

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JÉSSYCA SLOMPO FREITAS

A DETERMINAÇÃO SOCIAL DAS INTERNAÇÕES DE ADOLESCENTES POR
CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

CURITIBA

2021

JÉSSYCA SLOMPO FREITAS

A DETERMINAÇÃO SOCIAL DAS INTERNAÇÕES DE ADOLESCENTES POR
CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Marta Nolasco Chaves

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Rafaela Gessner Lourenço

CURITIBA

2021

Freitas, Jéssyca Slompo

A Determinação Social das Internações de adolescentes por Condições Sensíveis à Atenção Primária [recurso eletrônico] / Jéssyca Slompo Freitas – Curitiba, 2021.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Marta Nolasco Chaves
Coorientadora: Profa. Dra. Rafaela Gessner Lourenço

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Hospitalização. 3. Saúde coletiva. 4. Saúde do adolescente. 5. Métodos. I. Chaves, Maria Marta Nolasco. II. Lourenço, Rafaela Gessner. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.734



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM
4000101604SP7

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 avaliação do trabalho de Doutorado de JESSYCA SLOMPO FREITAS intitulada: **A DETERMINAÇÃO SOCIAL DAS INTERNAÇÕES DE ADOLESCENTES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA**, sob orientação da Profa. Dra. MARIA MARTA NOLASCO CHAVES, que após terem lido o artigo e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 25 de Fevereiro de 2021.

Assinatura Eletrônica
02/03/2021 15:47:52.0
MARIA MARTA NOLASCO CHAVES
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
05/03/2021 11:53:36.0
JAIME BREILH PAZ Y MIÑO
Avaliador Externo (UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR)

Assinatura Eletrônica
02/03/2021 18:33:50.0
AIDA MARIS PERES
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
02/03/2021 15:43:21.0
TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

*Aos meus pais, **Adilson Oliveira Freitas e Jane Kely Aparecida Slompo**, dedico este trabalho, pelo esforço em me ampararem na construção de alicerces para a vida. A vocês, a maior porção do meu amor, admiração e gratidão.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por demonstrar que seus planos são mais altos que os meus, pelas bênçãos e por guiar meu caminho nesta trajetória.

Obrigada ao meu pai, **Adilson Oliveira Freitas**, pelo apoio incondicional, por prontamente me auxiliar nas dúvidas quantitativas das tabelas e dos gráficos. Muito além, agradeço por ser parte substancial do meu caráter, das minhas escolhas e conquistas, a quem eu admiro e tenho orgulho!

À minha mãe, **Jane Kely Aparecida Slompo**, por ser minha inspiração, motivação e por incessantemente demonstrar cuidado e amor, que emanam em cada detalhe do cotidiano. Ao meu padrasto, **Paulo Roberto Ferreira Neves**, por ser tão solícito com nossa família.

Um carinho especial aos meus avós, **Antônio Jair Slompo**, **Ana Neri Slompo**, **Airton Oliveira Freitas** e **Terezinha Martinho de Souza Freitas**. Sou grata pela dedicação no cuidado quando eu era criança e pela preocupação e zelo enquanto busco alcançar meus objetivos. Sou privilegiada em tê-los ao meu lado ao findar essa etapa.

Agradeço toda a minha **família**, pelo estímulo e pela felicidade em partilharmos cada momento desta jornada. Em especial, ao meu irmão, **Lucas Souza Freitas** que, de forma carinhosa, esteve ao meu lado e sempre demonstrou orgulho pelas minhas vitórias.

Meu sincero agradecimento à minha orientadora, **Prof^a. Dr^a. Maria Marta Nolasco Chaves** que, durante os últimos seis anos, conduziu a caminhada da minha qualificação profissional com competência, sabedoria e muita dedicação. Seria muito árduo sustentar a responsabilidade desta tese sem os seus ensinamentos. Sobretudo, agradeço especialmente o carinho, compreensão, paciência e humildade.

À minha coorientadora, **Prof^a. Dr^a. Rafaela Gessner Lourenço**, a quem passei a admirar como profissional e pessoa. Obrigada por acrescentar conhecimento, enriquecer a pesquisa e, mais ainda, por se fazer amiga ao dividir suas experiências, reconhecer e incentivar minhas potencialidades e trazer leveza aos dias de finalização do trabalho.

De maneira inestimável, agradeço às amigas **Bianca Fontana Aguiar** e **Juliana Moleta** por me acolherem tantas vezes, por fazerem me sentir em casa e por possibilitarem meus momentos de estudo, de descanso e de descontração ao

estarmos juntas em Curitiba. Jamais esquecerei as demonstrações verdadeiras de amizade. Vocês foram essenciais nesta caminhada e serei eternamente grata.

Às demais **amigas**, por entenderem meus momentos de ausência, pelo incentivo e por sempre desejarem sucesso.

Aos colegas da **turma do doutorado 2017-2021**, por dividirmos conhecimentos e expectativas, pelo companheirismo e amizade nesses anos.

Aos membros do grupo de pesquisa **NESC**, pelos momentos compartilhados de experiências e pelos ensinamentos vivenciados. De forma especial, a **Ana Paula Machado, Daiane Luccas, Flaviane Limas, Marlise Brandão e Melissa Mafra Fialla** pela convivência, pelos momentos de apoio e trocas de experiências, pelas caronas e pela amizade.

Às colegas enfermeiras **Alini Macedo e Fernanda Cassanho** pelas dicas e auxílio com documentos obrigatórios para aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR e docentes** pela oportunidade de qualificação e de aprendizado nesta instituição ao longo dos últimos anos, desde o mestrado ao doutorado.

Às Secretarias Municipais de Saúde de **Colombo, Curitiba e São José dos Pinhais** pela concordância para a realização deste estudo. Aos **gestores e profissionais de saúde** destes municípios, que voluntariamente aceitaram participar da pesquisa e gentilmente compartilharam suas ideias e vivências para a construção deste trabalho.

Ao **Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO**, pela contribuição para o meu desenvolvimento profissional desde a minha formação e atualmente na oportunidade de exercer a docência como professora colaboradora.

Aos membros da **banca examinadora** por aceitarem o convite e pela disponibilidade em enriquecer este trabalho.

A **CAPES** pela oportunidade na concessão da bolsa de estudos.

Agradeço a todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização desta pesquisa.

RESUMO

Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária possibilita analisar situação de saúde, avaliar os serviços, investigar inequidades, e promover fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Este é um estudo de métodos mistos, do tipo sequencial explanatório na perspectiva da Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva. O objetivo foi compreender processos relacionados à determinação social das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de adolescentes de 10 a 19 anos na 2ª Regional de Saúde do Paraná no período de 2013 a 2017. Foram desenvolvidas três etapas da Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva: captação, interpretação, e proposta de intervenção na realidade objetiva. Na fase quantitativa foram utilizados dados secundários de *site* público das internações de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná entre 2013 e 2017. As causas sensíveis à atenção primária foram baseadas nos diagnósticos da Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Os dados foram agrupados no *software* *Tabwin* e analisados de forma descritiva considerando a idade, sexo, local de moradia e grupo de causas de internação. Na fase qualitativa se investigou o planejamento e as ações de saúde para os adolescentes em dois planos Estaduais de Saúde do Paraná (2012-2015 e 2016-2019), e conteúdo de 35 entrevistas com gestores e profissionais, que atuam em Unidades de Atenção Primária à Saúde. A análise destes dados foi apoiada no *software* webQDA®. Posteriormente, foi elaborado o *Pilar Integration Process* à luz da categoria de análise, Determinação Social da Saúde, que permitiu a integração dos dados quantitativos e qualitativos, e a construção de meta-inferências. Na dimensão estrutural, evidenciou-se que as políticas públicas estão fragilizadas para garantir os direitos do cidadão em uma sociedade justa; a concepção de saúde é baseada na teoria do risco, fator(es) para adoecimento(s), problema(s) de saúde, processo(s) individual/ biológico e familiar; a explicação do adoecimento é limitada à concepção multicausal, segundo características do(s) indivíduo(s) e comportamento(s) na adolescência. Na dimensão particular, o processo saúde é compreendido por fatores e estatísticas relacionados ao(s) agravo(s), não há historicidade e dinamicidade nos processos de vida e, o território é espaço geográfico delimitado, determinado pelo modo de vida das pessoas que ali vivem, onde há instituições e ações públicas. Na dimensão singular, os problemas de saúde do(s) adolescente(s) não têm relação com a qualidade e resolutividade dos cuidados primários, o adoecimento explicado é limitado à(s) característica(s) do(s) indivíduo(s) e ao(s) comportamento(s) na adolescência. Conclui-se que a determinação social das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de adolescentes é um processo social, dinâmico e histórico, construído na realidade que tem a objetividade do modo de vida dos grupos sociais, e a subjetividade daqueles que se entrelaçam nesses grupos. Compreender o processo saúde implica evidenciar os processos protetores e destrutivos que se encontram nas dimensões singular, particular e estrutural da realidade, assim como, explorar as relações que esses estabelecem entre si. A partir do estudo foi construída a proposta de intervenção, Oficina de Trabalho Crítico Emancipatória, para o enfrentamento do fenômeno.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Hospitalização. Saúde Coletiva. Saúde do adolescente. Métodos mistos.

ABSTRACT

The Indicator of Hospitalizations for Primary Health Care Sensitive Conditions allows analyzing the health status, evaluating services, investigating inequities, and promoting the strengthening of the Primary Health Care. This is a sequential explanatory mixed-methods study from the perspective of the Theory of Praxis Intervention in Collective Health Nursing. This study aimed to understand processes related the social determination of Hospitalizations for Primary Health Care Sensitive Conditions of adolescents aged 10 to 19 years in the 2nd Health Care Region of Paraná State, Brazil, between 2013 and 2017. Three phases of the Theory of Praxis Intervention in Collective Health Nursing were developed: capture, interpretation, and intervention proposal in the objective reality. In the quantitative phase, secondary data from the public website of adolescents' hospitalizations in the 2nd Health Care Region of Paraná State between 2013 and 2017 were used. The sensitive causes to primary care were based on the diagnoses of the Brazilian List of Primary Health Care Sensitive Conditions. Grouped data were descriptively analyzed by means of the Tabwin software considering age, gender, residence, and group of hospitalization causes. The qualitative phase investigated the program and health care actions for adolescents in two Paraná State Health Care Plans (2012-2015 and 2016-2019), and in the content of 35 interviews with managers and professionals working at Primary Health Care Units. Data analysis was performed by means of the WebQDA® *software*. Subsequently, the Pillar Integration Process was elaborated in light of the Social Health Determination analysis category, which allowed the integration of quantitative and qualitative data, as well as the construction of meta-inferences. In the structural dimension, it was evidenced that public policies to guarantee citizens' rights in a fair society are weakened; the concept of health is based on the theory of risk, factor(s) for illness outcomes, health problem(s), individual/biological and family process(es); disease explanation is limited to the multicausal conception, according to individuals' traits and adolescent behavior(s). In the particular dimension, health process is understood by disease-related factors and statistics, there is no historicity and dynamism in the life processes, and the territory is a geographically delimited space, determined by its dwellers' way of life, where there are institutions and public actions. In the singular dimension, the adolescent's health problems are not related to the quality and resolution of primary care; illness is explained by individuals' features and adolescent behavior(s). Concluding, the social determination of Hospitalizations for Primary Health Care Sensitive Conditions of adolescents is a social, dynamic, and historical process, constructed in a reality that has the objectivity of the social groups' way of life, and the subjectivity of those intertwined within these groups. Understanding the health process implies highlighting the protective and destructive processes found in the singular, particular and structural dimensions of reality, as well as exploring the relationships that they establish with each other. From the study, the intervention proposal, Critical Emancipatory Workshop, was constructed to cope with the phenomenon.

Key words: Primary health care. Hospitalization. Public Health. Teenager's health. Mixed methods.

RESUMEN

Indicador de Hospitalizaciones para Condiciones Sensibles a la Atención Primaria permite analizar la situación de salud, evaluar los servicios, investigar las desigualdades y promover el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud. Se trata de un estudio de métodos mixtos, del tipo explicativo secuencial desde la perspectiva de la Teoría de la Intervención Práctica de Enfermería en Salud Colectiva. El objetivo fue comprender procesos relacionados a la determinación social de Hospitalizaciones para Condiciones Sensibles a la Atención Primaria de adolescentes de 10 a 19 años en la 2ª Regional de salud de Paraná en el periodo 2013-2017. Se desarrollaron tres etapas de la Teoría de la Intervención Práctica de Enfermería en Salud Colectiva: captación, interpretación, y propuesta de intervención en la realidad objetiva. En la fase cuantitativa se utilizaron datos secundarios del sitio *web* público de hospitalizaciones de adolescentes en la 2ª Regional de Salud de Paraná entre 2013 y 2017. Las causas sensibles a la atención primaria se basaron en el diagnóstico de la Lista Brasileña de Condiciones Sensibles a la Atención Primaria. Los datos fueron agrupados en el *software* Tabwin y analizados de forma descriptiva considerando edad, sexo, lugar de residencia y grupo de causas de hospitalización. En la fase cualitativa se investigó la planificación y las acciones de salud para los adolescentes en dos Planes Estatales de Salud de Paraná (2012-2015 y 2016-2019), y contenido de 35 entrevistas a gestores y profesionales, que laboran en Unidades de Atención Primaria, cuyo análisis fue apoyado por el *software* webQDA®. Posteriormente, se elaboró el *Pilar Integration Process* a la luz de la categoría de análisis, Determinación Social de la Salud, que permitió la integración de datos cuantitativos y cualitativos, y la construcción de meta-inferencias. En la dimensión estructural, se hizo evidente que las políticas públicas están frágiles para garantizar los derechos ciudadanos en una sociedad justa; la concepción de la salud se basa en la teoría del riesgo, factor(es) de enfermedad(es), problema(s) de salud, proceso(s) individual/biológico y familiar; la explicación de la enfermedad se limita a la concepción multicausal, de acuerdo con las características del(los) individuo(s) y comportamiento(s) en la adolescencia. En la dimensión particular, el proceso de salud se entiende por factores y estadísticas relacionados con la(s) enfermedad(es), no hay historicidad y dinamismo en los procesos de vida y, el territorio es un espacio geográfico delimitado, determinado por el modo de vivir de las personas que viven allí, donde hay instituciones y acciones públicas. En la dimensión singular, los problemas de salud del(los) adolescente(s) no están relacionados con la calidad y resolución de la atención primaria, la enfermedad explicada se limita a las características del(los) individuo(s) y comportamiento(s) en la adolescencia. Se concluye que la determinación social de Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria de adolescentes es un proceso social, dinámico e histórico, construido en la realidad que tiene la objetividad del modo de vivir de los grupos sociales, y la subjetividad de aquellos que se entrelazan en estos grupos. Comprender el proceso de salud implica resaltar los procesos protectores y destructivos que se encuentran en las dimensiones singulares, particulares y estructurales de la realidad, así como explorar las relaciones que estas establecen entre sí. A partir del estudio, se construyó la propuesta de intervención, Taller de Trabajo Crítico Emancipatorio, para enfrentar el fenómeno.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Hospitalización. Salud Pública. La salud del adolescente. Métodos mixtos.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	– LISTA RESUMIDA DAS CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	48
QUADRO 2	– SÍNTESE DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....	94
QUADRO 3	– PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO PILAR.....	162

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	– DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO NO PARANÁ, POR SEXO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE NO CENSO DEMOGRÁFICO DE 2010. PARANÁ, 2021.....	66
GRÁFICO 2	– DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, POR SEXO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE. PARANÁ, 2021.....	69
GRÁFICO 3	– DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES CONFORME FAIXA ETÁRIA. PARANÁ, 2021.....	131
GRÁFICO 4	– DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES CONFORME FORMAÇÃO PROFISSIONAL. PARANÁ, 2021.....	132
GRÁFICO 5	– DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES CONFORME OCUPAÇÃO. PARANÁ, 2021.....	132

LISTA DE MAPAS

MAPA 1	– DIVISÃO DO ESTADO DO PARANÁ POR MACRORREGIONAIS DE SAÚDE. PARANÁ, 2021.....	67
MAPA 2	– DIVISÃO DO ESTADO DO PARANÁ POR REGIONAIS DE SAÚDE. PARANÁ, 2021.....	68
MAPA 3	– DISTRIBUIÇÃO POR MUNICÍPIOS DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DE CURITIBA. PARANÁ, 2021.....	70

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	–	DIAGRAMA REPRESENTATIVO DO DESENHO METODOLÓGICO DO ESTUDO. PARANÁ, 2021.....	62
FIGURA 2	–	CURITIBA E OS LIMITES TERRITORIAIS DO MUNICÍPIO. PARANÁ, 2021.....	78
FIGURA 3	–	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS E OS LIMITES TERRITORIAIS DO MUNICÍPIO. PARANÁ, 2021.....	78
FIGURA 4	–	COLOMBO E OS LIMITES TERRITORIAIS DO MUNICÍPIO. PARANÁ, 2021.....	79
FIGURA 5	–	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS IDENTIFICADAS A PARTIR DO PROCESSO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO, COM APOIO DO SOFTWARE WEBQDA®. PARANÁ, 2021.....	132
FIGURA 6	–	REPRESENTAÇÃO DAS META-INFERÊNCIAS DOS PROCESSOS RELACIONADOS À DETERMINAÇÃO SOCIAL DE ICSAP DE ADOLESCENTES. PARANÁ, 2021...	184

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	– POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES MORADORA DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE METROPOLITANA DE CURITIBA, SEGUNDO DADOS DO CENSO IBGE DE 2010, DE ACORDO COM SEXO E FAIXAS ETÁRIAS DE 10 A 14 ANOS E DE 15 A 19 ANOS. PARANÁ, 2021.....	69
TABELA 2	– POPULAÇÃO CENSITÁRIA, RELAÇÃO COM A POPULAÇÃO TOTAL DA REGIONAL, ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E DESIGUALDADE DE RENDA E MONETÁRIO POR MUNICÍPIO DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ. PARANÁ, 2021.....	72
TABELA 3	– RENDA MÉDIA E INFRAESTRUTURA DOS MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, DESTAQUE PARA ÁGUA CANALIZADA, TRATAMENTO DE ESGOTO E COLETA DE LIXO. PARANÁ, 2021.....	75
TABELA 4	– POPULAÇÃO CENSITÁRIA DE ADOLESCENTES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO, NOS MUNICÍPIOS DE CURTIBA, COLOMBO E SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. PARANÁ, 2021.....	79
TABELA 5	– COMPOSIÇÃO DAS FAMÍLIAS SEGUNDO OS MUNICÍPIOS DE CURTIBA, COLOMBO E SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. PARANÁ, 2021.....	80
TABELA 6	– POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA (PEA) E ATIVIDADES ECONÔMICAS NOS MUNICÍPIOS DE CURTIBA, COLOMBO E SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. PARANÁ, 2021.....	81
TABELA 7	– NÚMERO DE ÓBITOS SEGUNDO TIPOS DE DOENÇAS NOS MUNICÍPIOS DE CURTIBA, COLOMBO E SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. PARANÁ, 2021.....	82
TABELA 8	– DISTRIBUIÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR MUNICÍPIO E TIPO. PARANÁ, 2021.....	83

TABELA 9	– EQUIPAMENTOS CULTURAIS SEGUNDO OS MUNICÍPIOS DE CURTIBA, COLOMBO E SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. PARANÁ, 2021.....	84
TABELA 10	– COBERTURA DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA POR MUNICÍPIO DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ NO ANO 2016. PARANÁ, 2021.....	99
TABELA 11	– DISTRIBUIÇÃO DE UNIDADES HOSPITALARES E QUANTITATIVO DE LEITOS POR ESFERA JURÍDICA NO PERÍODO DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.....	100
TABELA 12	– NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES EXISTENTES POR MUNICÍPIOS DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ. PARANÁ, 2021.....	101
TABELA 13	– NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS ESPECIALIZADOS E FREQUÊNCIA DE HOSPITALIZAÇÕES REGISTRADAS NO SIH-SUS, POR SEXO E PARTOS NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.....	102
TABELA 14	– NÚMERO E FREQUÊNCIA DE HOSPITALIZAÇÕES REGISTRADAS NO SIH-SUS, POR SEXO E PARTOS NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.....	104
TABELA 15	– NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR CSAP E NÃO CSAP DE ADOLESCENTES NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NO PERÍODO DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.....	105
TABELA 16	– NÚMERO E FREQUÊNCIA DE ICSAP DOS ADOLESCENTES, SEGUNDO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.....	106
TABELA 17	– NÚMERO E FREQUÊNCIA DE ICSAP DOS ADOLESCENTES, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.....	109

TABELA 18	– NÚMERO E FREQUÊNCIA DE ICSAP DOS ADOLESCENTES SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA, NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.....	112
TABELA 19	– NÚMERO E FREQUÊNCIA DE ICSAP DOS ADOLESCENTES SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS, NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.....	134
TABELA 20	– NÚMERO E FREQUÊNCIA DE ICSAP SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E SEXO, DOS ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.....	115
TABELA 21	– NÚMERO E FREQUÊNCIA DE ICSAP, SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E FAIXA ETÁRIA, DOS ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.....	117

LISTA DE SIGLAS

AB	–	Atenção Básica
ACE	–	Agente de Combate às Endemias
ACS	–	Agente Comunitário de Saúde
AIH	–	Autorização de Internação Hospitalar
APS	–	Atenção Primária à Saúde
Censes	–	Centros de Socioeducação
CID	–	Código Internacional de Doenças
CNES	–	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Comec	–	Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba
CRAS	–	Centro de Referência de Assistência Social
CSAP	–	Condições Sensíveis à Atenção Primária
Datasus	–	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEF	–	Arquivo de Definição
ECA	–	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	–	Estratégia de Saúde da Família
EqSF	–	Equipes de Saúde da Família
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	–	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDH	–	Índice de Desenvolvimento Humano
Iparades	–	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPTU	–	Imposto Predial Territorial Urbano
MS	–	Ministério da Saúde
NESC	–	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
ONU	–	Organização das Nações Unidas
OTC	–	Oficina de Trabalho Crítico Emancipatória
PDF	–	<i>Portable Document Format</i>
PIB	–	Produto Interno Bruto
PIP	–	<i>Pilar Integration Process</i>
PNAB	–	Política Nacional de Atenção Básica
PNUD	–	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

