.L. et al. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.[online]**, v.6, supl.1,p.49-54, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000500007>>. Acesso em: 29 ago. 2016.

MENDONÇA, S.S.; ALBUQUERQUE, E.C. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.3, p.463-474, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n3/1679-4974-ress-23-03-00463.pdf>> Acesso em: 27 jul 2016.

MESSIAS, J.A. Diarreias agudas e crônicas. **Adoles Saude**, Rio de Janeiro, v.1, n.3, p.62-66, 2013. Disponível em: <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=417](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=417)> Acesso em: 29 jul. 2016.

MONTEIRO, M.O.P.; COSTA, M.C.O.; VIEIRA, G.O.; SILVA, C.A.L. Fatores associados à ocorrência de sífilis em adolescentes do sexo masculino, feminino e gestantes de um Centro de Referência Municipal/CRM – DST/HIV/AIDS de Feira de Santana, Bahia. **Adolesc Saude**, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p. 21-32, 2015. Disponível em: <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=520](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=520)> Acesso em: 14 set. 2016.

MOREIRA PL, DUPAS G. Vivendo com o diabetes: a experiência contada pela criança. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n.1, p.25-32, 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100004)>. Acesso em: 01 out.2016.

MOURA, B.L.A et al.Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região.**Rev. Bras. Saude Mater. Infant.[online]**, v.10, supl.1, p.83-91, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500008>> Acesso em: 06 out. 2016.

NASCIMENTO, M.L. Nove teses sobre a “infância como um fenômeno social” Jens Qvortrup. **Pro-Posições**, Campinas, v. 22, n. 1 (64), p. 199-211, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pp/v22n1/15.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

NASCIMENTO, M.G.; XAVOER, P.F.; PASSOS DE SÁ, R.D.P. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. **Adolesc Saude**, Rio de Janeiro, v.8, n.4. p.41-47, 2011. Disponível em: <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=294](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=294)>. Acesso em: 26 jul. 2016.

NOGUEIRA, K.T. Importância do estudo de qualidade de vida na asma: visão global de uma doença crônica. **Adolesc Saude**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 27-30, 2006. Disponível em: <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=150](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=150)> Acesso em: 29 set. 2016.

NOGUEIRA, K.T.; SILVA, C.M.F.M. Tabagismo em adolescentes numa escola da rede pública do estado do Rio de Janeiro. **Adolesc Saude**, Rio de Janeiro, v;1, n.4, p. 6-10, 2004. Disponível em: <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=199](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=199)> Acesso em: 29 ago. 2016.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; MARTIN, M.; NAVARRO, A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.19, n.1, 2010. Disponível em:

<[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742010000100008](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100008)> Acesso em: 10 jun. 2016.

OLIVEIRA, E.F.V.; GAMA, S.G.N.; SILVA, C.M.F.P. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública[online]**, v.26, n.3, p.567-578, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300014>> Acesso em: 14 out. 2016.

OZELLA, S.; AGUIAR, W.M.J. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cad. Pesqui.[online]**, v.38, n.133, p.97-125, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742008000100005>> Acesso em: 27 ago. 2016.

PARIZ, J.; MENGARDA, C.F.;FRIZZO, G.B. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. **Saude Soc.[online]**, v.21, n.3, p.623-636, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300009>> Acesso em: 22 set 2016.

PARANÁ. SESA. **Secretaria Estadual de Saúde do Paraná**. 2016. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/>>. Acesso em: 14 set 2016.

PENSO, M.A. et al. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saúde Soc.[online]**, v.22, n.2, p.542-553. 2013. Disponível em:<[file:///C:/Users/J%C3%A9ssyca/Downloads/76451-104559-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/J%C3%A9ssyca/Downloads/76451-104559-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 05 set. 2015.

PENTEADO, C.P.G. et al. Avaliação do perfil nutricional de adolescentes com risco para transtornos alimentares. **Adolesc Saude**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 12-20, 2012. Disponível em: <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=326](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=326)> Acesso em: 08 out. 2016.

PEREIRA, F.J.R.; SILVA, C.C.; LIMA NETO, E.A. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.spe, p.331-42, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600331&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600331&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 13 set. 2016.

PFEIFFER, M.E.T. Dor Torácica na Infância e Adolescência: Por que, Quando e Como Avaliar o Coração?. **Rev DERC**, v.18, n.3, p.86-90, 2012. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/sbc-derc/revista/2012/18-3/pdf/Rev18-3-pag86.pdf>> Acesso em: 11 set. 2016.