POE	– Plano Operativo Estadual
PPGENF	– Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Prosad	– Programa Saúde do Adolescente
PSE	– Programa Saúde na Escola
OS	– Promoção da Saúde
QVRS	– Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RMC	– Região Metropolitana de Curitiba
RO	– Realidade Objetiva
RS	– Regional de Saúde
SAS	– Secretaria de Atenção à Saúde
SESA	– Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
SIH	– Sistema de Informações Hospitalares
Sinan	– Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Tipesc	– Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UFPR	– Universidade Federal do Paraná
VS	– Vigilância em Saúde

LISTA DE SÍMBOLOS

- ® — Marca registrada
- @ — Arroba

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO/ APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO.....	22
1	INTRODUÇÃO.....	24
1.1	JUSTIFICATIVA.....	29
2	OBJETIVOS.....	32
2.1	GERAL.....	32
2.2	ESECÍFICOS.....	32
3	REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO.....	33
3.1	A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE.....	33
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	39
4.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	39
4.2	INTEGRALIDADE	43
4.3	INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	46
4.4	UM BREVE ENFOQUE À SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	52
5	MÉTODO.....	59
5.1	DESENHO DA PESQUISA.....	59
5.2	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	62
5.3	CENÁRIO DO ESTUDO.....	66
5.4	FASE 1 – QUANTITATIVA.....	84
5.4.1	Amostra.....	84
5.4.2	Coleta de dados.....	85
5.4.3	Análise dos dados.....	85
5.5	FASE 2 – QUALITATIVA.....	87
5.5.1	Participantes.....	87
5.5.2	Coleta de dados.....	89
5.5.3	Análise dos dados.....	92
5.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	94
6	RESULTADOS.....	96
6.1	AS REGULAMENTAÇÕES, OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES PARA A REDE DE SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE..	97

6.2	A REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ.....	97
6.3	PERFIL DAS NÃO ICSAP E DAS ICSAP DE ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ.....	103
6.3.1	Internação por CSAP quanto aos municípios de internação.....	105
6.3.2	Internação por CSAP quanto aos municípios de residência dos adolescentes.....	108
6.3.3	Internação por CSAP quanto aos grupos de causa.....	112
6.3.4	Internação por CSAP quanto ao sexo.....	115
6.3.5	Internação por CSAP segundo faixa etária.....	116
6.4	OS DISCURSOS DOS PLANOS ESTADUAIS DE SAÚDE DO PARANÁ E O PLANEJAMENTO DE AÇÕES PARA ADOLESCENTES.....	117
6.4.1	Concepção de saúde na gestão do Paraná.....	119
6.4.2	O perfil de saúde do adolescente no Estado.....	123
6.4.3	Planejamento de ações para os adolescentes no Paraná.....	125
6.5	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	130
6.5.1	Conteúdo das entrevistas dos participantes – gestores e profissionais de saúde sobre as ICSAP de adolescentes de seus municípios.....	133
6.5.1.1	Categoria 1 – A formação econômico-social e político-ideológica vigente no Brasil.....	134
6.5.1.2	Categoria 2 – A rede de serviços de saúde na regional e no estado do Paraná.....	139
6.5.1.3	Categoria 3 – O adolescente no território e as possibilidades de ações em saúde.....	143
6.6	RESULTADOS INTEGRADOS.....	160
7	DISCUSSÃO.....	169
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	186
9	CONCLUSÕES.....	188
	REFERÊNCIAS.....	191
	APÊNDICE A – LISTA BRASILEIRA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA COM	

DESCRIÇÃO DAS DOENÇAS PELA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10).....	213
APÊNDICE B – TELA DE ACESSO PARA CONSULTAR HISTÓRICO DE COBERTURA DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA POR MUNICÍPIO.....	215
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO.....	216
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	218
APÊNDICE E – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	220

APRESENTAÇÃO/ APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO

Neste capítulo, apresento minhas trajetórias acadêmica e profissional, que motivaram a escolha da temática proposta para o presente estudo: Internações de adolescentes por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Ao concluir a graduação em Enfermagem (2008-2011) na Universidade Estadual do Centro-Oeste, meu contato inicial com a saúde da criança e do adolescente foi na minha primeira experiência profissional, durante seis meses, em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. A partir dessa experiência, optei por fazer uma especialização na área e ingressei no Programa de Residência em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdades Pequeno Príncipe, no período de março de 2013 a março de 2015, onde pude ter contato com crianças e adolescentes em condições agudas e crônicas de saúde, em serviços de assistência de diferentes níveis de complexidade, como as unidades de terapia intensiva, enfermarias, serviços especializados, ambulatorios e unidades básicas de saúde.

Com o desejo em aprimorar minha qualificação profissional e concretizar o anseio em ser docente de ensino superior, ao ingressar no mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), no início de 2015, minha participação no grupo de pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) possibilitou explorar com maior profundidade a saúde do adolescente.

Os estudos desenvolvidos pelos membros do NESC caracterizaram discussões acerca dos processos de desgaste e proteção que determinam a vida de adolescentes e jovens, no sentido de contribuir com a elaboração de ações de saúde e educação que consideram a singularidade e as necessidades em saúde de indivíduos nessa fase da vida.

No processo de qualificação do mestrado em outubro de 2015, por sugestões advindas da banca, desenvolvi uma pesquisa que permitiu conhecer o panorama de Internações de adolescentes por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) na 2ª Regional de Saúde do Paraná.

Nas análises elaboradas na dissertação, defendida em dezembro de 2016, intitulada “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná”, foi possível demonstrar que os adolescentes foram internados por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS) nessa

regional de saúde. Na dissertação defendida, destacou-se a importância do planejamento de ações para a APS que tivessem como foco as necessidades em saúde dos adolescentes. No entanto, na época, o estudo não permitiu que se aprofundassem discussões acerca da determinação social dessas interações na 2ª Regional de Saúde do Paraná.

Dessa forma, reconheço que, para compreender o processo saúde do indivíduo, é necessário explorar e compreender os processos estruturais que determinam as condições de alimentação, habitação, educação, renda, trabalho-emprego, transporte público, lazer, liberdade, posse de terra, participação comunitária, assim como o acesso aos serviços oferecidos pelo Estado.

Com a oportunidade de continuidade da temática para o período do Doutorado, no sentido de contribuir para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde dos adolescentes, busquei compreender a determinação social das ICSAP de adolescentes, sob a percepção de gestores e profissionais de saúde, para conhecer as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na singularidade dos indivíduos e coletivos que vivem no território delimitado para o estudo.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objeto a determinação social das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) de adolescentes e optou-se pela Determinação Social da Saúde¹ como referencial teórico. Nessa perspectiva, as reflexões e inquietações iniciais do objeto de estudo encontraram respaldo a partir da lógica do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS)².

Considerado como o maior sistema público universal e o mais completo, o SUS assegura o acesso equânime, a integralidade, igualdade e gratuidade nos serviços de saúde para toda a população brasileira. Na estrutura horizontal do sistema, a rede de atenção primária é a principal porta de entrada dos usuários aos diferentes níveis de complexidade e serviços por meio de um processo qualificado de gestão do cuidado³. (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016; SODER et al., 2018).

Nesse contexto, orientada pelas diretrizes e pelos princípios doutrinários de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social, a APS é definida como estratégia principal para organizar os cuidados na rede de serviços e efetivar a integralidade nas diversas dimensões, isto é, a melhor posição no nível de atenção para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do usuário. (MALTA et al., 2016; BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

Apesar da universalidade das diretrizes e legislações para a estruturação da APS, há variadas formas de organização e prioridade de ações em saúde conforme

¹ Cabe destacar que neste estudo optou-se pela terminologia “Determinação Social da Saúde”, visto que o autor que utilizamos para embasar a definição da categoria, Jaime Breilh, em suas publicações atuais utiliza tal nomeação. A apresentação desse conceito pode ser encontrada na página 20 desta pesquisa.

² A atual Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017a), adota o termo Atenção Básica (AB) como convencional à Atenção Primária à Saúde (APS). Autores consultados nas referências da reflexão teórica desse trabalho utilizam tanto um termo como o outro - AB ou APS, muitas vezes como sinônimos dos serviços locais de saúde, como se não houvesse nesses uma base conceitual que embasa as terminologias e práticas sanitárias daí derivadas. Para uma coerência teórica no presente estudo, o termo foi padronizado em Atenção Primária à Saúde (APS), seguindo a descrição do indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, que é a temática delimitada nesta pesquisa.

³ Diante das necessidades singulares em diferentes momentos da vida de cada pessoa, a Gestão do Cuidado é definida como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde. (CECILIO; LACAZ, 2011). O trabalho em saúde concretiza-se por meio do uso de três tipos de tecnologias: as duras (equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas); as leve-duras (saberes utilizados para o ato clínico); e as leves (escuta e construção de vínculos). Os variados modelos de atenção à saúde são configurados conforme ocorre a combinação entre esses três tipos de tecnologias. (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

arranjos locais possíveis em cada gestão municipal, que produzem diferentes resultados na saúde da população devido às legislações vigentes e recursos disponíveis. As características singulares precisam ser consideradas, uma vez que essa condução define a diversidade ampla de modelos de atenção e prioridades nos municípios. (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017).

Em suma, Portela (2017) traz a definição de "serviço de APS" como todo serviço em que a pessoa entra no sistema de saúde de forma não referenciada, em atenção ambulatorial de primeiro nível, estabelecimentos sem internação, ou seja, todo serviço responsável pelo atendimento inicial da população usuária. Em um território definido, uma equipe multiprofissional assume responsabilidade sanitária por meio do desenvolvimento de práticas de cuidado em saúde individuais, familiares e coletivas relacionadas à promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017a).

Dentre os princípios doutrinários do SUS, destaca-se o sentido primordial da integralidade, visto a atenção primária ser o locus privilegiado para o exercício deste princípio, que se relaciona ao reconhecimento, ao olhar, ao entendimento e ação sobre a necessidade que o sujeito apresenta, que por ser dinâmica, vai se modificar com a própria vida. (OLIVEIRA; CUTOLO, 2018; CARNUT, 2017).

Diante disso, o serviço torna-se capaz de promover atenção integral à saúde, à medida que aumenta o poder de interação com o indivíduo e a comunidade. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010a). Além da ampliação da oferta de serviços na APS, como também a melhoria da qualidade de suas ações, a organização de redes de atenção deve garantir a continuidade do cuidado e consolidar o princípio da integralidade do indivíduo na assistência, para promover a garantia do acesso aos serviços e às ações de saúde, que devem ser produzidos para atender às necessidades em saúde individuais. (REHEM et al., 2016).

Na perspectiva de avaliar, nortear e compreender as políticas públicas implantadas nas ações e nos serviços de APS, o desenvolvimento de instrumentos e indicadores de saúde e avaliações permanentes são imprescindíveis, à medida que contribuem para analisar, manter e/ou melhorar a organização e qualidade do sistema de saúde. (MOREIRA; VIEIRA; COSTA, 2016; MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017). Desse modo, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008, publicou a lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção

Primária, composta por 19 grupos de causas, conforme a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Essa portaria regulamenta o uso da lista como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, além da possibilidade de ser referência para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal, refletindo as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008a).

Apesar das particularidades nos diversos estados brasileiros e diferentes faixas etárias, alguns estudos têm destacado dados de ICSAP que mostram uma estreita relação com as características do SUS, especialmente com a APS, e o impacto na diminuição das internações por condições sensíveis. (PINTO JUNIOR et al., 2018; MAGALHÃES; MORAIS NETO, 2017; CARNEIRO et al., 2016).

Dessa forma, o indicador de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária possibilita avaliar indiretamente a efetividade e o desempenho de diversos serviços de saúde, além de potencializar investigações sobre “inequidades”⁴ de acesso entre regiões e comunidades, auxiliando no fortalecimento da APS, à medida que analisa a situação de saúde sanitária e epidemiológica, além de servir como instrumento para a elaboração de políticas públicas de saúde e ações eficazes às necessidades da população. (DEININGER et al., 2017). Acredita-se que a atenção primária oportuna e de boa qualidade pode evitar tais hospitalizações ou reduzir sua frequência, a partir das atividades efetivas, tais como a prevenção de doenças, o diagnóstico precoce e o tratamento efetivo para portadores de patologias agudas, além do controle e acompanhamento de portadores de patologias crônicas. (PINTO JUNIOR et al., 2018; CARNEIRO et al., 2016).

Para a consolidação do SUS, a formação e a pesquisa na Enfermagem em Saúde Coletiva⁵ consideram as propostas do pensamento crítico-reflexivo com base teórica e prática sobre a determinação social do processo saúde, que visam escolher

⁴ Breilh (2006, p. 210-213) desenvolve a ideia de “inequidade”, no sentido de uma categoria analítica que se refere à essência, na estrutura de um problema que se relaciona ao processo da apropriação do poder e sua concentração em determinadas classes, que resultará em uma expressão de manifestação de desigualdade.

⁵ A Saúde Coletiva consiste em um campo de saberes de conhecimento e âmbito próprio de práticas voltados para a determinação social da saúde, bem como, prioritariamente, à promoção da saúde, à prevenção, e ao cuidado a agravos e doenças, com destaque não apenas nos indivíduos, mas nos grupos sociais, ou seja, na coletividade. (SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

a intervenção mais apropriada para atender às necessidades reconhecidas e promover a transformação da realidade. (CHAVES; LARocca; PERES, 2011).

Os serviços e ações de saúde solicitados por uma comunidade, remetem à necessidade de avaliações ajustadas a diferentes realidades, a fim de investigar as necessidades regionais e locais mais comuns e favorecer a organização da oferta de serviços primários e/ou garantir o manejo nos demais níveis de atenção à saúde. (PORTELA, 2017). Portanto, deve-se notar que caminhos alternativos, que não conferem a APS como porta de entrada, podem estar relacionados à baixa capacidade de resolução quanto ao manejo clínico inadequado ou tardio, ao não uso do serviço devido a suas características organizacionais e/ou uma relação entre componentes geográficos, sociodemográficos, culturais e socio-organizacionais, como acessibilidade, renda, nível de escolaridade, necessidades em saúde e características históricas das políticas públicas. (FERRER; GRISI, 2016).

Nessa perspectiva, na compreensão de que o processo saúde é socialmente determinado, destaca-se a importância de se considerar como a estrutura da sociedade determina os modos de viver, saudáveis ou nocivos, dos grupos populacionais que, separados em classes sociais e com os modos de vida próprios, manifestam as condições biológicas e psicológicas individualmente, sempre considerando o espaço e tempo determinados. (BREILH, 2015a). No âmbito da APS, que une os equipamentos de saúde dispostos de forma articulada para dar conta do monitoramento, da intervenção, da avaliação da intervenção no processo saúde dos grupos sociais do território, na perspectiva da determinação social do processo saúde, as ações de Saúde Coletiva devem provocar impacto tanto na dimensão singular⁶, tomando esta dimensão como sendo aquela que os indivíduos estão articulados com suas famílias ou grupos do seu cotidiano, quanto na dimensão coletiva ou dos grupos sociais presentes no determinado território aos quais esses indivíduos pertencem. (EGRY, 2018).

Ao utilizar essa ótica descrita acima, para compreender a saúde e a doença dos indivíduos, pode-se afirmar que há determinação econômica e social nas

⁶ De acordo com o referencial da metodologia de assistência de enfermagem em saúde coletiva, que tem base na visão de mundo e pressupostos do materialismo histórico e dialético, o processo saúde e doença individual ou coletivo acontece em uma determinada realidade objetiva. Esta realidade é determinada por processos que se encontram nas três dimensões da realidade, sendo essas: estrutural, particular e singular (QUEIROZ; EGRY, 1988), que estão descritas no capítulo de metodologia do presente trabalho.

condições históricas e na dinamicidade para a vida em coletividade, na qual se encontram os indivíduos, que reflete nas diferentes dimensões estrutural, particular e singular daquela realidade objetiva⁷ e, conseqüentemente, na reprodução social dos que ali vivem, ou seja, o passado e a ideia instrumental de futuro se entrelaçam para se concretizarem na realidade observada. (VERDUGO ARAUJO; REYES GARCÍA, 2017).

Destacam-se, na investigação epidemiológica, alguns processos, denominados de críticos, pela capacidade que esses têm de desencadear significativas implicações ao modo de vida dos indivíduos, por promover facetas protetoras, a partir da inserção na produção, na cultura e nas relações de gênero, que os levará a pensar e agir no sentido de mudar os processos de desgaste no âmbito geral. (BREILH, 2006; BREILH, 2015a).

Baseado nos pressupostos já apresentados, ao olharmos para o fenômeno das ICSAP de adolescentes, é importante reconhecermos que esses apresentam necessidades em saúde que devem ser respeitadas e precisam ser contempladas no desenvolvimento de ações da APS que, no nível local, representam a concretização das políticas públicas de saúde, principalmente, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos para os indivíduos na fase da adolescência.

Nesse contexto, compreende-se que as taxas elevadas de ICSAP na população ou em subgrupos como dos adolescentes, podem indicar problemas de acesso aos serviços, fragilidade na execução das ações e/ou a baixa resolutividade da APS. (SENHEM et al., 2020). Ainda, uma correlação intrínseca e associação reversa entre o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a queda das ICSAP, além da evidente distinção dos padrões de ICSAP de crianças e adolescentes quando comparados à população adulta. (SANTOS; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016; FERRER; GRISI, 2016).

A lista brasileira é constituída de condições crônicas e agudas que frequentemente afetam adolescentes, o que gera a oportunidade de reflexão acerca da oferta de serviços para promoção à saúde e prevenção de agravos no âmbito da APS que reduziriam admissões ou readmissões hospitalares, por meio de tratamentos

⁷ “A sistematização dinâmica de captar e interpretar a realidade de saúde e de enfermagem de uma coletividade, dentro de um contexto social historicamente determinado, de intervir nessa realidade e nessa intervenção ir reinterpretando a realidade e novamente intervindo sobre ela”. (QUEIROZ; EGRY, 1988, p. 28).

precoces e eficazes nas condições preveníveis, bem como acompanhamento regular e interdisciplinar das condições crônicas. (LIMA; NICHATA; BONFIM, 2019; SENHEM et al., 2020).

É imprescindível reverter as prioridades nas políticas e ações de saúde, suscitando compreender o adolescente para além das suas vulnerabilidades; é necessário perceber esse como um indivíduo detentor de potencialidades, como aquele que pode ser estimulado a promover mudanças que impactem no seu cotidiano. (NETTO et al., 2018). Estudos mostram que estratégias de Promoção e de Educação em Saúde permitem a discussão de questões ligadas à realidade dos adolescentes, à construção do conhecimento, ao autoconhecimento, contribuindo para a formação de indivíduos que, ao desenvolverem conhecimentos e receberem orientações, poderão promover mudanças nas suas atitudes que implicariam na sua vida futura. (FARRE et al., 2018; FREITAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2017; NETTO et al., 2017).

Em face ao exposto, a possibilidade de evitar as ICSAP e contribuir para a reorganização e aprimoramento da APS, está na implementação de estratégias que possibilitem a mudança de cultura no uso de serviços de saúde, que favoreçam o vínculo entre profissionais do setor com as famílias, para desmistificar a ideia arraigada de que crianças e adolescentes saudáveis não precisam de acompanhamento de rotina. (FERRER; GRISI, 2016).

Sendo assim, espera-se, como finalidade deste estudo, contribuir para o enfrentamento e redução da frequência das ICSAP de adolescentes, a partir da discussão da determinação social do processo saúde, articulados ao campo das políticas públicas de saúde e das ações da APS que visam a atenção à saúde dos adolescentes.

1.1 JUSTIFICATIVA

Justifica-se a realização desta pesquisa por considerar que as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos da APS, que são desenvolvidas junto os indivíduos e coletivos do território, não contemplam as necessidades em saúde⁸ dos

⁸ Neste estudo, utilizamos necessidade em saúde como uma compreensão de necessidades socialmente determinadas, sendo assim esse termo transcende o consumo de ações de assistência à saúde.

adolescentes e a integralidade deste segmento populacional. Nos estudos desenvolvidos por membros do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), ficou evidente a invisibilidade desse segmento populacional no território para ações que atendam suas necessidades (MAFRA, 2014); temas deveriam ser abordados nas ações de promoção da saúde para o adolescente, segundo as diretrizes do Programa de Saúde do Escolar (SANTOS, N. P., 2015); e, ainda, a identificação da vulnerabilidade na adolescência em um território de Curitiba/PR na perspectiva de gestores e líderes do movimento social organizado. (SANTOS, A. P. R., 2015).

Os resultados da pesquisa intitulada “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná”, evidenciou que as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária foram 9.858 (11,29%), do total de 87.321 (100%) das hospitalizações de causas gerais de adolescentes de 10 a 19 anos na 2ª Regional de Saúde do Paraná, no período de 2010 a 2014. (FREITAS, 2016).

Os dados analisados, referentes às internações no período descrito, demonstraram que os grupos de causas de infecção no rim e trato urinário, gastroenterites infecciosas e complicações, epilepsias, doenças relacionadas ao pré-natal e parto, e asma foram as principais causas de ICSAP de adolescentes. Foi também demonstrado que alguns desses grupos apresentaram aumento na frequência de internações no período.

Destaca-se que o atual estudo está inserido na Linha de Pesquisa de Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem. Sendo assim, acreditamos que se nos aproximarmos das falas dos gestores de saúde e profissionais que atuam na APS, estes nos darão elementos para aprofundar qualitativamente a análise sobre o tema e objeto de estudo e, assim, compreender a determinação social das ICSAP de adolescentes. Esse desafio se impõe pela realidade de saúde de grupos que são invisíveis nos serviços locais, ora por haver dificuldades crônicas com o financiamento das ações, ora por não haver profissionais em número suficiente e capacitados para atender as necessidades em saúde daqueles que vivem no território, e deveriam ser das atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos. Nessa perspectiva se encontram os adolescentes, que representam os futuros adultos e idosos, que hoje são grupos prioritários em alguns programas de enfrentamento a agravos crônicos.

Assim se reflete: como reverter tal situação se não há ações junto aos adolescentes e esses estão sendo internados por causas evitáveis na atenção primária?

Ao assumir o compromisso com as bases da Saúde Coletiva, como também pelo reconhecimento da importância de se investigar e contribuir para as políticas públicas do setor saúde, esta proposta de pesquisa norteou-se a partir da seguinte questão científica: qual a determinação social das ocorrências de ICSAP de adolescentes em municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná?

Portanto, se assume como tese no presente estudo que a Internação dos adolescentes por Condições Sensíveis à Atenção Primária é determinada socialmente e esta determinação se concretiza nas singularidades dos territórios em que esses indivíduos vivem. Adicionalmente, baseado nos argumentos já apresentados, acredita-se que as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos da APS, que são desenvolvidas junto os indivíduos e coletivos do território, não contemplam o atendimento às necessidades em saúde dos adolescentes. Assim, esses desenvolvem agravos, expressos em sinais e sintomas, que evoluem para uma situação de saúde que justifica a internação hospitalar do adolescente por CSAP.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Compreender processos relacionados à determinação social das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de adolescentes de 10 a 19 anos na 2ª Regional de Saúde do Paraná no período de 2013 a 2017.

2.2 ESPECÍFICOS

- Analisar os Planos Estaduais de Saúde do Paraná com relação ao planejamento de ações para os adolescentes;
- Descrever a rede de serviços de saúde dos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná;
- Identificar os municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná com maior número de atendimentos de ICSAP de adolescentes no período de 2013 a 2017;
- Identificar os municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná com maior número de adolescentes residentes, que internaram por causas sensíveis à AP, no período de 2013 a 2017;
- Verificar, junto ao(s) gestor(es) local(is) de saúde e profissionais de nível superior das equipes de Atenção Primária à Saúde, as razões para a ocorrência das ICSAP de adolescentes, nos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná, com maior número de internações de adolescentes residentes por causas sensíveis à AP.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

Neste capítulo, será apresentado o referencial teórico-filosófico desta pesquisa, em concordância com o que é previsto pelos estudos de Métodos Mistos, que apresentam em suas seções iniciais a postura que orienta e molda a investigação. (CRESWELL; CLARK, 2013).

Diante das especificidades que envolvem as ICSAP relacionadas aos adolescentes, optou-se pela Determinação Social da Saúde como fundamentação teórico-filosófico para ancorar a presente pesquisa, por sua natureza coletiva e pelas possibilidades representadas em suas premissas. Esse referencial é a sustentação adequada para que se compreendam as ICSAP de adolescentes na 2ª Regional de Saúde (RS) do Paraná (PR), visto que na ótica dessa categoria analítica, as relações sociais que se estabelecem no coletivo se expressam no cotidiano, no modo de viver, na inserção no território e nas formas com que os sujeitos interpretam a realidade.

3.1 A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Com o passar do tempo, na intenção de procurar inferências causais para as doenças, surgiram diversas teorias interpretativas sobre o processo saúde-doença, que expressam determinadas maneiras de pensar o mundo e manifestam diferentes projetos filosóficos, quando não antagônicos. (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Na América Latina, desde a década de 1970, em busca da superação do modelo biomédico e influenciado pela medicina social, inicia-se o novo objeto de investigação teórica de modelo conceitual de saúde, a determinação social do processo saúde-doença, pautado no Materialismo Histórico e Dialético (MHD)⁹. (PETTRES; DA ROS, 2018). Nessa perspectiva, identificam-se alguns estudiosos como pioneiros do movimento da epidemiologia crítica latino-americana, como Jaime Breilh e Edmundo Granda no Equador; Asa Cristina Laurell no México; e Cecília Donnangelo e Sérgio Arouca no Brasil. (AYRES, 2014).

⁹ De acordo com esta teoria, a compreensão da realidade para a construção da concepção da saúde deve ser analisada a partir das formas de organização da vida social e econômica, com base no trabalho e na reprodução social. O processo saúde, ancorado nessa vertente, é determinado historicamente pela forma de inserção do ser humano na produção de uma dada sociedade, ou ainda, como ele se relaciona entre si e com a natureza. (SOARES; CAMPOS; YONEKURA, 2013; PERNA; CHAVES, 2008; FONSECA; EGRY; BERTOLOZZI, 2006).

Nesta pesquisa, destaca-se o aprofundamento deste tema desenvolvido por Jaime Breilh, que se opõe ao funcionalismo da epidemiologia tradicional, entendida enquanto argumento científico a serviço da ordem capitalista, que acentua a reprodução das inequidades sociais e, conseqüentemente, as diferenças de classes sociais nas explicações sobre os adoecimentos e desgastes da saúde que são evidenciados na população que mora em um determinado território, num determinado tempo. Breilh propõe a Epidemiologia Crítica que, ancorada no pensamento crítico do Materialismo Histórico Dialético, é uma ferramenta para trabalhar a relação entre a inserção dos coletivos na produção. A partir desta, se olham os diferentes modos de viver, no caso a reprodução social; as expressões de adoecimentos e mortes, e neste sentido, utiliza-se o conhecimento elaborado como fonte e referência ética para a ação em saúde coletiva, para o enfrentamento à determinação social que se impõe àqueles que estão submetidos aos processos estruturais de desgastes. (BREILH, 1991; BREILH, 2006; BREILH, 2008).

Segundo Breilh (1991; 2006), o conhecimento elaborado pela epidemiologia precisa ir além de evidenciar fatores e números relacionados aos agravos. Ao contrário, precisa discutir os processos dialéticos e históricos da determinação da saúde dos coletivos. Nessa perspectiva, no campo da saúde coletiva, não se pode limitar o pensamento aos fatores de causação dos fenômenos, os quais são amplamente determinados pela estrutura social e pelas relações de poder que derivam de uma sociedade de classes. (SOUZA; MENDES; CARNUT, 2019).

Dessa forma, o autor destaca que a epidemiologia crítica possui três categorias centrais para compreender o processo saúde que seriam a determinação social da saúde, a reprodução social e o metabolismo sociedade-natureza. (BREILH, 2013; SOUZA; MENDES; CARNUT, 2019). A atual pesquisa está ancorada no pressuposto teórico do processo saúde, que é assim definido:

[...] a saúde-doença, tanto a coletiva quanto a dos indivíduos, é uma parte do todo social, e os fenômenos epidemiológicos que observamos nesta parte, num dado momento, são dimensões da realidade com história e futuro. A parte (objeto saúde-doença) é produto de sua própria história e da história do todo, o qual subordina o movimento da parte. (Breilh, 1991, p. 202).

Um dos pontos relevantes para pensar a determinação social da vida e da saúde é o fato de que o pensamento epidemiológico atual está sujeito a uma determinação social predominantemente pragmática e funcional e que o modelo

civilizatório atual e o sistema de aceleração econômica são os grandes eixos dessa determinação, incompatíveis com o bem viver e os modos de vida saudáveis. (BREILH, 2010). Ainda que uma epidemiologia seja feita com boas intenções, quando esta propõe explicações a partir de um modelo convencional de fatores de risco, ela oculta as profundas razões pelas quais temos ou não problemas de saúde, pois gera diagnósticos que não estão relacionados com as condições estruturais que definem o modo de vida da população, logo define os processos de proteção ou de desgastes a que os coletivos/indivíduos estarão submetidos. (BREILH, 2015b).

Na estrutura de uma sociedade, conforme se defende na Epidemiologia Crítica, estão os ‘processos’ de proteção (que defendem/favorece o suporte à vida do indivíduo/ coletivo) e de desgaste (que causam a privação/deterioração da vida do indivíduo/ coletivo), que se impõem no cotidiano das pessoas que pertencem a uma sociedade em um dado momento histórico. Nesse sentido, não se utiliza o termo ‘fator’ que dá a ideia de algo isolado, que pode ser hierarquizado e desmembrado para a partir desse se propor uma estratégia de enfrentamento à realidade que se quer modificar. Assim, não há mudança na estrutura da sociedade; o enfrentamento deve ser ali na realidade, naquele ‘fator’ que se compreende ser de maior peso. (BREILH, 2006; BREILH, 2010).

Ao mesmo tempo, configura-se o entendimento de que a condição de humanidade tem a característica da ação transformadora da realidade, no sentido de satisfazer suas necessidades, ou seja, produzir o que ainda não existe, afastar os limites que a natureza impõe, ampliando as possibilidades de realização da vida. (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

Sob o ponto de vista de Breilh e Granda (1989) e Breilh (1991), na concepção de determinação social, no fenômeno saúde-doença, não se separa o individual e o coletivo, o biológico e o social, pois esses estão entrelaçados e se faz necessário trabalhar as integrações do social/biológico e sociedade/natureza. Para a apreensão da determinação social da saúde, a dialética é eixo fundamental, conforme se destaca:

A saúde humana e os ecossistemas são objetos que incluem processos biológicos determinados socialmente. Quando pensamos nessa determinação social da saúde, se queremos cuidar em uma perspectiva dialética que não se enquadra nem no determinismo biológico nem no determinismo histórico, temos que trabalhar as relações “social-biológico” e “sociedade-natureza”, de tal maneira que nenhuma das partes perca sua presença na determinação. (Breilh, 2010, p. 100).

Nesse ínterim, a abordagem da dimensão coletiva na determinação social da saúde passa a ser estabelecida como produtora e reprodutora das formas de saúde e adoecimento, ou seja, de compreender este processo como um fenômeno coletivo e histórico-social, não mais focada em dados epidemiológicos individuais (ROCHA; DAVID, 2015; GARBOIS; SODRÉ, DALBELLO-ARAUJO, 2017), se contrapondo à ideia de multicausalidade ou de fatores de risco como ferramenta de análise. (FONSECA; EGRY, 2010; SOUZA; MENDES; CARNUT, 2019).

Para que essa Saúde Coletiva seja consolidada, é preciso trabalhar cinco dimensões, sendo o trabalho, onde ocorrem as atividades produtivas; vida doméstica/consumo, como expressão das condições de sujeito social; espaço organizacional/ político, que caracteriza a vida política que insere os interesses e projetos históricos de um grupo, e a cultura, fundamental na construção de visão de mundo e do espaço ecossistêmico onde o ser humano movimenta-se. (BREILH, 2006; BREILH, 2015b).

Nessa perspectiva, Breilh (2015b) afirma que as dimensões que validam a Saúde Coletiva devem, cada uma, cumprir os 4S (sustentabilidade, solidariedade, soberania e seguridade integral), pois não há como ter modos de vida saudáveis se a vida não for sustentável, se não houver solidariedade na sociedade, se não houver soberania, controle sobre a vida e, enfim, se não houver segurança, biossegurança na natureza e no ser humano.

Para a desconstrução da lógica hegemônica e da prática positivista, a concepção da determinação social da saúde é uma ferramenta essencial para uma visão integral e ampla do cuidado à saúde na busca de esclarecer as relações entre sistema social, modos de viver e condições de saúde. (PETTRES; DA ROS, 2018). O olhar a partir desta teoria permite conhecer as relações de poder, trabalho e consumo, ou seja, a dinâmica do modo de produção capitalista, a influência desses sobre o processo saúde de indivíduos de acordo com a classe social, gênero e etnia. (VERDUGO ARAUJO; REYES GARCÍA, 2017).

Nessa construção teórica, nas relações que se estabelecem entre as classes, esses processos atuam condicionando a forma como as pessoas vão viver, as possibilidades e restrições ao desenvolvimento da vida. Logo, há mediação da reprodução social que explica a determinação social da saúde, adoecer e morrer. (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

Compreender a significação da categoria processo é essencial para o entendimento do conceito de processo saúde, que se contrapõe à visão estática do positivismo, por expressar o caráter dinâmico dos fatos vinculados à saúde-doença em todas as dimensões da realidade objetiva- estrutural, particular e singular. Sendo assim, uma vez que a realidade objetiva está permanentemente em modificação, as investigações e as práticas de assistência devem ter em conta tal perspectiva. (FONSECA; EGRY, 2010).

Desse modo, ao estudar um processo saúde na dimensão estrutural, devem ser considerados as políticas, o sistema econômico, o posicionamento do Estado e processos gerais da cultura. A dimensão particular corresponde aos padrões e exposição a processos prejudiciais para a saúde coletiva, associados ao modo de vida de determinado grupo. O último domínio, o singular, refere-se aos estilos de vida, genótipo e fenótipo dos indivíduos. (BREILH, 2010).

Portanto, em relação à produção e reprodução social, é preciso saber como funciona a geografia política e ambiental, o perfil epidemiológico dos variados grupos sociais que habitam em um determinado território, seja um município ou um distrito de um município, conhecer como essas pessoas produzem a vida e o trabalho e como isto vem se dando, historicamente, a produção social e reprodução social do lugar. (EGRY, 2018).

O processo saúde humano da coletividade é histórico e socialmente determinado, compreendido em diversos padrões de proteção-desgaste-reprodução, relacionado a características das relações entre seres humanos e à realidade objetiva na qual se inserem. (LAURELL, 1983). Sendo assim, o processo saúde é o resultado de formas de viver e, condicionalmente, está determinado ao ambiente social no qual os indivíduos estão inseridos, demonstrando a articulação e interdependência da conexão desse processo na determinação social da saúde. (CÁRDENAS, 2017).

Compreende-se que o processo saúde, como objeto de estudo e de transformação social por parte da ciência, vai se produzindo na sua ordem hierárquica, na qual níveis coletivo e individual demandam um marco de referência do geral, do particular e do individual. Dito de outra forma, como é um processo social, o objeto geral corresponde às condições econômicas estruturais em meio das quais ocorrem processos particulares de reprodução social e, como consequência, processos epidemiológicos particulares, nos quais podemos situar o processo saúde dos indivíduos. (BREILH, 2006; BREILH, 2013).

Entende-se que o território liga a saúde e a vida, a doença e a morte, e é nele que ocorrem os processos de produção, tidos como as condições de trabalho e educação e a reprodução social, como o local de moradia, acesso a serviços e saneamento, sendo esses a base da determinação social. (BREILH, 2006).

Chaves e colaboradores (2014) destacam que, na atuação dos profissionais de saúde, a percepção deve ser de que o território é um dos referenciais estratégicos, idealizando-o como espaço contraditório, ou seja, o território é determinante da vida naquele espaço geográfico, enquanto é determinado pelos que ali vivem e/ou transitam.

O termo “território” ultrapassa o conceito geográfico, na perspectiva de responder à problemática de relação entre a sociedade e o seu espaço. Logo, é necessário considerar a dinâmica social, o modo de vida e as expressões de saúde das pessoas, analisando-as a partir de um processo dinâmico e ininterrupto que produz os territórios. (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

O território deve ser entendido como um processo para estabelecer ações de saúde que buscam reverter, por meio da investigação e da ação, a determinação dos índices de saúde ali expressos e, conseqüentemente, suplantam a listagem de agravos prevalentes. (CHAVES et al., 2014).

Nessa mesma perspectiva, destaca-se que é necessário aprofundar o olhar sobre a determinação social dos vários problemas de saúde que têm direta relação com a qualidade e resolutividade dos cuidados primários. (MELO; EGRY, 2014). Portanto, na concepção de que a abordagem necessária para a intervenção da saúde exige transformações sociais profundas, incluindo de maneira essencial as concepções políticas que as sustentam e que são responsáveis pelas desigualdades e pelas injustiças sociais, é pertinente fazer essa discussão com base na teoria da determinação social do processo saúde. (BREILH, 2010).

Por fim, nota-se que o esforço de discussões e reflexões no campo da epidemiologia crítica buscam vincular as necessidades e realidades de diferentes grupos sociais ao desenvolvimento de propostas de gestão da saúde que são verdadeiramente participativas e comprometidas com a transformação social. (SOUZA; MENDES; CARNUT; 2019).

4 REVISÃO DE LITERATURA

Para contextualizar as bases conceituais e proporcionar compreensão do objeto do estudo, este capítulo foi dividido em quatro partes. A primeira, **Atenção Primária à Saúde** discute o conceito, sua consolidação e os desafios deste modelo de Atenção à Saúde.

A segunda, aborda a **Integralidade** e a essencialidade deste princípio na operacionalização da APS e na perspectiva de responder as necessidades em saúde dos indivíduos, famílias e coletividade.

Na terceira, apresenta-se o fenômeno das **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária**, com foco na relevância deste indicador para avaliação da APS e a importância de ações oportunas neste nível de atenção.

E a quarta, aborda a **Saúde do Adolescente**, com um breve enfoque na descrição das políticas públicas e os desafios que contemplam a atenção para prevenção e promoção da saúde para este segmento populacional.

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde, enquanto modelo assistencial, caracteriza-se por atributos como longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da assistência, centrada na comunidade e família, considerada o primeiro nível de contato de acesso ao sistema de saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017a; SANTOS; GIOVANELLA, 2016; STARFIELD, 2002).

Em uma perspectiva histórica, conforme Fertoni e colaboradores (2015), no Brasil, a partir de influências internacionais, a APS ganhou força entre 1980 e 1990 quando foram desencadeados debates e disputas entre o modelo médico hegemônico e propostas de modelos alternativos, que persistiram até o início dos anos 2000. Nesse cenário, em 1991 foi instituído o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), visando contribuir para a extensão de cobertura e a estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) no País. (MOROSINI, FONSECA; 2018).

Neste contexto, a partir de 1994, surge a formulação do Programa Saúde da Família (PSF), depois denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde, o qual se configurou como um eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, no modo de compor a equipe e de organizar o

processo de trabalho, na busca pela expansão da atenção primária no país. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

No que diz respeito aos atributos da APS, nas dimensões de utilização e acessibilidade dos serviços, a garantia do acesso de primeiro contato refere-se ao uso da APS como escolha preferencial e porta de entrada aberta da rede de atenção, acolhimento dos usuários, promoção do vínculo e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades em saúde, e a competência dos profissionais da atenção primária para enfrentarem os problemas de saúde que são determinados por processos que se encontram na estrutura da sociedade, na dimensão econômica e social daquela sociedade. (PAULA et al., 2016).

Depois de 27 anos da promulgação das Leis nº 8.080 (Orgânica da Saúde) e nº 8.142 (participação da comunidade na gestão do SUS) de 1990, percebe-se que a implantação do SUS no Brasil, ainda com lacunas e dificuldades, foi favorecida por meio de políticas públicas direcionadas para o fortalecimento da APS. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Sob influência desse modelo, a ESF constitui-se como prioritária estratégia de reorientação do sistema, como uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico hegemônico e da implementação dos princípios e diretrizes do SUS. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017a).

Diante dessas considerações, apesar da ESF favorecer a universalização dos cuidados primários, ainda enfrenta dificuldades para a organização da APS como principal eixo coordenador do sistema de saúde, impostas pela estrutura federativa do país, desigualdades regionais e crescimento do setor privado, evidenciando que os desafios para seu aprimoramento dependem, principalmente, de aspectos que exigem um maior esforço político-institucional. (MARTINS et al., 2019; SANTOS; GIOVANELA, 2016; ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Em setembro de 2017, a publicação de uma nova revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017a), em um contexto de retração do financiamento da saúde e anulação da prioridade dada à ESF na organização do SUS, provocou críticas por parte de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), que demonstraram

preocupação com retrocessos em relação à construção de uma APS integral que decorria do direcionamento de um modelo de APS baseado na ESF. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Com base nessa contextualização, salienta-se que para uma boa prática de monitoramento, implementação e avaliação da intervenção na determinação social da saúde, a APS precisa ter como foco primordial o território geopolítico de produção e reprodução da vida e do trabalho, onde aparecem as necessidades em saúde e as vulnerabilidades. Sendo assim, o planejamento de intervenções coletivas e de autonomia dos sujeitos, irá considerar as contradições provocadas por subalternidade de classe, de gênero, de etnia, e de geração, a fim de transformar a realidade objetiva na perspectiva de assistir o indivíduo e o coletivo no processo saúde. (EGRY, 2018).

Os desafios dos aspectos teóricos e políticos de implementação de um novo modelo assistencial, no Brasil, precisam ser assimilados no cotidiano dos serviços de saúde pelos gestores da saúde, pelos profissionais das equipes de saúde, pelos usuários e suas instâncias de controle social. (FERTONANI et al., 2015). Trata-se da mudança de um sistema estruturado por indivíduos que buscam atenção, para um sistema que se responsabiliza, sanitária e economicamente, por uma população determinada a ele vinculada. Assim, é fundamental conhecer essa população, captar suas necessidades em saúde reais e discriminá-la segundo vulnerabilidade, que tem a ver com os grupos sociais. (EGRY, 2018).

Nesse aspecto, analisa-se que um cuidado segmentado, uma reorganização de processo de trabalho que desfavorece a equipe multiprofissional e não a vincula no território, são mecanismos que favorecem um caráter utilitarista das atividades. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; GIOVANELLA, 2018). Então, apesar de existirem propostas e políticas estruturantes de um modelo de atenção à saúde que rompa com o paradigma biomédico, ainda se identificam significativas influências desse modelo hegemônico nas práticas assistenciais. (FERTONANI et al., 2015).