PNUD-Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Ranking IDHM Municípios 2010**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>. Acesso em: 10 jun. 2016.

PREZOTTO, K. H.; CHAVES, M. M. N.; MATHIAS, T. A. F. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 44-53, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt\\_0080-6234-reeusp-49-01-0044.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0044.pdf). Acesso em: 17 jun. 2016.

PORTUGAL. Sociedade Portuguesa de Pediatria. **Requisitos de atendimento ao adolescente**. Portugal: Sociedade Portuguesa de Pediatria; 2009.

QUEIROZ, V. M; EGRY, E Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 41, n. 1, p. 26-33. 1988. Disponível em: [http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/areas/bases\\_metodologicas\\_ass\\_enfermagem.pdf](http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/areas/bases_metodologicas_ass_enfermagem.pdf). Acesso em: 17 jun. 2015.

RAKSA, V.P. A regionalização como instrumento de governança pública em saúde no estado do paraná: análise dos vazios assistenciais como subsídio   a  o do estado. 169f. Disserta o (Mestrado em Planejamento e Governança Pública) - Programa de Pós-gradua o em Planejamento e Governança Pública, Universidade T cnol gica Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

REHEM, T.C.M.S.B.; EGRY, E.Y. Internan es por condi es sensíveis   Aten o Primária no Estado de São Paulo. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4755-66. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300024).> Acesso em: 12 out. 2016.

REHEM, T.C.M.S.B., et al. Internan es por condi es sensíveis   aten o primária em uma metrópole brasileira. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.47, n.4, p. 884-90, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000400884](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400884). Acesso em: 01 out. 2016.

REHEM, T.C.M.S.B.; CIOSAK, S.I.; EGRY, E.Y. Internan es por condi es sensíveis   Aten o Primária no Hospital Geral de uma Microrregião de Saúde do Município de São Paulo, Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n.3, p. 535-42, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300007).> Acesso em: 01 out. 2016.

REIS, A.M.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M. Processo saúde-doença: concep es do movimento estudantil da área da saúde. **Saude soc.[online]**, v.19, n.2, p.347-357. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000200011>.> Acesso em: 22 set. 2016.

REIS, P. O poder da m dia televisiva e sua influência no consumo de alimentos danosos   saúde da criança e do adolescente: um olhar sob a publicidade de

alimentos. **Anais do 3º Congresso Internacional de Direito e Contemporaneidade: mídias e direitos da sociedade em rede**. 27 a 29 de maio de 2015 - Santa Maria/RS. UFSM - Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/congressodireito/anais>>. Acesso em: 28 out. 2016.

RIPSA - **Rede Interagencial de Informações para a Saúde**. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/php/index.php>>. Acesso: 01 out. 2016.

RODRIGUES-BASTOS, R.M. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.[online]**, v.59, n.2, p.120-127, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2012.11.001>>. Acesso em: 02 out. 2016.

ROSSI, C.E. et al. Influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Rev. Nutr.[online]**, v.23, n.4, p.607-620, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000400011>>. Acesso em: 24 set. 2016.

SANTOS, A.P.R. **Necessidades em saúde: a percepção dos adolescentes de um determinado território de Curitiba/PR**. 104f. Trabalho de Graduação (Bacharelado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

SANTOS, N.P. **Promoção da saúde do escolar adolescente segundo as diretrizes do programa de saúde do escolar: uma experiência em um município do sul do Brasil**. 169f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015a.

SANTOS, A.P.R. **Vulnerabilidade na adolescência: a perspectiva de gestores e líderes do movimento social organizado em um território de Curitiba / PR**. 196f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015b.

SANTOS, L.A.; OLIVEIRA, V.B.; CALDEIRA, A.P. Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.16, n.2, p. 179-188, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292016000200169&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000200169&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 10 set. 2016.

SCORZA, F.A.; ARIDA, R.M.; ALBUQUERQUE, M.; CAVALHEIRO, E.A. Morte súbita na epilepsia: todos os caminhos levam ao coração. **Rev Assoc Med Bras.**, São Paulo, v. 54, n.3, p. 199-200, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302008000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000300008)>. Acesso em: 24 jul. 2016.