Desse modo, trata-se de integrar a determinação social sobre a saúde individual e coletiva (BREILH, 2006) na organização da oferta de serviços primários para lidar diretamente com necessidades percebidas, ou de garantir que sejam manejadas nos demais níveis de atenção à saúde, efetivando a continuidade do cuidado. (PORTELA, 2017). Nesse contexto, a atuação da APS baseada no

território¹⁰, com organização de processos de trabalho mais democráticos e participativos, no sentido de atender as necessidades em saúde do indivíduo ou do coletivo, com prioridade para que as equipes exerçam o planejamento das ações, definição e discussão das prioridades. Além disso, há que se considerar a gestão pública do trabalho e dos serviços de APS, assim como a regularização dos vínculos contratuais dos profissionais, com ações coerentes entre prevenção de agravos, atenção e promoção da saúde. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Apesar de parecer óbvio que o projeto de intervenção pautado na determinação social da saúde do indivíduo e sua família deva ser pensado juntamente com o usuário, mais pertinente é a compreensão de que esse processo está diretamente associado ao potencial de desgaste e de fortalecimento dos grupos sociais advindos dos processos de reprodução social. Logo, pensar em uma intervenção de forma participativa pode tomar uma perspectiva emancipadora dos sujeitos. (EGRY, 2018).

Pesquisas que objetivaram avaliar a resolatividade e efetividade da APS, desvelam fragilidades no acesso e organização das ações, somadas a dificuldades individuais, além da fragmentação do cuidado ainda neste nível de atenção. (GALVÃO et al., 2019; GONTIJO et al., 2017; PAULA et al., 2015). Na percepção dos usuários, barreiras como agendamento e atendimento de consultas na APS, não atendimento da demanda espontânea e a humanização do cuidado repercutem na qualidade da atenção à saúde e constituem aspectos que desfavorecem a satisfação dos usuários com a APS como porta principal do sistema. (SILVA et al., 2019; GOMIDE et al., 2018).

Ao que se relaciona à atenção primária à saúde dos adolescentes e jovens, a persistência de problemas relacionados à acessibilidade geográfica, organizacional e acolhimento podem contribuir para o afastamento desses indivíduos/coletivos das ações promovidas pelos profissionais da ESF. Soma-se a essas questões, a especificidade desse segmento populacional que se preocupa com a confidencialidade de suas demandas, o desconhecimento sobre as rotinas dos serviços e, ainda, o desconforto em compartilhar suas preocupações sobre a saúde com os profissionais que não estão tecnicamente preparados para atendê-los. (MARTINS et al., 2019).

¹⁰ É base primordial das práticas da APS, onde se produz a vida e, consequentemente, é nesta realidade que aparecem as necessidades em saúde e as vulnerabilidades. (EGRY, 2018).

Para elaborar ações de saúde para adolescentes na APS, deve-se superar o modelo de ações que tem como foco da atenção os problemas orgânicos. Ao contrário desse modelo, há que se planejar ações que concebem esses sujeitos na sua integralidade, portadores de necessidades específicas pelo momento que vivem no seu desenvolvimento. (SILVA et al., 2016). Compreender as necessidades em saúde e promover o cuidado para adolescentes e adultos jovens na APS pressupõe a horizontalização entre as ações e as relações usuários/profissionais. O objetivo desse processo de mudança é para favorecer o acesso, o acolhimento, atenção integral e o vínculo para que as ações sejam resolutivas às necessidades e demandas dessa população. (MARTINS et al., 2019).

4.2 INTEGRALIDADE

A concepção do termo integralidade no SUS é difusa, complexa e possui característica polissêmica. Assim, o termo aparece associado ao holismo, ao atendimento nos três níveis de atenção, à interdisciplinaridade e ao conceito ampliado de saúde. (CARNUT, 2017; SILVA et al., 2014; LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011). Tem sido um princípio defendido como eixo condutor dos processos de transformações para a ruptura dos tradicionais valores de saúde, como a fragmentação da atenção e do cuidado. (VIEGAS; PENNA, 2015).

Uma das principais formas de operacionalização desse princípio doutrinário é relatada na Constituição Federal de 1988, que não utiliza o termo integralidade, mas define como ‘atendimento integral’ à necessidade de compreender o indivíduo enquanto um todo holístico, um ser biopsicossocial em sua essência. (BRASIL, 1988). Regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde 8.080 de 1990, o art.7º define que integralidade da assistência deve ser entendida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (BRASIL, 1990a).

A integralidade adotada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) descreve uma ampliação do conceito e acrescenta a integração entre demanda espontânea e demanda programada no cotidiano dos serviços de saúde, como também é a mescla gerada pelas atividades clínicas e de campo na APS. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017a). Buscando atender as necessidades em saúde de cada indivíduo e norteadas pelas ações interdisciplinares, a assistência baseada nesse

princípio visa fazer da APS a porta de entrada para um atendimento horizontal, que deve permear todos os demais níveis. (SILVA et al., 2018).

Contudo, é pertinente ressaltar que esse esforço de operacionalizar a integralidade para uma oferta que atenda demandas e necessidades construídas é sempre relacional ao contexto. (CARNUT, 2017). Complementando o conceito, neste estudo, partilha-se da ideia de que o sentido primordial da integralidade não é algo ilusório para responder ao todo, mas significa o reconhecimento, o olhar, o entendimento e ação sobre a necessidade que o sujeito apresenta, que por ser dinâmica, vai se modificar com a própria vida. (OLIVEIRA; CUTOLO, 2018).

Identificados por Ayres (2011), há quatro eixos retóricos da integralidade: o primeiro é o eixo das necessidades, relacionado à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas da atenção à saúde; o segundo é o eixo das finalidades, que se refere a graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da saúde/reinserção social; o terceiro é o eixo das articulações de graus e modos de ações interdisciplinares e intersetoriais para efetivos retornos às demandas em saúde; e o quarto é o eixo das interações subjetivas, implicando a qualidade das mesmas.

Diante das dimensões e sentidos atribuídos ao termo integralidade, relaciona-se a este princípio a visão integral do ser humano, que se insere em um contexto social, que tem suas vontades e necessidades, e considera-se tudo aquilo que contempla o complexo campo da saúde e da qualidade de vida. (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017). Uma vez que não se afirma a integralidade como totalidade, pressupõe-se, portanto, que a lógica da determinação social do processo saúde deva ser amplamente considerada, pois é preciso compreender a necessidade e articular que o sujeito social, político e histórico está inserido em um contexto familiar, em um meio ambiente e em uma sociedade. (OLIVEIRA; CUTOLO, 2018).

Assim, pode-se dizer que superar a fragmentação de um modelo de atenção para defender um modo de produzir saúde pautado na integralidade, está atrelado a um projeto societário, contrário à lógica capitalista, que desumaniza e impede a concretização da saúde como processo civilizatório. (CARNUT, 2017; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

Nesse sentido, a dimensão de uma abordagem integral do indivíduo e da família, relaciona-se a um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos serviços de saúde que se expressa na resposta das necessidades dos que procuram por

cuidado. Sendo assim, exercer a integralidade significa a ressignificação do trabalho em saúde e a valorização das subjetividades, o que possibilita qualquer intervenção de cuidado centrada no indivíduo. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Ressalta-se, portanto, que a inequidade, expressa pelas divisões sociais (BREILH, 2006), exige uma análise pautada nos parâmetros ético-políticos que contextualizam a prática da integralidade, o que ressalta a necessidade da superação desses obstáculos que indicam o agravamento das condições de vida, o que reforça um princípio da integralidade referenciado a partir de parâmetros que valorizem a experiência dos sujeitos envolvidos nas práticas de saúde e nos vínculos intersubjetivos. (MENDES; FRUTUOSO; SILVA, 2017).

É imprescindível dizer que, apesar de se tratar de um olhar contra hegemônico, enquanto articulação de políticas públicas sociais e econômicas baseadas na determinação social da saúde, a integralidade torna-se desejável e fundamental. (OLIVEIRA; CUTOLO, 2018). No campo da Saúde Coletiva, a integralidade não se limita apenas a um princípio do SUS, noção ou conceito coletivo, mas contempla uma pluralidade de concepções, ações e atitudes que se ampliam ao olhar o sujeito dentro de uma lógica que considere as dimensões cotidianamente na prática da assistência. (VIEGAS; PENNA, 2015).

Acredita-se que princípios como territorialidade, vínculo, continuidade, planejamento local, promoção à saúde e consideração do contexto social, político, familiar e econômico são pautas influentes na determinação social da saúde e na atuação de um modelo de assistência em prol da integralidade. (SILVA, 2015). A determinação da saúde suscita a apreensão das contradições sociais e históricas dos territórios e das comunidades, vividas no cotidiano das equipes de saúde, relevante para os sentidos da integralidade em saúde para além de práticas curativas. (MENDES; FRUTUOSO; SILVA, 2017; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Nessa perspectiva, emerge a busca da integralidade de forma contínua em uma abordagem que amplia as possibilidades de apreensão das necessidades em saúde de um grupo populacional, de forma que a abordagem se caracterize em considerar o diálogo entre diferentes sujeitos e, conseqüentemente, seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. (OLIVEIRA; CUTOLO, 2018; SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017; SILVA, 2015).

No entanto, o baixo patamar de financiamento público resulta dos efeitos da globalização nas políticas de saúde, além da persistência de segmentação no

sistema, fraca integração dos serviços da Atenção Primária com outros níveis de atenção e marcante processo de precarização do trabalho no setor saúde, particularmente nas formas de contratação das equipes da ESF. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Acerca das representações sociais no âmbito da ESF, ainda se percebe a disseminação de que esses serviços são ofertados quase que apenas para determinados grupos populacionais em vulnerabilidade, como idosos, mulheres e crianças, com ações de programas específicos, sem considerar as realidades de vida e a determinação social da saúde naquela coletividade, com ausência de elementos organizacionais que envolvam outros segmentos populacionais que apresentam baixa assiduidade nos serviços locais, entre os quais se destacam os adolescentes. (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

Para a prática da integralidade com atividades programáticas eficazes de atenção a esse público, a APS exige a construção de um espaço que se contrapõe à fragmentação na forma de especialidades, tornando-se efetivamente acolhedor, a partir do interesse por parte dos trabalhadores e gerentes em processos de gestão que potencializem o trabalho multiprofissional, que considera as necessidades sociais de saúde dos indivíduos e grupos. (AYRES et al., 2012).

Nesse contexto, vemos que, na perspectiva da integralidade, uma visão ampliada da determinação social da saúde essencialmente produzirá práticas humanizadas do cuidado, que consideram a individualidade do sujeito como um processo que se constrói e se produz no cotidiano, que pressupõem o reconhecimento das necessidades em função do contexto. (OLIVEIRA; CUTOLO, 2018; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

4.3 INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A necessidade de avaliar a eficiência dos serviços de saúde é tida como estratégica para identificar as constantes fragilidades que dificultam sua organização e operacionalização em direção à resolubilidade das ações do setor, que é um objetivo almejado no sistema de saúde. (SOUSA et al., 2016; MOREIRA; VIEIRA; COSTA, 2016; MICLO; CALVO; COLUSSI, 2017). Nessa perspectiva, estudos têm sido desenvolvidos acerca de indicadores e avaliação em saúde, cujo objetivo é apoiar processos que visam a melhoria das ações de enfrentamento aos agravos e promoção

da saúde no âmbito do Sistema de Saúde, em especial da APS. (SOUSA et al., 2016; CUBAS et al., 2017; ARAUJO et al., 2017; MAIA et al., 2019).

No cenário internacional, há estudos que relacionam indicadores da atividade hospitalar para mensurar a efetividade da APS. Nesses, os resultados e análises apontaram que o nível ambulatorial e a continuidade nos cuidados na atenção primária diminuem as ICSAP. (HU; MORTENSEN, 2018; COLLIER et al., 2018).

Na década de 1980, nos Estados Unidos, Billings e Teicholz desenvolveram um estudo que teve por objetivo identificar o impacto da falta de acesso à atenção ambulatorial e instituíram o conceito do indicador *Ambulatory Care Sensitive Conditions*, que mensura as hospitalizações potencialmente evitáveis e as relaciona a problemas de efetividade na atenção primária. (BILLINGS; TEICHOLZ, 1990).

Adaptado para as condições brasileiras, como resultado de estudos nacionais e internacionais, reuniões com pesquisadores, gestores e especialistas da área de Saúde Coletiva, o termo foi traduzido como Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e regulamentado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, com a publicação da Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária, constituída por um conjunto de 19 grupos de diagnósticos e seus subgrupos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (QUADRO 1), definida como instrumento para avaliar a APS. (ALFRADIQUE et al., 2009; BRASIL. Ministério da Saúde, 2008a).

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

Grupo	Diagnóstico	CID 10
1	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
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	E86, A00-A09
3	Anemia	D50
4	Deficiências nutricionais	E40-E46, E50-E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00- J03, J06, J31
6	Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1
7	Asma	J45-J46
8	Doenças pulmonares	J20, J21, J40-J44, J47
9	Hipertensão	I10-I11
10	Angina	I20
11	Insuficiência cardíaca	I50, J81
12	Doenças cerebrovasculares	I63-I67, I69, G45-G46
13	Diabetes mellitus	E10-E14
14	Epilepsias	G40-G41
15	Infecção no rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34, N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08
17	Doença Inflamatória em órgãos pélvicos femininos	N70-N73, N75-N76
18	Úlcera gastrointestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23, A50, P35.0

FONTE: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde (2008a).

Nota: A Lista Brasileira das Condições Sensíveis a Atenção Primária, na íntegra, com a descrição pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) está no Apêndice A - página 204.

No Brasil, a utilização de indicadores de internações por CSAP tem se tornado mais frequente em publicações científicas, com ênfase para estudos ecológicos com análise de evolução, abordando essas hospitalizações em diferentes ciclos de vida e regiões do país. (PINTO et al., 2019; MORIMOTO; COSTA, 2017; CAVALCANTE; OLIVEIRA; REHEM, 2016).

Entende-se por condições sensíveis, os problemas de saúde que devem ser atendidos por ações do primeiro nível de atenção e, se não tratadas adequadamente, podem evoluir para uma hospitalização. (SANTOS; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016; BRASIL. Ministério da Saúde, 2008a; SENHEM et al., 2020). Assim, considera-se que as demandas dos pontos da rede de atenção, como hospitais e serviços de atendimento de urgência e emergência, são beneficiadas quando há continuidade da atenção pela APS e a presença de equipe multidisciplinar. (LIMA; NICHATA; BONFIM, 2019).

As características da estrutura da APS e o processo de trabalho de suas equipes impactam no número de internações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios brasileiros, o que demonstra o potencial do indicador ICSAP

como ponto de partida para identificar processos críticos e avaliar estratégias de ações no âmbito da APS, com o objetivo de modificação do perfil de morbimortalidade. (MAIA et al., 2019; ARAÚJO et al., 2017; VALE et al., 2019).

Nesse contexto, a lista brasileira de ICSAP pode ser usada para comparar o desempenho de diferentes serviços de saúde, avaliar os efeitos de políticas públicas e como parte da avaliação da resolutividade, qualidade das ações e acessibilidade da APS, como também fazer parte de investigações sobre dificuldade de acesso entre as regiões, comunidades e grupos populacionais. (VALE et al., 2019; ALFRADIQUE et al., 2009).

Desse modo, as potencialidades dos estudos de ICSAP permeiam a reestruturação de políticas, programas e a reformulação de ações no setor, para que essas estejam de acordo com a diversidade cultural, demográfica e socioeconômica, a partir da identificação dos grupos mais prevalentes entre as populações, as patologias específicas e os contrastes regionais, como subsídio para a gestão local na organização dos serviços. (PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2015; LIMA; NICHATA; BONFIM, 2019; MAIA et al., 2019). Como uma das estratégias para avaliar o acesso e efetividade da APS, o indicador ICSAP fundamenta-se na capacidade da APS de concretizar ações na prevenção dos problemas de saúde, no diagnóstico precoce e tratamento oportuno de episódios agudos de patologias, no controle e acompanhamento das doenças de evolução crônica, que resultem na diminuição das hospitalizações e readmissões e no tempo de permanência hospitalar. (ALFRADIQUE et al., 2009; SKINNER et al., 2016; SANTOS; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016).

Um estudo que objetivou identificar os aspectos que contribuem para a ocorrência das ICSAP na percepção dos profissionais e dos usuários, na microrregião de Cidade Ademar/SP, destacou que a organização hierarquizada e piramidal do sistema de saúde, com consequente falta de integração entre os diversos pontos de atenção, foi um dos aspectos fundamentais para a questão do acesso, constituindo-se como aspecto importante de restrição do papel da APS em reduzir, ou até mesmo impedir, a ocorrência das ICSAP. (REHEM et al., 2016).

Ressalta-se que, altas taxas de ICSAP podem representar fragilidades e/ou baixa resolutividade na porta de entrada do sistema de saúde. Sendo assim, a redução relativa das internações por condições sensíveis à atenção primária reflete o acesso, a qualidade, a cobertura e a resolutividade da APS, com consequente redução de custos por internações evitáveis. (CAMELO; REHEM, 2019; MICLOS; CALVO;

COLUSSI, 2017; PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2015; VALE et al., 2019). Portanto, parece presumível que, diante das dificuldades de acesso aos serviços ou inadequada provisão e efetividade da APS, os usuários tentem outras formas para conseguir atendimento às suas demandas e necessidades. (CAMPOS et al., 2014; PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2015; FERRER; GRISI, 2016).

No que diz respeito à saúde do adolescente, evidências indicam distinção dos padrões de ICSAP de adolescentes quando comparados à população adulta ou de crianças. (PINTO et al., 2019; MAGALHÃES; MORAIS NETO, 2017; SANTOS; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016; FERRER; GRISI, 2016). No Distrito Federal, a estratificação das proporções de ICSAP por faixa etária, entre 2009 a 2018, demonstrou estabilidade na proporção dessas internações entre crianças e adolescentes se comparada à população adulta, sugerindo que, na última década, os esforços de ampliação dos cuidados em atenção primária tiveram maiores efeitos na redução de internações em adultos jovens e a não redução nas faixas etárias menores de 20 anos, uma população prioritária na APS, pode representar barreiras de acesso desse grupo à APS. (PINTO et al., 2019).

Sobre outro aspecto, em Minas Gerais, um estudo desenvolvido entre 1999 e 2007, apresentou declínio nas taxas de ICSAP na faixa etária de 10 a 19 anos quando correlacionadas às taxas de cobertura e ampliação da rede de assistência pela ESF. Entretanto, os autores discutem que esse é um achado que demanda outras investigações, não sendo possível atribuir uma relação de causa, visto que os adolescentes procuram pouco os serviços de saúde. (SANTOS; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016).

Uma pesquisa realizada sobre a avaliação do desempenho da APS nos municípios brasileiros, na dimensão de Provimento da Atenção Básica para os ciclos de vida (criança, adolescente, adulto e idoso), considerando-se ações de 'promoção e prevenção' e de 'diagnóstico e tratamento', e utilizando os critérios de eficácia, relevância e efetividade, ressaltou que o desempenho de ações para a saúde do adolescente representou as maiores desigualdades regionais entre os ciclos de vida. (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2015). Diante do exposto, acrescenta-se a essa discussão, a importância de se identificar a historicidade e a dinamicidade do modo de viver dos indivíduos e coletivos que vivem nos territórios, assim como, a identificação das necessidades em saúde que são expressas naquele cotidiano, nas singularidades das pessoas e famílias. (SENHEM et al., 2020; EGRY, 2018).

Apesar dos índices relacionados às ICSAP serem uma importante ferramenta para monitorar o desempenho da APS, alguns autores alertam em suas pesquisas que, para uma análise adequada, é necessário levar em consideração aspectos relacionados ao contexto social. Destacam que é essencial identificar características individuais, da coletividade, do ambiente e do processo de trabalho nos serviços de saúde, pois são dados que podem estar associados à determinação dessas hospitalizações. (MAIA et al., 2019; CAMELO; REHEM, 2019; PINTO et al., 2019; PREZOTTO; CHAVES; MATHIAS, 2015). Nunes (2018) concluiu, em uma revisão sistemática a respeito da relação entre cobertura da Estratégia Saúde da Família e Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil, que este é um indicador valioso. Porém, afirmou que as alterações nas taxas das ICSAP não se limitam à cobertura ou expansão da ESF, e sugeriu que essa correlação não seja analisada isoladamente.

Diante do exposto, considera-se que as ICSAP têm o potencial de promover o conhecimento acerca da situação de saúde do adolescente, como um reflexo do modelo de atenção à saúde e da organização de serviços no âmbito da APS. No entanto, ressalta-se que os processos que determinam a hospitalização por condições sensíveis à APS podem ter relação, também, com questões sociais, econômicas e culturais, sendo necessária a compreensão desses aspectos na organização dos serviços que podem interferir nas hospitalizações. (SENHEM et al., 2020; LIMA; NICHIATA; BONFIM; 2019).

O desempenho dos serviços na APS deriva de processos relacionados às questões econômicas, demográficas, sociais e epidemiológicas observadas nos territórios. Essas se concretizam nas desigualdades de oferta de ações de saúde, demanda além da capacidade de atendimento, e necessidades de diferentes ordens nos municípios brasileiros. É, portanto, importante identificar pontos fracos e fortes no nível de atenção, que se pode constituir importante ferramenta de decisão local para o enfrentamento às questões apontadas. (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2015). Nesse sentido, a partir dos resultados de pesquisas e das avaliações realizadas sobre a APS, há muito a ser reorganizado e modificado, para reorientação do modelo de atenção à saúde que esteja baseado em articular os saberes que norteiam a prática sanitária dos trabalhadores e de setores decisórios para a política pública, de modo a ancorar os mesmos na compreensão da determinação social da saúde. (FERRER; GRISI, 2016; MAGALHÃES; MORAIS NETO, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Assim, para atenção à saúde do adolescente, é preciso posicionamento crítico e um compromisso ético com a diversidade das vivências subjetivas, com o objetivo de compreender os adolescentes como sujeitos integrais. Para tanto, vale-se da compreensão de que as transformações físicas e psicológicas que acontecem nessa fase do crescimento e desenvolvimento são encadeadas por um processo contínuo, dinâmico e complexo. Consequentemente, não podem ser reduzidas a uma perspectiva de causalidade linear. (SENHEM et al., 2020; NETTO et al., 2018; MACEDO; CONCEIÇÃO, 2013).

4.4 UM BREVE ENFOQUE À SAÚDE DO ADOLESCENTE

A adolescência é definida pelo Ministério da Saúde, em consonância com a Organização Mundial da Saúde, como o período do desenvolvimento humano que compreende entre 10 e 19 anos de idade. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019; BRASIL. Ministério da Saúde, 2018a). Enquanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera que essa fase corresponde ao intervalo etário de 12 a 18 anos. (BRASIL, 1990b).

Nas últimas décadas, o Brasil vivenciou uma significativa modificação demográfica relacionada à diminuição da mortalidade infantil e da fecundidade, aumento da expectativa de vida, aos movimentos migratórios e de urbanização. Ocorreu, ainda, uma desaceleração no ritmo de crescimento da população adolescente e jovem. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010b).

Segundo os dados do censo populacional, realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o grupo de adolescentes de 10 a 19 anos representava aproximadamente 18% da população total do Brasil. Assim, eram 34.616.387 adolescentes dos 194.890.682 habitantes brasileiros. A projeção da população adolescente no Brasil para o ano de 2020 é de 30.596.341 sujeitos, o que corresponde a 14,45% da população total de 211.755.692 habitantes estimada para o mesmo ano. No Paraná, a projeção do número de adolescentes para 2020 é de 1.560.544, o que representa uma queda de 16,21% dessa população referente ao ano de 2010, que era de 1.862.491 adolescentes. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018a).

Em um processo fundamentalmente biológico, com especificidades de transformações fisiológicas, psicológicas e sociológicas, o período da adolescência

caracteriza-se pelo acelerado desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade (LUZ et al., 2018; SCHAEFER et al., 2018), dividindo-se entre a etapa de pré-adolescência, de 10 a 14 anos e de adolescência propriamente dita, entre 15 a 19 anos. (SCHAEFER et al., 2018).

Para fins científicos e criação de políticas públicas, em critérios de parâmetros biomédicos, a definição cronológica que delimita o período da adolescência mostra-se útil. (SENNA; DESSEN, 2015). Porém, em uma perspectiva sociológica, a limitação da definição cronológica para adolescente é insuficiente para encará-lo como sujeito concreto e histórico. (SIMONELLI, 2017; EGRY; FONSECA; OLIVEIRA, 2013; PERES; ROSENBURG, 1998).

Momento de transição para a fase adulta, o processo de adolecer é marcado por um conjunto de expectativas, ideais, valores, intensas modificações físicas, psíquicas e afetivas. Considera-se que, em todas as sociedades, a adolescência representa sua parte mais ativa e por isso a construção dessa identidade é mais bem definida diante de uma sociedade que cumpre a função organizadora, e tem clareza nas definições de papéis, de funções e valores. (LEVISKY, 2005).

Preliminarmente ao conceito de adolescência, considera-se pertinente incorporar a ideia de construção social, de acordo com a forma em que ela é vivida, entendendo que o adolescente está presente na sociedade, com seu jeito próprio de ser, expressar e conviver. (SENNA; DESSEN, 2015; BRASIL. Ministério da Saúde, 2008b; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011). Interligada por marcadores sociais como classe, etnia, gênero, esta fase corresponde a processos e construções sociais, culturais, político-econômicas, territoriais e relacionais que foram adquirindo determinados significados e concepções no decorrer de diferentes épocas e processos históricos. (MOREIRA; ROSÁRIO; SANTOS, 2011; EGRY; FONSECA; OLIVEIRA, 2013; COSTA JÚNIOR; COUTO, 2015).

Para Costa Júnior e Couto (2015), é importante considerar nos estudos em saúde a categoria geração, que estabelece complexa elaboração analítica por produzir desfechos diferenciados na singularidade das trajetórias de vida e, igualmente, como parte de grupos e populações, visto que se relaciona na proposta de compreender e explicar condições de saúde, bem como de suas possibilidades de acessar recursos para o enfrentamento dessas.

Para compreender a inserção histórica em sociedades de classes, a categoria sociológica geração revela valores que conduzem ao desenvolvimento da consciência

crítica, por mostrar a realidade objetiva em sua essência e nas possibilidades reais de ser uma nova realidade. (EGRY; FONSECA; OLIVEIRA, 2013). Como eixos estruturantes na reprodução e produção da identidade social e subjetiva, das relações e das instituições sociais, as categorias gênero, classe social, raça/etnia e também geração, ainda que para fins analíticos em estudos e pesquisas tenham focos em separados, podem ser vistos de forma global, pois a produção e a reprodução dos sujeitos se ancoram em sua articulação. (EGRY; FONSECA; OLIVEIRA, 2013; COUTO, 2009).

Nesse sentido, a contemporaneidade ocupa espaço na cena pública e avança no debate social, político e científico em discursos e práticas controversas sobre a emergência da categoria 'adolescência', com destaque para as críticas ao Estado na forma como vem gerindo as políticas públicas, no tensionamento com as necessidades e direitos desse segmento social, sendo um processo que implica a consolidação de um sistema de garantia de direitos e prerrogativas que rompem com as noções e práticas autoritárias e tutelares do passado. (BARBIANI, 2016).

Destaca-se, no Brasil, que o modelo de atenção à saúde do adolescente e jovem configura-se na perspectiva de intervenção do Estado na garantia e efetivação dos direitos sociais, regulamentados especialmente a partir do marco da Constituição de 1988, que dispõe sobre os princípios e diretrizes do SUS e da promulgação do ECA de 1990, o qual promulga o reconhecimento legal da prioridade absoluta de proteção das crianças e dos adolescentes, como seres em condição peculiar de desenvolvimento e do valor intrínseco e projetivo de portadores do futuro. (RAPOSO, 2009; BRASIL, 1988; 1990b).

Antecipando-se ao próprio ECA, o marco da inclusão do adolescente em uma política de saúde foi o Programa de Saúde do Adolescente (Prosad), instituído pela Portaria do Ministério da Saúde, nº 980/GM em 21/12/1989 e revisado em 1996, visou promover a saúde integral na adolescência, com propostas de promoção à saúde, de identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, com tratamento adequado e reabilitação. (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996). No entanto, pelo fato de alguns aspectos contraditórios em relação às diretrizes e focos de ação, o Programa enfrentou desafios práticos, demonstrou insuficiente aderência e, gradativamente, os adolescentes foram redirecionados para o atendimento geral, sem considerar suas especificidades na APS. (JAGER et al., 2014; CROMACK; BURSZTYN; TURA, 2009; OLIVEIRA; LYRA, 2010).

Posteriormente, em articulação com a educação e assistência social, outras estratégias e programas foram criados, como a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, em 2004, e o Programa Saúde na Escola, em 2007, que também apresentaram desarticulação na implementação da proposta de ações. (MELO et al., 2013; LEITE, 2012). Em 2010, as 'Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde', apresentaram uma análise da situação deste segmento populacional no Brasil, com destaque para questões que impactam e interferem no crescimento e desenvolvimento saudáveis dos indivíduos desse grupo populacional, no caso com destaque para as dificuldades de acesso à educação, o desemprego do(s) responsável(is), a morbimortalidade por violências e causas externas envolvendo esses jovens, entre outras tantas expressões das desigualdades sociais nas comunidades periféricas dos grandes centros urbanos brasileiros, que são evidências das vulnerabilidades que levam ao desenvolvimento de agravos resultantes do uso abusivo de álcool e outras drogas, violências de diferentes naturezas, infecções sexualmente transmissíveis, vida sexual e reprodutiva precoce, e início de doenças crônicas já nessa fase da vida. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010b).

Contudo, as expressões das violações de direitos sociais e expressões de desigualdades remetem a contundentes transformações estruturais do capitalismo contemporâneo, desencadeadas como fonte principal de inequidade, expressa na focalização e privatização das políticas sociais sendo por classe social, gênero e raça, evidenciadas pela fragilização das ações de proteção pública do Estado. (RAPOSO, 2009; BREILH, 2006). Apesar do avanço na institucionalização de políticas nacionais para os diferentes segmentos populacionais, as políticas governamentais ainda são limitadas com relação à garantia da atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens, que considerem as especificidades emergentes que afetam a saúde da população adolescente e jovem (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016; COSTA et al., 2015), como identidades de gênero, fluxos migratórios e morbimortalidade por causas externas. (SCHAEFER et al., 2018).

Na perspectiva de estruturação dos arranjos político-institucionais, os resultados de uma pesquisa que objetivou caracterizar a produção científica sobre políticas e programas de saúde voltados à adolescentes no Brasil e em Portugal no período 2010-2017, salientou que, de modo geral, os estudos brasileiros enfatizam

que políticas mais inclusivas e eficazes resultam de um foco que considere o olhar para as dimensões social, cultural e coletiva das realidades nas quais esses adolescentes estejam inseridos. (SCHAEFER et al., 2018).

Em outras palavras, pressupõe-se que a sociedade de classes e as diferenças sociais, políticas, étnicas, raciais, migratórias, gênero e geração determinam fortemente a distribuição de recursos, o acesso às oportunidades, ou seja, a determinação social conforma diferenciadas necessidades, demandas e respostas que incidem diretamente na finalidade e no alcance das políticas públicas, sendo assim, nas condições de saúde de uma dada população. (SCHAEFER et al., 2018; EGRY; FONSECA; OLIVEIRA, 2013).

Segundo Agathão, Reichenheim e Moraes (2018), a dinâmica dos contextos sociais do adolescente, sua inserção na família, escola, o grupo de pares e a comunidade, podem determinar as diversas facetas da qualidade de vida relacionada à saúde. Nessa dinâmica, a proposta da Estratégia de Saúde da Família orienta o cuidado a partir do território e aproximação com o contexto de vida dos adolescentes, orientado por processo propensos à ação interdisciplinar, à intersetorialidade e na possibilidade de espaços que favoreçam encontros para articulações subjetivas com vistas a favorecer relações de diálogo e redes de cuidado. (AYRES et al., 2012).

Contudo, interessa-nos destacar que não é por acaso que o cuidado para saúde do adolescente, especialmente na perspectiva da integralidade da atenção, é um desafio e está aquém do desejado nas políticas públicas. Desse modo, na perspectiva da integralidade, destaca-se que o planejamento fundamental de ações no cuidado a demandas de adolescentes não cabe em protocolos institucionais, pois requer escuta segundo especificidades. (VINAGRE; BARROS, 2019; LUZ et al., 2018). As publicações acerca da APS e da saúde do adolescente exploram que há muitos aspectos obstaculizando o acesso deste grupo aos serviços primários de saúde e que, apesar da existência de programas específicos para atendê-lo, os mesmos não são efetivamente executados. (MARTINS et al., 2019; VINAGRE; BARROS, 2019; LEAL et al., 2018; SILVA et al., 2016).

Apoiando-se nas percepções dos adolescentes, algumas pesquisas apontam que há um déficit de conhecimento acerca dos serviços da APS e, principalmente, a fragilidade no vínculo, o despreparo relacional e técnico dos profissionais e a estrutura organizacional são destacados pelos adolescentes como entraves para a adesão às ações de prevenção de agravos e promoção da saúde da APS, visto que os

adolescentes valorizam a disponibilidade do profissional para o esclarecimento de dúvidas e a adequação dos cuidados aos seus desejos, necessidades e preferências. (FERNANDES; SANTOS, 2020; VINAGRE; BARROS, 2019; LEAL et al, 2018; ALVES et al., 2016). Do ponto de vista dos gestores e profissionais de APS, há significância da importância da atenção ao adolescente com foco às suas necessidades, embora não o façam de forma específica para esta faixa etária, tratando-os como os usuários em geral, o que inviabiliza a continuidade do cuidado. (FERNANDES; SANTOS, 2020; PIOVESAN et al., 2017; COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

Nesse sentido, observa-se a invisibilidade das demandas dos adolescentes, pois não fazem parte dos grupos etários que têm prioridade nas equipes de saúde da família. (FERNANDES; SANTOS, 2020; LEAL et al., 2018; BRITO; ROCHA, 2019; LUZ et al., 2018). No tocante à realidade da atenção à saúde, evidencia-se a organização dos serviços, tencionada pelo modelo hegemônico, em ações e intervenções para tratar a queixa clínica e a doença, sem favorecer a atenção integral. (LUZ et al., 2018; MARQUES; QUEIROZ, 2012).

Para a reorganização e aprimoramento da APS, Ferrer e Grisi (2016) indicam que melhorar o acesso não se restringe em promover melhorias na organização dos serviços, mas é necessário buscar estratégias que possibilitem culturalmente uma mudança no uso dos serviços de saúde a médio e longo prazo. Todavia, aprimorar o foco das políticas públicas já existentes incide em inserir e aderir esse público no âmbito da atenção primária à saúde, no desenvolvimento de mecanismos e práticas que considerem como prioridade o acompanhamento dos adolescentes, com estratégias que preconizem uma atenção acolhedora e de qualidade. (MARTINS et al., 2019; BRITO; ROCHA, 2019).

No tocante às ICSAP de adolescentes e avaliação do acesso e da qualidade da APS, para Ferrer e Grisi (2016), os resultados não apontaram necessariamente uma relação causal, mas reforçaram uma associação entre esses aspectos. Corroborando esses autores, Santos, Oliveira e Caldeira (2016) sugerem que, no contexto do processo de hospitalização de crianças e de adolescentes por causas sensíveis, considera-se necessário o fortalecimento da atenção primária no âmbito das especificidades dessa população.

Diante dessa abordagem, salienta-se que como eixo central, não se trata em deixar a APS mais atrativa, mas a lógica deve implicar na mudança da persistência da ideia biomédica em ter o adolescente na unidade de saúde apenas como

consumidor de procedimentos, mas deve incentivar o cuidado territorial, que significa a equipe ir ao encontro da comunidade, para encontrar também com os adolescentes e jovens que ali vivem, o que tornará as ações em saúde mais adequadas e coesas às necessidades/modos de vida dos adolescentes, com base na perspectiva de viabilizar a integralidade do cuidado em saúde. (FERNANDES; SANTOS, 2020).

5 MÉTODO

Neste capítulo, consta a trajetória metodológica adotada na pesquisa, com a descrição dos seguintes tópicos: desenho da pesquisa, referencial metodológico, cenário do estudo, fase quantitativa (amostra, coleta e análise de dados), fase qualitativa (participantes, coleta e análise de dados) e os aspectos éticos.

5.1 DESENHO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos, com desenho do tipo sequencial explanatório, na perspectiva da Teoria da Intervenção Prática em Enfermagem em Saúde Coletiva (Tipesc).

A orientação de métodos mistos permite que o pesquisador colete e analise de modo rigoroso, tanto os dados quantitativos quanto os qualitativos, tendo por base as questões de pesquisa, com potencial de combinar as duas formas de dados, de acordo com visões de mundo filosóficas e lentes teóricas. (CRESWELL; CLARK, 2013; SANTOS et al., 2017; SANTOS et al., 2019).

O desenho é denominado sequencial explanatório quando o pesquisador conduz, primeiramente, uma fase quantitativa e acompanha os resultados numa segunda fase qualitativa. O propósito geral desse tipo de projeto é implementar um elemento qualitativo para explicar os resultados quantitativos iniciais, ou seja, o ponto de interface para a integração dos dados, identificando os resultados quantitativos específicos que requerem uma investigação adicional, utilizando esses resultados para guiar a etapa qualitativa. (CRESWELL; CLARK, 2013).

Para o uso de métodos mistos é necessário considerar quatro aspectos no planejamento da pesquisa: distribuição de tempo, atribuição de peso, a combinação e a teorização. O primeiro aspecto está relacionado à distribuição de tempo na coleta de dados, que pode ser conduzida ao mesmo tempo (concomitante) ou realizada em fases (sequencial). Para atribuição de peso, considerado o segundo aspecto, pode ser atribuído peso semelhante aos dados quantitativos e qualitativos, ou pode ser priorizada uma das abordagens, conforme os interesses do pesquisador. O terceiro aspecto é a combinação, que pode ocorrer no período de coleta, na análise dos dados, na interpretação dos resultados ou nas três fases, e compreende a maneira de mixar os resultados, combinados por meio de conexão, integração ou incorporação. A

conexão prevê a combinação das abordagens com a análise de dados da primeira fase do estudo e a coleta de dados da segunda fase; a integração ocorre quando os bancos de dados quantitativos e qualitativos estão integrados e produzem informações que se complementam mutuamente; na incorporação, ocorre a coleta de dados secundários, que serve de apoio para os resultados de um banco de dados principal. O quarto aspecto aborda a perspectiva teórica que irá conduzir a investigação de método misto, a qual pode estar explícita ou implícita. (SANTOS et al., 2017).

Nesta investigação, a primeira aproximação ao tema e consequente reconhecimento não sistematizado, no sentido de possibilitar uma melhor delimitação do objeto de estudo, foi anterior às etapas de captação dos dados quantitativos e qualitativos relativos ao objeto delimitado - ICSAP de adolescentes. Baseada na primeira etapa proposta pela Tipesc - captação da realidade objetiva, abordou-se a descrição da rede de serviços de saúde de Atenção Primária e hospitalares da 2ª Regional de Saúde do Paraná e a análise dos Planos Estaduais de Saúde do Paraná com relação ao planejamento de ações para os adolescentes. A partir dessa, se direcionou a investigação para a captação de informações para as etapas posteriores que são referentes aos dados mais específicos, no caso, os dados secundários (quan) e primários (QUAL).

Com relação à atribuição de peso, em geral, na perspectiva sequencial explanatória é dada ênfase maior à fase quantitativa, porém embora menos comum, existem variantes que acontecem, por exemplo, quando o pesquisador prioriza a segunda fase, ou seja, a qualitativa. Essa variante também é chamada de projeto preliminar quantitativo, utilizada quando o pesquisador se concentra em examinar qualitativamente um fenômeno, mas necessita de resultados quantitativos iniciais para identificar ou selecionar de maneira apropriada os participantes. (CRESWELL; CLARK, 2013). Sendo assim, para facilitar a descrição da estratégia de pesquisa, utiliza-se um sistema de notação, sendo, neste estudo, a notação quan→QUAL, onde as letras maiúsculas indicam a etapa priorizada e a seta indica que as fases foram realizadas em sequência. (CRESWELL; CLARK, 2013; SANTOS et al., 2017).

A combinação dos dados aconteceu em dois momentos: o primeiro, por meio da conexão dos resultados quantitativos, que contribuíram para o delineamento dos critérios de seleção dos participantes e para a elaboração do instrumento de coleta de dados, por meio da entrevista semiestruturada para a etapa qualitativa, e o segundo

momento, no processo de análise final da pesquisa, a partir da integração dos resultados de ambas as abordagens (qualitativa e quantitativa) para a discussão.

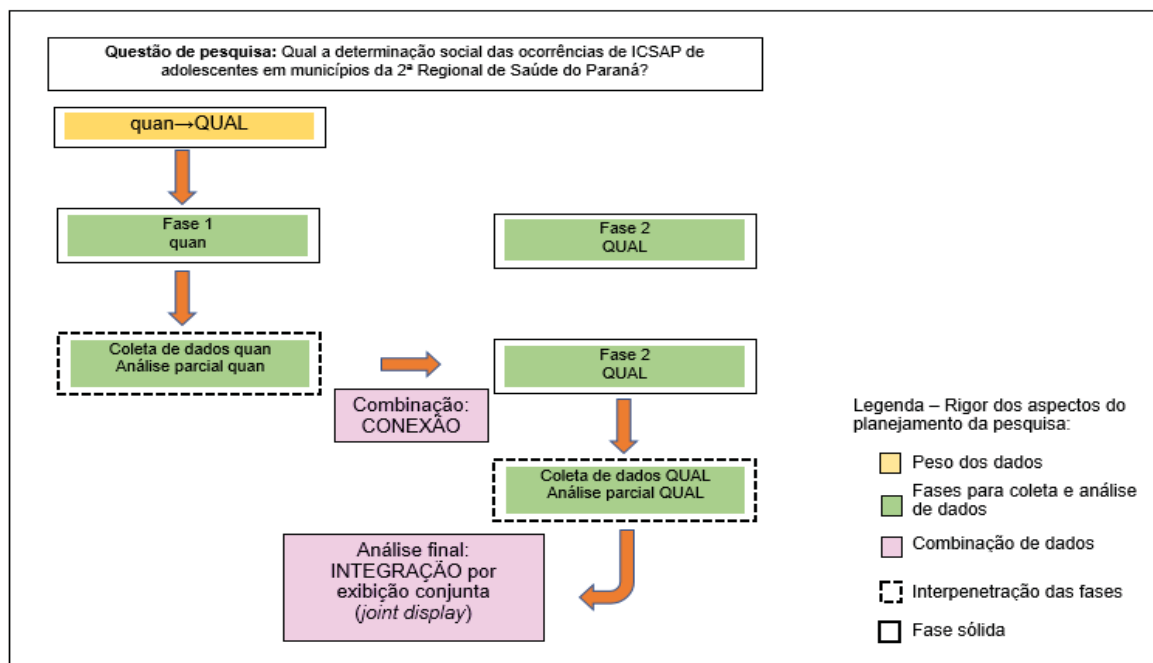
Ao final das fases da pesquisa de métodos mistos, emergem a integração e interpretação dos resultados que ocorrem através de narração, transformação de dados ou exibição conjunta, conforme o desenho metodológico selecionado para o projeto. (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013). Há recomendações de princípios e práticas para integração capazes de alavancar os pontos fortes dos métodos mistos, como: explorar os resultados quantitativos e qualitativos, demonstrar coerência com o desenho escolhido no método, ser consistente com a metodologia de integração e identificar as inferências e *insights* gerados nos resultados. (GUETTERMAN; FETTERS; CRESWELL, 2015).