SILBER, T.J.; SOUZA, R.P. Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer. **Adolescencia Latinoamericana**, v.1, n.3, p.148-162, 1998. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4466.pdf>.> Acesso em: 29 maio 2016.

SILVA, C.R.; LOPES, R.E. Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas públicas. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 17, n.2, p 87-106, jul/dez. 2009. Disponível em:

<<file:///C:/Users/J%C3%A9ssyca/Downloads/100-151-1-PB.pdf>.> Acesso em: 29 ago. 2015.

SILVA, M.A.I. et al. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciênc. saúde coletiva[online]**, v.19, n.2, p. 619-627, 2014.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00619.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2015.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Insuficiência Renal Crônica. In: \_\_\_\_\_. **BRUNER & SUDDARTH - Tratado de enfermagem medico-cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.1323- 1412.

SOARES. C.A.M.; FALHEIROS, M.R.; SANTOS, E.O. A enfermagem e as ações de prevenção primária da hipertensão arterial em adolescentes. **Adolesc Saude**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.46-55, 2011. Disponível em:

<[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=273](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=273).> Acesso em: 02 out. 2016.

SOUZA, N.P. et al. Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. **Rev. Bras. Enferm.[online]**, v. 69, n.1, p.118-125, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690116i>.> Acesso em: 21 ago. 2016.

SOUZA, A.M. et al. ERICA: ingestão de macro e micronutrientes em adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública[online]**, v.50, suppl.1, p.1-15, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006698>. Acesso em: 15 set. 2016

TEIXEIRA, S.C.R; SILVA, L.W.S; TEIXEIRA, M.A. Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas - uma revisão bibliográfica. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 37-44, jan./mar.2013. Disponível em:

[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=353](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=353). Acesso em: 26 jun. 2015.

TORRES, R.L. et al. O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.45,n.spe 2, p. 1661-1666, 2011. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000800004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800004). Acesso em: 23 maio 2016.

TURCI, M. A. et al. Avaliação do impacto das ações do Programa de Saúde da Família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção

básica em adultos e idosos. **Nescon-Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Projeto ICSAP Brasil.** Faculdade de Medicina-UFMG. Belo Horizonte: MS, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3261.pdf>.> Acesso em: 23 set. 2016.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação da Adolescência Brasileira 201. **O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades.** Brasília, DF: UNICEF, 2011. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sabrep11.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf).> Acesso em: 14 set. 2015.

VETTORE, M.V.; DIAS, M.; VETTORE, M.V.. LEAL, M.C. Avaliação do manejo da infecção urinária no pré-natal em gestantes do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro. **Rev. bras. epidemiol.[online]**, v.16, n.2, p.338-351, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200010>.> Acesso em: 27 ago. 2016.

WESTPHAL, M.F; BYDLOWSKI, C.R. **Violência e juventude.** 1ªed. São Paulo: Hucitec, 2010.

## APÊNDICES

**APÊNDICE 1** – NÚMEROS TOTAIS E MÉDIAS DAS ESTIMATIVAS POPULACIONAIS DE ADOLESCENTES ENTRE 10 A 19 ANOS NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, DIVIDIDAS POR SEXO E ANO, REALIZADAS PELO IBGE E ENVIADAS AO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). CURITIBA-PR, 2016.

<b>Sexo</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Média 2014 – 2010</b>
Feminino	270.792	273.507	276.138	278.682	281.136	276.051
Masculino	278.344	281.148	283.853	286.456	288.954	283.751
<b>Total</b>	<b>549.136</b>	<b>554.655</b>	<b>559.991</b>	<b>565.138</b>	<b>570.090</b>	<b>559.802</b>

FONTE: IBGE (2016).

**APÊNDICE 2** – NÚMERO POPULACIONAL DE ADOLESCENTES ENTRE 10 A 19 ANOS NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, DIVIDIDAS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA, REALIZADAS PELO IBGE E ENVIADAS AO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). CURITIBA-PR, 2016.

<b>Sexo</b>	<b>10-14</b>	<b>15-19</b>	<b>Total</b>
Feminino	133.873	136.919	270.792
Masculino	139.161	139.183	278.344
<b>Total</b>	<b>273.034</b>	<b>276.102</b>	<b>549.136</b>

FONTE: IBGE (2016).

**APÊNDICE 3A** – NÚMEROS TOTAIS E PROPORÇÕES DOS DIAGNÓSTICOS CORRESPONDENTES AO GRUPO 10 DA LISTA BRASILEIRA DE ICSAP, DIVIDIDOS POR SEXO, REGISTRADOS EM ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA, 2016.