Neste estudo, optou-se por apresentar a integração dos dados por meio de uma exibição conjunta (*joint display*), que se caracteriza pela interpretação dos dados a partir de meios visuais para extrair novos *insights*, além das informações que foram obtidas dos resultados pelas abordagens qualitativa e quantitativa. (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013).

A integração dos resultados apresentada por exibição conjunta é sustentada pelo referencial teórico deste estudo. Essa característica é considerada um avanço nos métodos mistos, pois facilita a visualização e permite *insights* sobre o processo de análise interpretativa. (GUETTERMAN; FETTERS; CRESWELL, 2015).

A FIGURA 1 apresenta o diagrama do desenho metodológico do estudo, conforme estratégia explanatória sequencial e combinação dos dados. O detalhamento dos procedimentos metodológicos e a descrição de cada fase estão apresentados posteriormente.

FIGURA 1 – DIAGRAMA REPRESENTATIVO DO DESENHO METODOLÓGICO DO ESTUDO. PARANÁ, 2021.



FONTE: A autora (2021).

5.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Nesta pesquisa, o referencial metodológico está ancorado na Teoria da Intervenção Prática em Enfermagem em Saúde Coletiva (Tipesc), proposta por Egry (1996), a qual se constitui em um marco teórico e metodológico para a intervenção da enfermagem na coletividade. A Tipesc tem pressupostos filosóficos e teóricos convergentes com o marco teórico do presente estudo, pois ambos estão ancorados na mesma base filosófica – Materialismo Histórico e Dialético, já apresentado na revisão de literatura e referencial teórico do estudo em tela.

Assim, com relação ao marco metodológico, o percurso deste trabalho seguiu a sistematização proposta por essa Teoria, que propõe uma forma sistematizada para captar, interpretar e intervir no processo saúde, por meio da compreensão da realidade objetiva (RO) nas dimensões que a conformam: singular, particular e estrutural. Nessas dimensões se evidenciam as contradições entre elas e nelas próprias, que conformam o objeto delimitado para o estudo. Nessa perspectiva metodológica, se buscou compreender quais são os processos de proteção e desgastes que estão na determinação social das ICSAP de adolescentes nos territórios municipais com maior número de casos, ou seja, processos que estão

relacionados à determinação da RO, protetores ou de desgaste, que conformam o objeto na sua extensividade (Quan) e intensidade (QUAL). (EGRY, 1996; BREILH, 2006, CRESWELL; CLARK, 2013).

A RO deve, portanto, ser compreendida a partir das três dimensões que a conformam: a dimensão estrutural, formada pelas relações econômicas, sociais e político-ideológicas, derivadas dos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações de produção de uma sociedade em um determinado período histórico; a dimensão particular, constituída pelos processos de reprodução social expressos nos perfis epidemiológicos indicativos do processo saúde vivido pelas distintas classes sociais; e dimensão singular, que é a expressão do processo saúde de cada indivíduo, observando o seu desgaste físico e psíquico determinados pelos processos de desgastes e de proteção presentes ao longo de sua vida, os quais são determinados pela sua inserção no trabalho, logo, na produção. (EGRY, 1996; BREILH, 2006; 2009).

O processo para captar, sistematizar e interpretar as informações relacionadas à RO do fenômeno é entender a determinação do mesmo a partir da compreensão do seu contexto histórico e social. Entender como os processos que se encontram nas três dimensões da realidade o determinam e como ele determina a realidade em que se encontra. Para Egrý (1996), compreender a RO para intervir ocorre por meio de um processo, conforme proposto pela Tipesc, composto por cinco etapas:

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

As etapas da Tipesc são apresentadas de maneira sequencial para uma compreensão mais didática do processo proposto pela autora acima citada, mas observa-se que, na prática, essas etapas podem se interpor ou serem simultâneas, visto que, à medida que o pesquisador se aproxima da realidade para captar o objeto, o seu olhar sobre este já se transforma e, ao mesmo tempo, a realidade também se

modifica pela presença do desconhecido. Ao captar as informações, também já se elabora alguma interpretação sobre o fenômeno, mesmo que esta ainda seja parcial por não haver ocorrido ainda a aproximação com a profundidade delineada.

Assim, a compreensão de um determinado fenômeno se torna possível pela construção de uma consciência crítica-reflexiva do profissional, considerando a determinação do processo saúde-doença de indivíduos ou grupos sociais, percebendo as relações de gênero, classe social e etnia nele existentes, além de se explorar os processos advindos do modelo econômico, jurídico e ideológico de uma determinada sociedade em um momento histórico. (QUEIROZ; EGRY, 1988; EGRY, 1996; BREILH, 2006, 2009). Dessa maneira, o profissional passa a compreender a determinação do processo saúde, o que vai além do observado diretamente.

A compreensão da RO na saúde, proposta por Egrý (1996), permite a construção de uma intervenção no sentido de transformar a realidade encontrada, e seguir a reinterpretação desta, para que o fenômeno recortado seja modificado por meio de novas intervenções necessárias, uma dinâmica que proporcionaria a abertura de novos horizontes processuais transformadores da realidade de saúde do indivíduo ou da coletividade, que é histórica e socialmente determinada.

Como este estudo trabalha com um segmento populacional delimitado por faixa etária, como já foi apresentado no capítulo da revisão de literatura intitulado: 'Saúde do adolescente: um breve enfoque', entende-se que há aqui a perspectiva de análise relacionada à categoria geração, visto que se estuda um fenômeno vivido por este segmento populacional- os adolescentes, mas que as decisões e estratégias referentes ao enfrentamento do fenômeno ICSAP de adolescentes na gestão pública é definido por outro(s) grupo(s) geracional(is). (EGRY; FONSECA; OLIVEIRA, 2013).

Para a compreensão da determinação social das ICSAP de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná no período de 2013 a 2017, a atual pesquisa contemplou as três primeiras etapas da Tipesc: o conhecimento, a interpretação e a construção de projeto de intervenção na realidade objetiva estudada.

Para atingir a primeira etapa, captação da realidade objetiva, foi realizada a caracterização da rede de serviços de saúde de Atenção Primária e hospitalares da 2ª Regional de Saúde do Paraná, a análise dos Planos Estaduais de Saúde do Paraná com relação ao planejamento de ações para os adolescentes, reconhecimento das características das ICSAP de adolescentes nos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná e investigamos, do ponto de vista dos gestores locais de saúde e

profissionais de nível superior que atuam em Atenção Primária à Saúde, os processos relacionados às internações de adolescentes por causas sensíveis à AP, no período de 2013 a 2017.

A segunda etapa da Tipesc, a interpretação da realidade objetiva, ocorreu ao final da captação da coleta de dados, primários e secundários, que foram analisados à luz do referencial teórico para reconhecer processos relacionados à determinação social das internações por CSAP de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná.

A terceira etapa da Tipesc, construção de projeto de intervenção na realidade objetiva, foi contemplada ao disponibilizarmos os resultados da pesquisa para a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e para os gestores e profissionais de saúde dos municípios coparticipantes da pesquisa, a fim de contribuir para o enfrentamento e redução da frequência das ICSAP, a partir da discussão dos processos de determinação social que se relacionam às ICSAP neste segmento populacional. Para isso, se elaborou uma proposta sistematizada de Oficina de Trabalho Crítico Emancipatória (OTC) (LOURENÇO; FONSECA, 2020; FONSECA; AMARAL, 2012) para intervenção, na direção da transformação da RO, que visa contemplar futuramente as próximas etapas da Tipesc (Intervenção na realidade objetiva e reinterpretção da realidade objetiva). A proposta está apresentada de forma detalhada ao final dos resultados e discussão deste estudo. (APÊNDICE E).

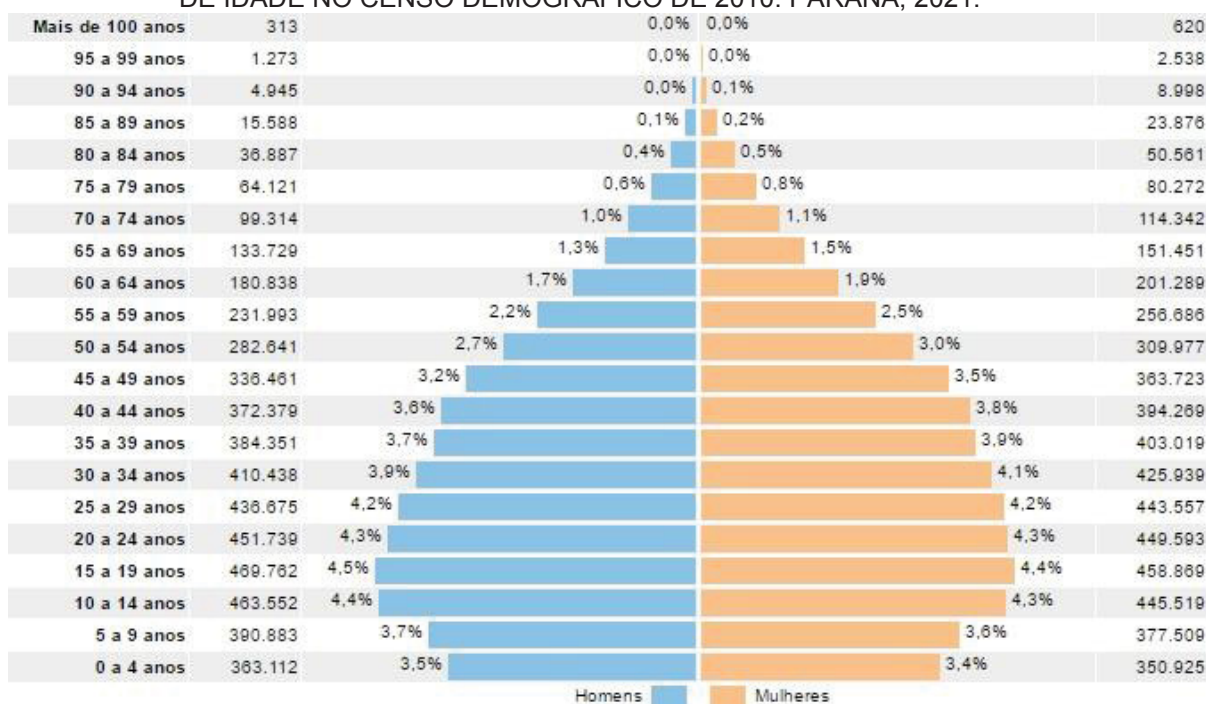
Por fim, destaca-se que a pesquisa baseada no método misto contribui para a produção de conhecimentos que mostram a conexão existente entre os dados quantitativos e qualitativos que, ora se complementam, por meio da integração e identificação de convergências, e que ora divergem, mas são dados que estão presentes e conformam o objeto estudado. (SANTOS et al., 2017). Neste estudo, a partir do rigor na utilização das etapas da Tipesc, o método misto trouxe como superação, e principal benefício, o olhar crítico para ser discutido com gestores, profissionais de saúde e representantes do movimento social organizado, os processos relacionados à determinação social da ICSAP em adolescentes, que foi possível compreender a partir da síntese da integração e confrontação dos dados quantitativos e qualitativos (quan-QUAL) nesta caminhada.

5.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O estado do Paraná, segundo o censo demográfico de 2010, contava com 10.444.526 milhões de habitantes, distribuídos em 399 municípios, com densidade demográfica de 52,40 hab/km². A população estimada para o Paraná, em dados divulgados em agosto 2017, era de 11.320.892 habitantes. (PARANÁ. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, 2018b).

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 no GRÁFICO 1. A partir dessa 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 a população feminina. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). O levantamento do censo demográfico de 2010 identificou que a população de adolescentes no estado, com idade entre 10 a 19 anos, era de 1.837.702 adolescentes, o que representa 17,59% da população total do estado do Paraná. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018b; PARANÁ. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, 2018b).

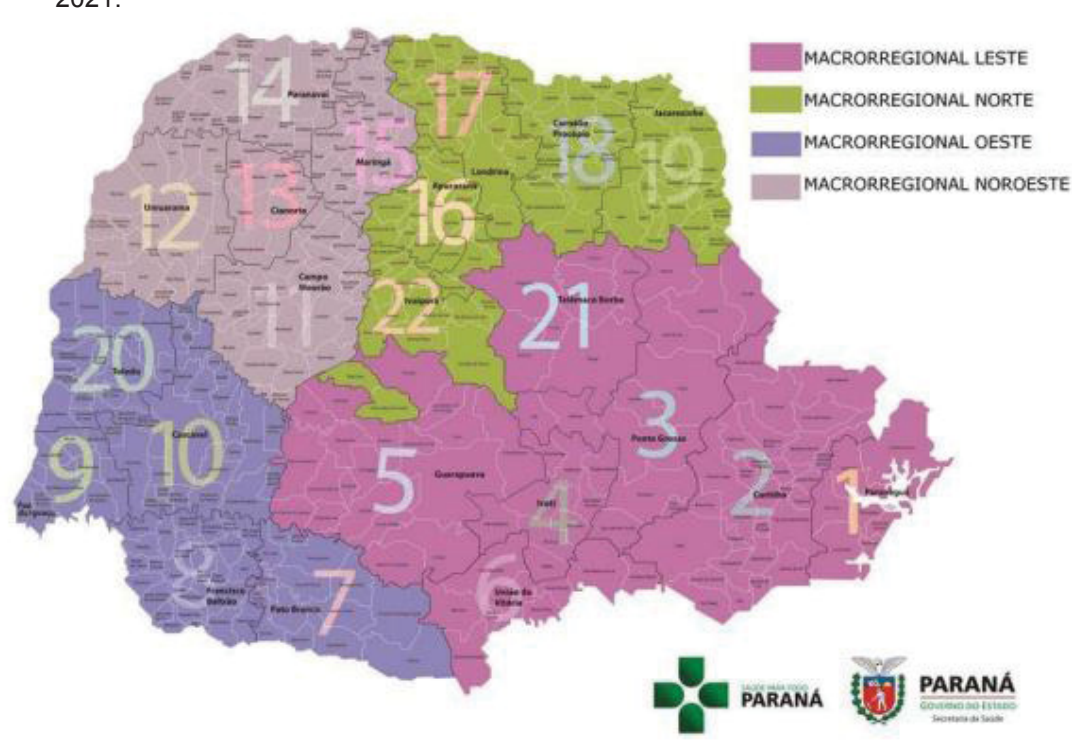
GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO NO PARANÁ, POR SEXO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE NO CENSO DEMOGRÁFICO DE 2010. PARANÁ, 2021.



FONTE: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2010).

O processo de regionalização do estado do Paraná abrange 22 (vinte e duas) regionais de saúde (RS), agrupadas em quatro macrorregionais de saúde: leste, norte, oeste e noroeste, conforme evidenciado no MAPA 1, que demonstra as macrorregionais com suas respectivas regionais de saúde. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016; PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2015).

MAPA 1 - DIVISÃO DO ESTADO DO PARANÁ POR MACRORREGIONAIS DE SAÚDE. PARANÁ, 2021.



FONTE: PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (2020).

Assim como as macrorregionais do Paraná, as 22 regionais de Saúde do Estado do Paraná, evidenciadas no MAPA 2, também foram estabelecidas, respeitando-se, 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. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2015).

MAPA 2 - DIVISÃO DO ESTADO DO PARANÁ POR REGIONAIS DE SAÚDE. PARANÁ, 2021.

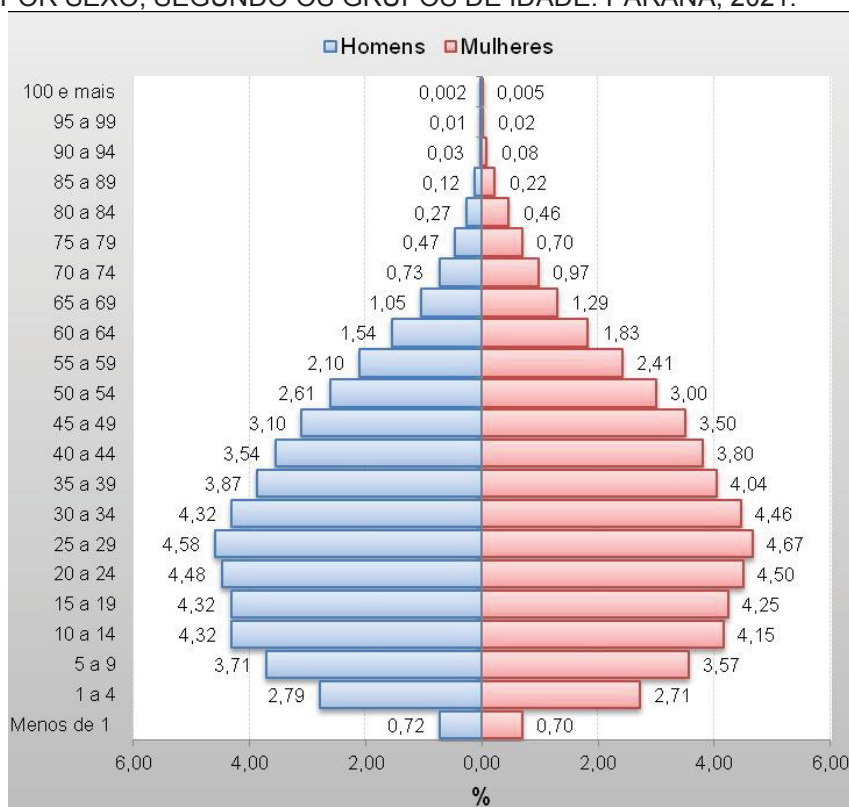


FONTE: PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (2020).

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. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2015). Conforme o censo demográfico do IBGE de 2010, 2.956.272 habitantes (91,7%) da 2ª Regional de Saúde do Paraná estão em zona urbana e 267.564 (8,3%) vivem em zona rural. Com 16.581,18 km² é considerada uma das maiores regiões metropolitanas brasileiras, e faz fronteira com os estados de São Paulo e Santa Catarina. (PARANÁ. Instituto paranaense de desenvolvimento econômico e social, 2017).

A representação gráfica, em percentual, da pirâmide etária da população residente na 2ª Regional de Saúde do Paraná, Região Metropolitana de Curitiba (RMC), conforme GRÁFICO 2, no ano de 2010, indica que o total de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos corresponde a 17,04% da população total desta Regional. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, POR SEXO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE. PARANÁ, 2021.



FONTE: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2010).

A TABELA 1, a seguir, 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 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

TABELA 1 - POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES MORADORA DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE METROPOLITANA DE CURITIBA, SEGUNDO DADOS DO CENSO IBGE DE 2010, DE ACORDO COM SEXO E FAIXAS ETÁRIAS DE 10 A 14 ANOS E DE 15 A 19 ANOS. PARANÁ, 2021.

SEXO	10-14	15-19	TOTAL	%
Feminino	133.873	136.919	270.792	49,32
Masculino	139.161	139.183	278.344	50,68
TOTAL	273.034	276.102	549.136	100

FONTE: Adaptado de INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2010).

Inicialmente, a partir de 1973, a Região Metropolitana de Curitiba (RMC) era composta por 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. No entanto, os contornos da RMC foram sendo expandidos ao longo dos anos, sendo a

última configuração em 2011, através da Lei Complementar Estadual nº 139/11, incluiu os municípios de Campo do Tenente, Piên e Rio Negro na RMC. Sendo assim, atualmente, conforme evidenciado na MAPA 3, os limites geográficos da 2ª RS Metropolitana coincidem com o conjunto dos 29 municípios que fazem parte da 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. (PARANÁ. Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba, 2017).

A média da densidade demográfica da 2ª RS é de 348,64 hab./km², sendo importante apontar a capital do estado, Curitiba, com densidade de 4027,04 hab./km², seguida pelas cidades de Pinhais (1922,42 hab./km²), Colombo (1076,72 hab./km²), Fazenda Rio Grande (700,00 hab./km²), Almirante Tamandaré (529,95 hab./km²), Piraquara (410,52 hab./km²) e São José dos Pinhais (279,16 hab./km²).

MAPA 3 – DISTRIBUIÇÃO POR MUNICÍPIOS DA segunda REGIONAL DE SAÚDE DE CURITIBA. PARANÁ, 2021.



FONTE: PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (2020).

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, conforme evidenciado na TABELA 2. A capital do estado, Curitiba, município sede da 2ª RS, corresponde a 54,34% da população total desta Regional. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018b; PARANÁ. Instituto paranaense de desenvolvimento econômico e social, 2017).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), o Índice de Gini e o Produto Interno Bruto Per Capita (PIB) de cada um dos 29 municípios que compõem a 2ª RS, estão elencados na TABELA 2, com a intenção de verificar possíveis desigualdades sociais e/ou de renda.

TABELA 2 – POPULAÇÃO CENSITÁRIA, RELAÇÃO COM A POPULAÇÃO TOTAL DA REGIONAL, ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E DESIGUALDADE DE RENDA E MONETÁRIO POR MUNICÍPIO DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ. PARANÁ, 2021.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO CENSITÁRIA (2010)	RELAÇÃO ENTRE A POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO COM A POPULAÇÃO TOTAL DA REGIONAL (%)	IDH-M	ÍNDICE GINI	PIB
Adrianópolis	6.376	0,20	0,667	0,5393	18.107
Agudos do Sul	8.270	0,26	0,660	0,4797	15.477
Almirante Tamandaré	103.204	3,20	0,699	0,4402	11.3375
Araucária	119.123	3,70	0,740	0,4637	65.153
Balsa Nova	11.300	0,35	0,696	0,5067	53.504
Bocaiúva do Sul	10.987	0,34	0,640	0,4599	14.874
Campina Grande do Sul	38.769	1,20	0,718	0,4434	25.038
Campo do Tenente	7.125	0,22	0,686	0,5016	20.614
Campo Largo	112.377	3,49	0,745	0,4535	30.688
Campo Magro	24.843	0,77	0,701	0,3984	10.653
Cerro Azul	16.938	0,53	0,573	0,4882	12.176
Colombo	212.967	6,61	0,733	0,4196	18.963
Contenda	15.891	0,49	0,681	0,4787	14.307
Curitiba	1.751.907	54,34	0,823	0,5652	42.315
Doutor Ulysses	5.727	0,18	0,546	0,5019	10.560
Fazenda Rio Grande	81.675	2,53	0,720	0,4922	18.641
Itaperuçu	23.887	0,74	0,637	0,4062	16.803
Lapa	44.932	1,39	0,706	0,4947	27.728
Mandirituba	22.220	0,69	0,655	0,4767	23.361
Piên	11.236	0,35	0,694	0,4322	52.660
Pinhais	117.008	3,63	0,751	0,5082	40.994
Piraquara	93.207	2,89	0,700	0,4307	10.679
Quatro Barras	19.851	0,62	0,742	0,4915	56.853
Quitandinha	17.089	0,53	0,680	0,4853	14.631
Rio Branco do Sul	30.650	0,95	0,679	0,4759	38.186
Rio Negro	31.274	0,97	0,760	0,4826	29.169
São José dos Pinhais	264.210	8,20	0,758	0,4599	79.268
Tijucas do Sul	14.537	0,45	0,636	0,4833	23.608
Tunas do Paraná	6.256	0,19	0,611	0,5283	15.112
TOTAL	3.223.836	100,00	-	0,5629	38.872

FONTE: Adaptado de PARANÁ. Instituto paranaense de desenvolvimento econômico e social (2018a); ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL (2013); BRASIL. Ministério da Saúde (2018d).

A 2ª Regional de Saúde inclui os municípios do Paraná com IDH maior (Curitiba) e o menor (Doutor Ulysses) do Paraná, IDH 0,823 e 0,526, respectivamente, conforme observado na TABELA 2. O IDH, índice de 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. (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2010).

Apesar de 29 municípios integrarem a região metropolitana, registram-se grandes heterogeneidades entre eles 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 2ª RS do Paraná, 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 Dr. Ulysses a 170 km, Adrianópolis a 133 km de distância, e Tunas do Paraná, a 87 km de distância da sede da Regional, Curitiba. (PARANÁ. Instituto paranaense de desenvolvimento econômico e social, 2017).

O valor apontado para o Índice de GINI na RMC é de 0,5629. (PARANÁ. Instituto paranaense de desenvolvimento econômico e social, 2018b). Este é usado para mensurar o grau de desigualdade na concentração de renda, apontando a diferença entre os rendimentos dos indivíduos mais pobres e dos mais ricos. Sua variação é de zero a um, sendo que o valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um está no extremo oposto, ou seja, uma

só pessoa detém toda a riqueza. (WOLFFENBÜTTEL, 2004). Verifica-se na TABELA 2 que a maior desigualdade, segundo o índice de Gini, está na cidade de Curitiba (0,5652) e o município com menor desigualdade é o de Campo Magro (0,3984).

Com referência ao PIB, o município que apresenta o maior índice é São José dos Pinhais (79.268), em contrapartida, os municípios de Doutor Ulysses (10.560), Campo Magro (10.653), Piraquara (10.679), Almirante Tamandaré (11.375) e Bocaiúva do Sul (14.874) têm as menores somas de riquezas produzidas da RMC. O PIB representa a soma de todas as riquezas produzidas em um determinado território e tempo. Para chegar a esse número, o IBGE calcula a quantidade de veículos, alimentos, venda de serviços, estoques e tudo o que é produzido. O instituto calcula o valor desses bens e serviços depois de deduzidos os custos dos insumos. (BRASIL, 2016).

Com referência à renda familiar, tomando como base o salário mínimo, que no ano de 2018 era de R\$ 954,00 (BRASIL, 2017b), conforme dados da TABELA 3, apenas a cidade sede da regional e capital do Estado tinha média igual a quatro salários. Os municípios com as menores rendas eram Agudos do Sul e Campo do Tenente, ambos com média de 1,9 salários mínimos (TABELA 3).

TABELA 3 – RENDA MÉDIA E INFRAESTRUTURA DOS MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, DESTAQUE PARA ÁGUA CANALIZADA, TRATAMENTO DE ESGOTO E COLETA DE LIXO. PARANÁ, 2021.

MUNICÍPIO	RENDA*	NÚMERO DOMICÍLIOS	ÁGUA CANALIZADA (%)	TRATAMENTO ESGOTO (%)	COLETA LIXO (%)
Adrianópolis	2,7	1.974	96,4	0,0	63,8
Agudos do Sul	1,9	2.574	99,1	23,0	62,2
Almirante Tamandaré	2,3	30.405	99,3	47,3	98,5
Araucária	3,7	35.508	99,2	79,1	98,6
Balsa Nova	2,7	3.525	97,4	25,2	92,6
Bocaiúva do Sul	2,1	3.248	98,2	48,9	76,9
Campina Grande do Sul	2,4	11.596	97,5	101,9	95,4
Campo do Tenente	1,9	2.046	98,0	0,0	82,7
Campo Largo	2,6	34.163	98,9	64,4	93,2
Campo Magro	2,4	7.406	98,2	37,2	94,6
Cerro Azul	2,0	5.175	94,1	1,0	46,8
Colombo	2,5	63.630	99,6	73,5	99,5
Contenda	2,5	4.686	96,2	57,2	74,6
Curitiba	4,0	576.190	99,9	127,0	99,9
Doutor Ulysses	2,0	1.686	96,9	0,0	27,1
Fazenda Rio Grande	2,6	23.696	99,6	98,7	99,2
Itaperuçu	2,0	6.874	98,8	17,2	84,6
Lapa	2,2	14.093	96,7	68,9	74,2
Mandirituba	2,2	6.719	96,9	22,8	76,8
Piên	2,7	3.370	97,5	0,0	81,0
Pinhais	2,6	35.532	99,8	106,1	100,0
Piraquara	2,5	26.127	98,8	98,2	99,3
Quatro Barras	3,3	6.077	99,3	92,7	97,9
Quitandinha	2,2	5.235	98,7	10,3	71,4
Rio Branco do Sul	2,6	9.133	98,9	0,0	84,9
Rio Negro	2,4	9.754	97,5	54,9	88,4
São José dos Pinhais	3,4	80.728	99,4	84,4	98,3
Tijucas do Sul	2,1	4.486	97,3	0,0	84,3
Tunas do Paraná	2,0	1.793	98,1	0,0	91,1

FONTE: A autora (2021), com base em INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2018b); PARANÁ. Instituto paranaense de desenvolvimento econômico e social (2018a).

*Salário médio mensal em 2018 dos trabalhadores formais.

Com relação às questões de infraestrutura dos municípios que compõem a 2ª RS, se pode observar na TABELA 3 que a maioria dos domicílios tem água canalizada, porém destaca-se Cerro Azul com o menor número de domicílios atendidos, com 94,1% lares, enquanto Curitiba e Pinhais têm 99,9% e 99,8%, respectivamente.

Nesta tabela, também se pode verificar que, em relação ao tratamento de esgoto, os municípios com cobertura acima de 100% são Campina Grande do Sul, Curitiba e Pinhais. Em nove municípios, o total de domicílios atendidos é menor que 50%, são eles: Agudos do Sul, Almirante Tamandaré, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campo Magro, Cerro Azul, Itaperuçu, Mandirituba, Quitandinha. Destaca-se que em sete localidades da 2ª RS do Paraná não há tratamento de esgoto, com quatro cidades no Vale da Ribeira (Adrianópolis, Doutor Ulysses, Rio Branco do Sul, Tunas do Paraná) e as demais no Núcleo Urbano Central (Campo do Tenente, Piên, Tijucas do Sul).

No que diz respeito à coleta de lixo, o município com o menor percentual de domicílios atendidos é o de Doutor Ulysses, com 27,1%. Evidencia-se que oito localidades têm mais de 95% de casas atendidas, são elas: Almirante Tamandaré, Araucária, Campina Grande do Sul, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Piraquara e Quatro Barras. Somente a cidade de Pinhais tem 100% das residências atendidas com tratamento de esgoto (TABELA 3).

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 seis 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, que estabelecem relações intensas com o polo e com os demais municípios do Núcleo Urbano Central. 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), que 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. (PARANÁ. Secretaria do Desenvolvimento Urbano, 2006).

O “Plano de Desenvolvimento Integrado da Região Metropolitana de Curitiba – PDI/RMC”, 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. (PARANÁ. Secretaria do Desenvolvimento Urbano, 2006).

No que tange aos serviços de saúde, a 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná dispõe de uma rede hospitalar composta por 66 hospitais gerais e 23 hospitais especializados. Até maio de 2018, eram da competência da 2ª RS do PR, 362 Unidades Básicas de Saúde (UBS). (BRASIL. Ministério da Saúde, 2018b). Os demais dados relacionados à caracterização dos serviços de saúde da 2ª Regional de Saúde do Paraná, serão apresentados com maior profundidade no capítulo de resultados deste estudo.

Destaca-se uma caracterização dos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná com maior número de Internações de adolescentes por Condições Sensíveis a Atenção Primária, sendo Curitiba, Colombo e São José dos Pinhais os municípios que mais internaram por essas causas no período da pesquisa.

O município de Curitiba possui área territorial de 434,863 km². São José dos Pinhais possui área territorial de 945,998 km², com distância de 18,60 km da Capital do Estado do Paraná. A área territorial do município de Colombo é de 197,377 km², com distância de 17,30 km de Curitiba. (IPARDES, 2021a).

As figuras a seguir, 2, 3 e 4 demonstram os limites geográficos de cada município com aqueles que fazem divisa territorial na 2ª Regional de Saúde do Paraná.

FIGURA 2 – CURITIBA E OS LIMITES TERRITORIAIS DO MUNICÍPIO. PARANÁ, 2021.



FONTE: IPARDES

NOTA: Base Cartográfica ITCG (2010).

O município de Curitiba, possuía população censitária em 2010 de 1.751.907 habitantes, sendo 1.751.907 da população domiciliado em área urbana e zero em área rural. (IPARDES, 2021a).

FIGURA 3 - SÃO JOSÉ DOS PINHAIS E OS LIMITES TERRITORIAIS DO MUNICÍPIO. PARANÁ, 2021.



FONTE: IPARDES

NOTA: Base Cartográfica ITCG (2010).

O município de São José dos Pinhais, possuía população censitária em 2010 de 264.210 habitantes, sendo 236.895 residentes em área urbana e 27.315 em área rural. (IPARDES, 2021b).

FIGURA 4 - COLOMBO E OS LIMITES TERRITORIAIS DO MUNICÍPIO. PARANÁ, 2021.



FONTE: IPARDES

NOTA: Base Cartográfica ITCG (2010).

O município de Colombo, possuía população censitária em 2010 de 212.967 habitantes, sendo 203.203 residentes em área urbana e 9.764 em área rural. (IPARDES, 2021c).

Com relação a população de adolescentes nos três municípios que mais internaram por CSAP, os dados da TABELA 4 demonstram que Curitiba possui o maior número de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, com 269.505 adolescentes, que corresponde a 75,24% do número total somando adolescentes nos três municípios.

TABELA 4 – POPULAÇÃO CENSITÁRIA DE ADOLESCENTES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO, NOS MUNICÍPIOS DE CURITIBA, COLOMBO E SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. PARANÁ, 2021.

POPULAÇÃO CENSITÁRIA DOS ADOLESCENTES	10-14 ANOS		15-19 ANOS		TOTAL	
	MENINOS	MENINOS	MENINAS	MENINAS	N	%
COLOMBO	10.715	10.023	10.025	10.295	41.058	11,46
CURITIBA	66.150	70.051	69.461	63.843	269.505	75,24
SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	12.340	11.664	11.636	11.945	47.585	13,28
TOTAL	89.205	91.738	91.122	86.083	358.148	100

FONTE: A autora (2021), com base em PARANÁ. Instituto paranaense de desenvolvimento econômico e social (2021a; 2021b; 2021c).

Percebe-se que há mais meninos na faixa etária de 15 a 19 anos se comparado ao subgrupo de 10 a 14 anos, com total de 91.738 adolescentes. Isso também acontece no sexo feminino, visto que as meninas também representam maior quantitativo do que para o grupo de 10 a 14 anos, com total de 91.122 adolescentes.

Conforme composição familiar, segundo a TABELA 5, destaca-se que o número de famílias por município evidencia a composição com até 2 pessoas em Curitiba com 183.625 famílias, e em Colombo e São José dos Pinhais o maior número de famílias com 3 pessoas, sendo 19.783 e 25.499 famílias, respectivamente.

TABELA 5 – COMPOSIÇÃO DAS FAMÍLIAS SEGUNDO OS MUNICÍPIOS DE CURITIBA, COLOMBO E SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. PARANÁ, 2021.

COMPOSIÇÃO DAS FAMÍLIAS	CURITIBA (N)	COLOMBO (N)	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (N)
Com até 2 pessoas	183.625	18.310	23.568
Com 3 pessoas	170.824	19.783	25.499
Com 4 pessoas	117.898	14.872	18.642
Com 5 pessoas	40.136	6.405	7.119
Com 6 pessoas ou mais	14.752	2.907	3.197
TOTAL	527.233	62.277	78.026

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - Dados da amostra

NOTA: Posição dos dados, no site da fonte, 20 de agosto de 2014.

Com relação a algumas características econômicas, os dados da TABELA 6 relacionam-se a população economicamente ativa (PEA) e as atividades econômicas. Nos três municípios, a PEA encontra-se em maior número na faixa etária de 30 a 39 anos, com total de 254.622 pessoas em Curitiba, 30.549 em Colombo e 40.145 pessoas em São José dos Pinhais.

Nos municípios de Curitiba e Colombo, o maior número da população ocupada está em atividades econômicas do comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas, sendo um total de 177.513 e 20.980 pessoas, respectivamente. No município de São José dos Pinhais o maior número de pessoas desenvolve atividades em Indústrias de transformação, sendo 26.327 pessoas, conforme TABELA 6.

TABELA 6 – POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA (PEA) E ATIVIDADES ECONÔMICAS NOS MUNICÍPIOS DE CURITIBA, COLOMBO E SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, PARANÁ, 2021.

POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA (PEA)	CURITIBA (N)	COLOMBO (N)	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (N)
De 10 a 14	7.313	968	1.454
De 15 a 17	26.833	5.277	5.747
De 18 a 24	159.955	21.938	26.393
De 25 a 29	143.644	16.390	21.749
De 30 a 39	254.622	30.549	40.145
De 40 a 49	210.716	23.027	29.445
De 50 a 59	134.478	13.038	15.723
De 60 ou mais	57.982	4.510	5.955
TOTAL	995.543	115.698	146.612
ATIVIDADES ECONÔMICAS*	CURITIBA (N)	COLOMBO (N)	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (N)
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	7.608	2.785	5.649
Indústrias extrativas	3.322	493	441
Indústrias de transformação	122.150	14.496	26.327
Eletricidade e gás	4.768	309	291
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	7.170	986	1.154
Construção	55.137	12.445	10.882
Comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas	177.513	20.980	23.383
Transporte, armazenagem e correio	44.297	6.970	11.525
Alojamento e alimentação	34.875	5.120	6.395
Informação e comunicação	29.461	1.751	1.525
Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	29.953	1.007	2.104
Atividades imobiliárias	8.239	475	845
Atividades profissionais, científicas e técnicas	54.891	2.628	3.946
Atividades administrativas e serviços complementares	44.899	6.650	5.895
Administração pública, defesa e seguridade social	46.611	3.384	4.423
Educação	62.565	4.295	6.067
Saúde humana e serviços sociais	48.945	3.845	3.529
Artes, cultura, esporte e recreação	11.682	1.274	862
Outras atividades de serviços	30.650	3.714	3.748
Serviços domésticos	43.108	9.602	6.919
Organismos internacionais e outras instituições extraterritoriais	96	0	0
Atividades mal especificadas	79.255	6.450	13.583
TOTAL	947.195	109.660	139.494

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - Dados da amostra.

*A classificação da atividade econômica é pela Classificação Nacional de Atividade Econômica Domiciliar (CNAE Domiciliar 2.0).

Relacionado ao indicador epidemiológico de óbito segundo tipo de doença conforme o CID 10, segundo a TABELA 7 para o ano de 2019, as duas principais causas de óbito nos três municípios foram por doenças do aparelho circulatório e neoplasias (tumores). Em Curitiba, foram 2.834 pessoas por doenças do aparelho circulatório e 2.618 por neoplasias. Em Colombo, 342 para o primeiro grupo e 251 para o segundo grupo. No município de São José dos Pinhais foram 425 óbitos devido doenças do aparelho circulatório e 340 em decorrência de neoplasias.

TABELA 7 – NÚMERO DE ÓBITOS SEGUNDO TIPOS DE DOENÇAS NOS MUNICÍPIOS DE CURITIBA, COLOMBO E SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. PARANÁ, 2021.

ÓBITO POR TIPO DE DOENÇA*	CURITIBA (N)	COLOMBO (N)	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (N)
Infecciosas e parasitárias	400	62	64
Neoplasias (Tumores)	2.618	251	340
Do sangue, órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	30	10	6
Endócrinas, nutricionais e metabólicas	649	71	103
Transtornos mentais e comportamentais	100	13	34
Do sistema nervoso	817	47	76
Do olho e anexos	-	-	-
Do ouvido e da apófise mastoide	-	-	-
Do aparelho circulatório	2.834	342	425
Do aparelho respiratório	981	170	172
Do aparelho digestivo	625	70	81
Da pele e do tecido celular subcutâneo	38	2	5
Do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	59	3	7
Do aparelho geniturinário	333	37	42
Gravidez, parto e puerpério	4	1	-
Algumas afecções originadas no período perinatal	77	24	26
Mal formação congênita, deformidades, anomalias cromossômicas	63	11	13
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	172	34	30
Causas externas de morbidade e mortalidade	1.143	168	179
TOTAL	10.943	1.316	1.603

FONTE: MS/Datasus, SESA

NOTA: Não incluído os casos de local ignorado. Dados sujeitos a revisão pela fonte. Posição no site (MS/Datasus) em 06 de abril de 2021.

*Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão Internacional de Doenças (CID10).

A TABELA 8, apresenta os estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimento em cada município, destacando que Curitiba possui o maior número de estabelecimentos de saúde, com total de 6.432. A academia da saúde não está presente em nenhum dos três municípios. Além disso, o município de Colombo não possui Posto de saúde, Unidades de Pronto Atendimento e Unidade de vigilância em saúde. Em São José dos Pinhais também não foi identificada Unidade de vigilância em saúde.

TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR MUNICÍPIO E POR TIPO. PARANÁ, 2021.

TIPO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	CURITIBA (N)	COLOMBO (N)	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (N)
Academia da Saúde	-	-	-
Centro de atenção psicossocial (CAPS)	14	2	3
Centro de saúde / Unidade básica de saúde	111	26	28
Clínica especializada / Ambulatório especializado	521	11	5
Consultórios	4.529	34	310
Hospital geral	40	1	2
Policlínica	509	13	80
Posto de saúde	1	-	1
Unidades de pronto atendimento (UPAs)	10	-	1
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	494	15	38
Unidade de vigilância em saúde	2	-	-
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - urgência / emergência	29	2	6
Outros tipos	172	10	10
TOTAL	6.432	114	484

FONTE: MS/CNES

NOTA: Posição em dezembro de 2020. Situação da base de dados nacional com defasagem de 45 dias. Posição dos dados, no site do Datasus, 15 de fevereiro de 2021.

Os equipamentos culturais são espaços físicos, edificações destinadas às práticas, a criação e a disseminação cultural de uma localidade. Conforme TABELA 9, o município de Curitiba conta com 139 equipamentos, sendo que museu teve maior número de registro, com 38 estabelecimentos. Em Colombo, há 15 equipamentos culturais, e também, registrou museus maior número, no caso, há 5 museus neste município. São José dos Pinhais conta com 14 equipamentos, sendo 4 bibliotecas como o equipamento cultural com maior frequência no município.

TABELA 9 – EQUIPAMENTOS CULTURAIS SEGUNDO OS MUNICÍPIOS DE CURITIBA, COLOMBO E SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. PARANÁ, 2021.

EQUIPAMENTOS CULTURAIS	CURITIBA (N)	COLOMBO (N)	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (N)
Anfiteatro	2	-	-
Arquivo	-	-	-
Ateliê / Estúdio	1	-	-
Auditório	21	1	-
Biblioteca	24	2	4
Centro comunitário / Associações	-	3	-
Centro cultural / Casa de cultura	14	1	1
Centro de documentação e pesquisa	2	-	-
Cine teatro	-	-	-
Cinema	3	-	-
Circo	1	-	-
Concha acústica	-	-	-
Coreto	1	-	-
Galeria de arte	2	-	1
Livraria	1	-	-
Museu	38	5	3
Sala de exposição	6	1	-
Salão para convenção	-	-	-
Teatro	18	-	2
Videolocadora	-	-	-
Outros espaços*	5	2	3
TOTAL	139	15	14

FONTE: SEEC NOTA: Os dados de equipamentos culturais são cadastrados no Sistema de Informação da Cultura pelas Secretarias Municipais ou órgãos a eles vinculados e estão sujeitos à revisão pela fonte. Posição dos dados, no site da fonte, agosto de 2020.

*Incluído centro da juventude; centro de artes e esportes unificados (CEUs); escola de arte; escola de dança; escola de música - conservatório de músicas; espaço para eventos; palco ao ar livre e/ou palco de rua.