<b>Grupo 10 – Angina</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
10.1 Angina pectoris	8	28,58	20	71,42	28	100
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>28,58</b>	<b>20</b>	<b>71,42</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

FONTE: SIH-SUS.

**APÊNDICE 3B** – NÚMEROS TOTAIS E PROPORÇÕES DAS INTERNAÇÕES POR ANGINA, DIVIDIDOS POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, REGISTRADAS EM ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016.

<b>Faixa etária acometida pela angina</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
10-14 anos	0	0	0	0	0	0
15-19 anos	8	28,58	20	71,42	28	100
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>28,58</b>	<b>20</b>	<b>71,42</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

FONTE: SIH-SUS.

**APÊNDICE 4A – NÚMEROS TOTAIS E PROPORÇÕES DOS DIAGNÓSTICOS CORRESPONDENTES AO GRUPO 14 DA LISTA BRASILEIRA DE ICSAP, DIVIDIDOS POR SEXO, REGISTRADOS EM ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016.**

Grupo 14 – Epilepsias	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
14. Epilepsias	756	51,43	714	48,57	1470	100
Total	756	51,43	714	48,57	1470	100

FONTE: SIH-SUS.

**APÊNDICE 4B – NÚMEROS TOTAIS E PROPORÇÕES DAS INTERNAÇÕES POR EPILEPSIAS, DIVIDIDOS POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, REGISTRADAS EM ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016.**

Faixa etária acometida por epilepsias	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
10-14 anos	467	61,78	466	65,27	933	63,47
15-19 anos	289	38,22	248	34,73	537	36,53
<b>Total</b>	756	100	714	100	1470	100

FONTE: SIH-SUS.

**APÊNDICE 5A – NÚMEROS TOTAIS E PROPORÇÕES DOS DIAGNÓSTICOS CORRESPONDENTES AO GRUPO 11 DA LISTA BRASILEIRA DE ICSAP, DIVIDIDOS POR SEXO, REGISTRADOS EM ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016.**

Grupo 11 – Insuficiência cardíaca	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
11.1 Insuficiência cardíaca	218	99,54	232	99,57	450	99,11
11.2 Edema agudo de pulmão	3	1,36	1	0,43	4	0,89
<b>Total</b>	219	100	233	100	454	100

FONTE: SIH-SUS.

**APÊNDICE 5B – NÚMEROS TOTAIS E PROPORÇÕES DAS INTERNAÇÕES POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, DIVIDIDOS POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, REGISTRADAS EM ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016.**

Faixa etária acometida pela insuficiência cardíaca	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
10-14 anos	120	55,00	149	64,22	269	59,78
15-19 anos	98	45,00	83	35,78	181	40,22
<b>Total</b>	218	100	232	100	450	100

**APÊNDICE 6A – NÚMEROS TOTAIS E PROPORÇÕES DOS DIAGNÓSTICOS CORRESPONDENTES AO GRUPO 19 DA LISTA BRASILEIRA DE ICSAP, DIVIDIDOS POR SEXO, REGISTRADOS EM ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016.**

Grupo 19 – Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
19.1 Infecção no trato urinário na gravidez	965	100	0	0	965	100
19.2 Sífilis Congênita	0	0	0	0	0	0
19.3 Síndrome da rubéola congênita	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	965	100	0	0	965	100

**FONTE:** SIH-SUS.

**APÊNDICE 6B – NÚMEROS TOTAIS E PROPORÇÕES DAS INTERNAÇÕES POR INFECÇÃO NO TRATO URINÁRIO NA GRAVIDEZ, DIVIDIDOS POR FAIXA ETÁRIA, REGISTRADAS EM ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016.**

Infecção no trato urinário na gravidez	10-14		15-19		Total	
	N	%	N	%	N	%
19.1 Infecção no trato urinário na gravidez	47	4,87	918	95,13	965	100
<b>Total</b>	47	100	918	100	965	100

**FONTE:** SIH-SUS.

**APÊNDICE 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS NÚMEROS ICSAP POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E ANO EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016.**

Grupos de Causas Sensíveis à Atenção Primária	2010	2011	2012	2013	2014
	10-14 anos				
1. Doenças prev. por imuniz. e condições sensíveis	3	2	0	2	0
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	139	129	132	78	66
3. Anemia	3	1	1	0	1
4. Deficiências nutricionais	6	5	7	8	6
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	5	2	11	12	3
6. Pneumonias bacterianas	3	6	3	8	6
7. Asma	52	60	52	37	37
8. Doenças pulmonares	11	11	11	11	4
9. Hipertensão	2	6	6	5	0
10. Angina	0	0	0	0	0
11. Insuficiência cardíaca	25	25	21	28	21
12. Doenças cerebrovasculares	1	1	1	2	2
13. Diabetes mellitus	24	33	32	35	36
14. Epilepsias	93	99	116	83	76
15. Infecção no rim e trato urinário	52	46	51	59	54
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	195	18	8	9	13
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	5	6	5	1	0
18. Úlcera gastrointestinal	1	2	1	1	1
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	6	14	8	11	8
<b>Total</b>	<b>450</b>	<b>466</b>	<b>466</b>	<b>390</b>	<b>334</b>
	15-19 anos				
1. Doenças prev. por imuniz. e condições sensíveis	29	7	4	1	2
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	123	105	114	84	66
3. Anemia	6	1	5	2	1
4. Deficiências nutricionais	5	6	7	3	4
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	1	2	5	10	4
6. Pneumonias bacterianas	8	11	17	7	6
7. Asma	27	38	40	32	36
8. Doenças pulmonares	15	14	11	18	15
9. Hipertensão	5	2	5	2	3
10. Angina	1	1	0	3	3
11. Insuficiência cardíaca	22	24	16	15	24
12. Doenças cerebrovasculares	3	5	3	10	8
13. Diabetes mellitus	27	33	25	30	23
14. Epilepsias	37	50	58	63	81
15. Infecção no rim e trato urinário	412	363	382	366	326
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	16	4	9	26	10
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	34	32	36	16	18
18. Úlcera gastrointestinal	8	4	4	3	2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	169	182	175	193	199
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>884</b>	<b>916</b>	<b>884</b>	<b>831</b>

**FONTE:** SIH-SUS.

**APÊNDICE 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS NÚMEROS ICSAP POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E ANO EM ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2010 A 2014. CURITIBA-PR, 2016.**

Grupos de Causas Sensíveis à Atenção Primária	2010	2011	2012	2013	2014
	10-14 anos				
1. Doenças prev. por imuniz. e condições sensíveis	0	2	5	4	2
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	133	159	123	98	69
3. Anemia	2	0	1	0	0
4. Deficiências nutricionais	7	8	8	5	5
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	8	2	6	11	8
6. Pneumonias bacterianas	9	14	14	6	3
7. Asma	61	84	68	60	46
8. Doenças pulmonares	14	10	18	10	12
9. Hipertensão	5	3	6	5	1
10. Angina	0	0	0	0	0
11. Insuficiência cardíaca	22	32	20	35	40
12. Doenças cerebrovasculares	3	4	1	2	3
13. Diabetes mellitus	36	25	31	21	34
14. Epilepsias	85	86	107	97	91
15. Infecção no rim e trato urinário	14	19	14	21	21
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	21	22	15	14	19
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0	0	0	0
18. Úlcera gastrointestinal	1	4	1	0	5
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>421</b>	<b>474</b>	<b>438</b>	<b>389</b>	<b>359</b>
	15-19 anos				
1. Doenças prev. por imuniz. e condições sensíveis	5	1	6	5	3
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	66	47	58	45	35
3. Anemia	1	0	2	1	1
4. Deficiências nutricionais	5	5	2	3	3
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	3	7	7	10	4
6. Pneumonias bacterianas	10	9	7	13	7
7. Asma	15	15	15	7	6
8. Doenças pulmonares	15	13	6	10	5
9. Hipertensão	2	2	2	2	0
10. Angina	1	1	3	3	12
11. Insuficiência cardíaca	13	19	25	14	13
12. Doenças cerebrovasculares	14	7	5	10	10
13. Diabetes mellitus	20	27	19	15	17
14. Epilepsias	30	56	47	55	60
15. Infecção no rim e trato urinário	26	16	10	22	21
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	37	12	22	19	5
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0	0	0	0
18. Úlcera gastrointestinal	9	4	8	7	8
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>241</b>	<b>244</b>	<b>241</b>	<b>210</b>

**FONTE:** SIH-SUS