5.4 FASE 1 – QUANTITATIVA

5.4.1 Amostra

A fase 1 (quantitativa) deste estudo contemplou as ICSAP nos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná, com detalhamento de variáveis por município (todos de abrangência da referida Regional de Saúde), por faixa etária (10 a 19 anos), sexo (masculino e feminino) e grupos de causa (conforme a lista brasileira de ICSAP), para posteriormente enfatizar os três municípios com maior número de ICSAP de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná no período de 2013 a 2017.

A delimitação do estudo para este segmento populacional está relacionada à experiência de estudos desenvolvidos anteriormente por membros do grupo de pesquisa NESC/UFPR nos últimos anos. A seleção dos três municípios relacionou-se à necessidade de captação e interpretação de dados que caracterizassem o modo de viver nesses territórios, assim como a viabilidade da pesquisa com seu rigor

metodológico. Outro ponto relevante para esse recorte do fenômeno foi a necessidade de tramitação do processo junto aos Comitês de Ética para a autorização de coparticipação de cada município, visto que a 2ª Regional de Saúde do Paraná é composta por 29 municípios, o que comprometeria o cronograma e a qualidade da pesquisa, e consequentemente, a elaboração da síntese na sua finalização.

5.4.2 Coleta de dados

A fase quantitativa, que ocorreu no período de janeiro a julho de 2018, compreendeu a coleta dos dados secundários das hospitalizações obtidos a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), originados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que disponibiliza informações de domínio público, referentes a todas as internações em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS realizadas no Brasil. Essas 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 e 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. Ministério da Saúde, 2011).

Nessa fase, os dados coletados foram referentes às hospitalizações de adolescentes de 10 a 19 anos ocorridas na 2ª Regional de Saúde do Paraná no período de primeiro de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2017, com ênfase às Internações Sensíveis à Atenção Primária, com identificação segundo os municípios da 2ª Regional de Saúde, os grupos de causas de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária, o sexo e a faixa etária dos adolescentes.

5.4.3 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, com resultados demonstrados por tabelas e figuras elaboradas em planilha eletrônica do *Microsoft Excel*.

Como estratégia para a 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”. Contudo, para viabilizar metodologicamente nossa pesquisa, foi necessário adotar o período cronológico da adolescência de 10 a 19 anos, conforme a World Health Organization (2019) a delimita. Nesse sentido, o cronológico se insere na pesquisa como limitador do processo, já que alguns jovens de 19 anos já se tornaram adultos e sujeitos de 10 anos ainda se sentem crianças. Ao mesmo tempo, essa classificação nos permitiu uma maior abrangência, já que a amplitude de idade é relativamente grande.
- Sexo: masculino e feminino, descartando os ignorados, devido comprometimento para mesclar e analisar mais de uma variável.
- Grupo de causas da internação (QUADRO 1): 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 CID10. 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) (APÊNDICE A). (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008a). 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.

- Município de internamento: selecionando todos os municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná, como local de internamento para permitir confrontar esses com a realidade de oferta de leitos hospitalares na região.
- Município residência: selecionando todos os municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná, como local de residência do adolescente que foi internado por CSAP, para posteriormente confrontar os dados com a realidade de cobertura da população pela APS nos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná.

O perfil das ICSAP de adolescentes foi analisado segundo número absoluto e frequência por ano (2013-2014-2015-2016-2017), o que objetivou demonstrar as possíveis diferenças das hospitalizações ao longo do período estudado.

A análise das ICSAP de adolescentes foi realizada pela frequência total das hospitalizações sensíveis em cada ano, e/ou por municípios, e/ou por sexo e/ou por faixa etária em relação ao total de ICSAP de adolescentes no período (2013-2017). Para tal análise, foi utilizado o seguinte cálculo:

$$\text{Frequência} = \frac{\text{Total de hospitalizações segundo variável}}{\text{Total de hospitalizações sensíveis}} \times 100$$

5.5 FASE 2 – QUALITATIVA

5.5.1 Participantes

Com base nos objetivos específicos da pesquisa e considerando que cada território possui um contexto, que auxilia na compreensão organizacional de atenção à saúde, esta fase da pesquisa pressupõe primeiramente a abordagem da descrição

da rede de serviços de saúde da 2ª Regional de Saúde do Paraná, coletados inicialmente para a aproximação e delimitação do objeto. Nessa mesma perspectiva, acrescentou-se a descrição dos Planos Estaduais de Saúde do Paraná com relação ao planejamento de ações para os adolescentes.

Além disso, para compreender a determinação social das ocorrências das ICSAP de adolescentes nos três municípios com maior número dessas internações, optou-se por agregar à fase qualitativa, a apreensão do ponto de vista de gestores locais de saúde e profissionais de nível superior que atuam na APS. Para essa fase, delimitaram-se tais participantes, visto o envolvimento desses em discussões acerca das políticas do setor saúde e outras políticas vigentes, as ações e organização da rede local.

Como **critério de inclusão**, considerou-se que o participante fosse gestor local, podendo ser o secretário municipal de saúde, coordenador de atenção primária ou gestores que estivessem em cargos similares, com liderança na organização do serviço da rede local. No caso dos profissionais de nível superior, poderiam participar da pesquisa médicos, enfermeiros ou outro profissional atuante em unidades de saúde que tivessem maiores índices de população de adolescentes no território de abrangência da equipe indicada. Foram convidados aqueles gestores e profissionais de nível superior que trabalhavam há pelo menos um ano na função, por acreditarmos que estes percebem os valores, atitudes e competências individuais e coletivas do município no enfrentamento às questões de saúde de seus residentes e da população do território. Adotou-se como **critério de exclusão** do participante se este estivesse em férias, licenças e o insucesso de agendamento para a entrevista após cinco tentativas.

Após o contato prévio e a participação dos gestores de cada município, estes indicaram três unidades de Atenção Primária à Saúde em seus respectivos municípios, para que fosse feito contato com os coordenadores da unidade e, posteriormente, com os profissionais de nível superior para convidá-los a participar da pesquisa. A indicação das Unidades de Saúde foi espontânea, e ocorreu após o seu aceite para a entrevista como participante do estudo. No momento da solicitação de indicação foi pedido que os serviços indicados fossem, segundo o seu entendimento, unidades locais com ESF que atendessem o segmento populacional de adolescentes. Além disso, considerou-se a similaridade de amostra entre os municípios, para evitar viés nos achados para algum dos municípios.

Destaca-se que a abordagem qualitativa não se detém na representatividade numérica ou no quantitativo de depoimentos, e sim se baseia na rede de significados, a partir da sua interlocução. Nessa perspectiva, priorizam-se o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de significação. Assim, o número ideal de participantes em estudos qualitativos é aquele que reflete a realidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo. (MINAYO, 2017).

A partir desse entendimento e dos critérios de inclusão adotados, optou-se por entrevistar 06 gestores de saúde (02 em cada município) e no mínimo 03 profissionais de nível superior em cada uma das três unidades de saúde indicadas pelos gestores. Após a realização de 35 entrevistas, visto que se tinha atingido o mínimo de participantes estimado, adotou-se o critério de saturação dos dados para determinar o encerramento da coleta da etapa qualitativa. Entende-se por critério de saturação o conhecimento formado pelo pesquisador para a compreensão da lógica interna do grupo ou coletividade no campo da pesquisa. Porém, provisoriamente o investigador precisa prever um montante de entrevistas ou de outras técnicas de abordagem e essa ideia de provisoriedade deve acompanhá-lo durante todo o processo, à medida que consiga o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias para seu trabalho. (MINAYO, 2017).

5.5.2 Coleta de dados

Para a aproximação e delimitação do objeto, inicialmente, as informações referentes aos serviços de saúde e o 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 no endereço eletrônico (dab.saude.gov.br/portaldab/) (APÊNCIDE B).

A Portaria de Consolidação nº 01/GM/MS/2017, sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, detalha conceitos importantes atrelados ao CNES. Os *Leitos existentes* são os leitos habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles, eventualmente, não possam ser utilizados por alguma razão, no espaço de tempo de até 01 competência (equivalente aos leitos Ativos citados na Portaria nº 312/2002/SAS/MS).

Essa quantidade é sempre informada pelo gestor. *Leitos SUS* são aqueles utilizados no âmbito do SUS, pelo qual conceitua-se por leitos de internação hospitalar ativos, disponíveis para internação do paciente do SUS. O quantitativo é informado pelo gestor, exceto no caso dos leitos complementares¹¹. *Leitos não SUS* é considerado o resultado direto da subtração dos *Leitos Existentes* e *Leitos SUS* realizado automaticamente pelo CNES. Portanto esse quantitativo nunca é informado pelo gestor municipal e estadual, mas sim pelo sistema próprio de informação do CNES. (BRASIL, 2017c).

As informações referentes aos planejamentos de ações para adolescentes foram extraídas dos Planos Estaduais de Saúde do Paraná (2012-2015 e 2016-2019), disponíveis *on-line* em Formato Portátil de Documento (*Portable Document Format - PDF*) no endereço eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (<http://www.saude.pr.gov.br/>).

Para esta etapa, devido a uma limitação do *software* de apoio utilizado para organização dos dados, o *software* webQDA®, por este só permitir importar para as Fontes Internas do servidor os materiais/ficheiros em formatos de texto txt, .rtf, .doc, .odt e .docx, com um tamanho máximo de 20Mb ou 500.000 caracteres (webQDA®, 2016), foi primeiramente necessário converter os arquivos de PDF para Word., para posterior criação de documentos compatíveis em tamanho para análise no *software* webQDA®. O tamanho do documento original do Plano Estadual de Saúde do Paraná 2012 a 2015 era de 7.509KB e do Plano Estadual de Saúde do Paraná 2016 a 2019 era de 10.210KB.

Para esse processo, foi utilizado um conversor *on-line* gratuito e com licença aberta, disponível em <https://smallpdf.com/pt/comprimir-pdf>. A partir disso, foram construídos os seguintes documentos: Plano Estadual de Saúde do Paraná 2012 a

¹¹ No caso dos leitos complementares, os significados dos conceitos alteram em decorrência da existência de processo de habilitação de leitos complementares pelo Ministério da Saúde (MS). *Leitos SUS* reflete à quantidade de leitos habilitados pelo Ministério da Saúde. *Leitos não SUS* atualmente, pode ter dois significados, sendo que o primeiro se trata de leito que não é utilizado no âmbito do SUS (isto deve ocorrer somente em hospitais privados). Há ainda um segundo conceito, que é considerado *Leitos não SUS* o leito utilizado no âmbito do SUS, mas que não foi habilitado pelo sistema de credenciamento de leitos do Ministério da Saúde, isto pode ocorrer tanto em hospitais públicos como em hospitais privados. (BRASIL, 2017c).

2015 – compactado (tamanho 1,44mb) e Plano Estadual de Saúde do Paraná 2016 a 2019 – compactado (tamanho 4,93mb).

As entrevistas aconteceram no período de setembro de 2019 a março de 2020. A apreensão dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com 06 gestores locais de saúde e 29 profissionais de nível superior de APS.

Para a realização da entrevista, foi utilizado um roteiro semiestruturado (APÊNDICE C), que foi submetido a um teste-piloto em junho de 2016, com a participação de uma enfermeira, que na ocasião da entrevista atuava em um serviço hospitalar, mas recentemente havia solicitado exoneração de cargo assistencial em uma unidade de saúde com ESF de um dos municípios selecionados para a presente pesquisa. Após aplicar o teste- piloto, o instrumento foi reformulado devido à percepção da necessidade de se explicitar o objetivo de cada pergunta. Além disso, se observou que não era necessária uma apresentação para o participante dos dados das características do seu município de atuação profissional, assim como, das descrições dos serviços de saúde hospitalares e de APS, itens estes que estavam inseridos no instrumento inicial de coleta de dados.

Dessa forma, após reformulação, o roteiro semiestruturado ficou composto inicialmente por questões que permitiram caracterizar o participante quanto às iniciais de identificação (preservando o anonimato), idade, sexo, formação, ocupação e tempo no cargo. Na sequência, foram coletados os dados sobre a percepção do participante com relação às ações de saúde do adolescente no seu município, com perguntas relacionadas às fragilidades e potencialidades no planejamento e execução dessas ações na APS, o conhecimento das ações previstas no respectivo Plano Municipal de cada entrevistado e o preparo da equipe para atenção à saúde do adolescente. Por fim, em uma breve abordagem, foram apresentados os resultados quantitativos deste estudo e contempladas as questões relacionadas à percepção do participante sobre as causas de ICSAP de adolescentes moradores daquele território, as dificuldades da APS para a resolutividade das demandas dos adolescentes e como o setor tem planejado intervenções no sentido de reverter as ICSAP nesse segmento populacional.

A partir de agendamento prévio por ligação telefônica e/ou *e-mail*, as entrevistas aconteceram nos locais de trabalho, conforme escolha e disponibilidade do participante, sendo que nessa ocasião, mediante autorização, foi realizada

gravação em áudio. Posteriormente, cada entrevista foi transcrita na íntegra para se proceder à análise dos dados.

A duração de tempo para cada entrevista variou entre 07 minutos e 58 segundos (07'58") a 53 minutos e 31 segundos (53'31"), com média de 21 minutos e 03 segundos (21'3") de duração. O tempo total de entrevistas transcritas foi de 12 horas e 27 minutos (12h27').

5.5.3 Análise dos dados

Para organizar e explorar o material empírico, ou seja, realizar o tratamento dos dados advindos dos Planos Estaduais de Saúde do Paraná e das entrevistas com os gestores locais de saúde e os profissionais da APS, os dados foram organizados com o apoio do *software* webQDA®, sendo este uma ferramenta de apoio à pesquisa qualitativa. O webQDA®, um *software* de uso *on-line*, é específico à investigação qualitativa, que possibilita tratar dados não numéricos e não estruturados, sejam estes advindos de entrevistas, documentos ou observações. Três partes compõem seu sistema, a saber: fonte, codificação e questionamento. A primeira parte do *software* disponibiliza uma área para inserir os dados da pesquisa, por isto denomina-se de fonte, a qual poderá ser um texto, imagem, vídeo ou áudio. A codificação, segunda parte do sistema, permite que o investigador possa gerar diversas dimensões, indicadores ou categorias. Na terceira área do webQDA®, há diversas ferramentas que auxiliarão o pesquisador a questionar dados, classificar relações e construir modelos, que é a parte denominada de questionamento. (SOUZA; COSTA; MOREIRA, 2011).

Posteriormente, os dados foram analisados com base na metodologia de análise de conteúdo de Bardin (2011), cuja operacionalização foi construída a partir das etapas de pré-análise, a qual corresponde a um período que permite a colocação de inferências sobre os dados qualitativos obtidos, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, num plano de análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Nesse processo, se evidenciarão os núcleos de sentido que compuserem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição forem significativas para se atingir os objetivos propostos e, a partir disso, contrapor as categorias empíricas com as categorias analíticas previamente

delimitadas, conforme o referencial teórico elaborado para este estudo. (URQUIZA; MARQUES, 2016).

Na sequência da análise dos dados, houve a integração da caracterização da 2ª RS do PR, os conteúdos dos Planos Estaduais de Saúde do Paraná, os achados quantitativos das ICSAP de adolescentes e as categorias temáticas que emergirem das falas dos participantes. Nessa análise final, se buscou evidenciar as convergências e as divergências entre os achados para explorar as contradições e, assim, elaborar uma análise crítica que busca ultrapassar o olhar contemplativo sobre o fenômeno analisado.

O QUADRO 2 apresenta uma síntese dos principais procedimentos metodológicos da pesquisa:

QUADRO 2 – SÍNTESE DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.

Desenho da pesquisa	Objetivo geral: Compreender a determinação social das ICSAP de adolescentes de 10 a 19 anos na 2ª Regional de Saúde do Paraná no período de 2013 a 2017.	
	Pesquisa de métodos mistos com desenho sequencial explanatório Quan —————> QUAL	
Objetivos específicos	- Identificar os municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná com maior número de atendimentos de ICSAP de adolescentes no período de 2013 a 2017; - Identificar os municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná com maior número de adolescentes residentes que internaram por causas sensíveis à AP no período de 2013 a 2017.	- Analisar os Planos Estaduais de Saúde do Paraná com relação ao planejamento de ações para os adolescentes; - Descrever a rede de serviços de saúde dos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná; - Verificar, junto ao(s) gestor(es) local(is) de saúde e profissionais de nível superior das equipes de Atenção Primária à Saúde, as razões para a ocorrência das ICSAP de adolescentes nos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná com maior número de internações de adolescentes residentes por causas sensíveis à AP.
Amostra/ Fontes/Participantes	ICSAP nos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná.	- Rede dos serviços de saúde da 2ª Regional de Saúde do Paraná; - Planos Estaduais de Saúde (2012 a 2015; 2016 a 2019); - Gestores locais de saúde e profissionais de nível superior que atuam em APS.
Coleta de dados	Banco de dados secundários - SIH-SUS.	- Banco de dados secundários publicados e disponíveis <i>on-line</i> para domínio público; - Entrevista semiestruturada.
Análise dos dados	Análise estatística descritiva.	Análise de conteúdo com apoio do <i>software WebQDA®</i>.

FONTE: Adaptado de SANTOS et al. (2017).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa respeitou os aspectos éticos, de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e a resolução 510/16, para pesquisas que envolvem os seres humanos, com aprovação sob parecer nº 3.229.927/2019 no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, e pelos Comitês de Ética em Pesquisa responsáveis pelas instituições coparticipantes: a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, por meio do parecer nº 3.271.504/2019 e Pontifícia Universidade Católica do Paraná sob parecer de nº 3.327.431/2019.

Os indivíduos que concordaram em participar do estudo primeiramente foram informados de que a pesquisa não ofereceria riscos à sua saúde, seria mantido sigilo quanto ao seu nome, os dados obtidos seriam utilizados somente para atingir o

objetivo do estudo, o qual poderia ser divulgado, porém, seria preservada a identidade dos mesmos. Os participantes da pesquisa também foram informados que poderiam ter acesso aos resultados do estudo e que poderiam abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os mesmos. Após serem informados sobre os objetivos da pesquisa, os convidados a participar, no caso gestores de saúde e profissionais de nível superior, concordaram em participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D).

Foram utilizados os critérios consolidados para a divulgação de estudos qualitativos - COREQ, que possuem três domínios: equipe de pesquisa e reflexividade – características pessoais; delineamento do estudo – referencial teórico, seleção de participantes, coleta de dados, análise e resultados – análise de dados e divulgação, por meio de *checklist* de 32 itens, que permite a qualidade e a segurança na obtenção e divulgação dos dados da pesquisa. (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

Para manter o rigor do estudo, o material transcrito de cada entrevista, digitado em arquivo *Word* pela pesquisadora, foi encaminhado para cada participante, via endereço eletrônico (*e-mail*), para que assinassem anuência das suas falas nas entrevistas e reencaminhassem via *e-mail* o documento em formato PDF. Não recebendo devolutiva da anuência em um prazo de 05 dias úteis, após o encaminhamento do referido arquivo, considerou-se a transcrição da entrevista como tendo sido aprovada pelo participante. Dos 35 participantes, 02 reencaminharam o arquivo em PDF com assinatura de anuência ao final, e apenas 01 participante respondeu em texto de e-mail que concordava com a transcrição realizada. Os demais não responderam ao e-mail.

6 RESULTADOS

No presente capítulo, estão apresentados, sequencialmente, os dados descritivos, quantitativos e qualitativos, coletados e analisados conforme as etapas de investigação, e de acordo com a proposta metodológica do estudo, a Tipesc. Nessa perspectiva, para a compreensão da RO do fenômeno das ICSAP de adolescentes, os resultados estão apresentados a partir das três dimensões que a conformam: dimensão estrutural, dimensão particular e dimensão singular.

A **dimensão estrutural** foi captada por meio da compreensão da política pública vigente no setor saúde que se relaciona à determinação do objeto de estudo, do modo de viver da população da 2ª regional do Paraná, como também, do modo de viver nos três municípios estudados. Além da compreensão dos dados relacionados à determinação da RO, houve o desenvolvimento de conteúdos teóricos que aprofundaram a discussão dos princípios, diretrizes e regulamentações da política de saúde vigente- SUS, assim como, se discutiu as normatizações para organização dos serviços de saúde, atenção à saúde do adolescente e a regulamentação sobre as ICSAP. Destaca-se a essencialidade desta dimensão para subsidiar a discussão dos resultados da pesquisa, pois seu conteúdo aparece nos discursos, seja dos Planos Estaduais de Saúde, seja na caracterização do cenário ou na fala dos participantes.

Quanto à **dimensão particular** do objeto, inicialmente apresentam-se os dados que caracterizam os municípios e estabelecimentos de saúde da 2ª Regional de Saúde do Paraná. Em seguida, estão apresentados os dados referentes às hospitalizações de adolescentes de 10 a 19 anos, com ênfase nas Internações Sensíveis à Atenção Primária, ocorridas na referida Regional no período de primeiro de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2017. Tal perfil é apresentado de maneira detalhada segundo municípios de internação, municípios de residência e grupos de causas de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Nessa dimensão também se explora os Planos Estaduais de Saúde Paraná de 2012 a 2015 e 2016 a 2019, nos quais se analisou o planejamento de ações de saúde para os adolescentes no Estado.

Por fim, a **dimensão singular** explora a caracterização dos 3 municípios com maior número de hospitalizações de adolescentes de 10 a 19 anos, com ênfase nas Internações Sensíveis à Atenção Primária e, em seguida, se apresentam as categorias temáticas que emergiram das entrevistas dos participantes do presente

estudo, gestores e profissionais de saúde que atuam na APS dos três municípios com maior número de adolescentes residentes, que internaram por causas sensíveis à AP no período do estudo.

6.1 AS REGULAMENTAÇÕES, OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES PARA A REDE DE SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A reflexão sobre esta temática, que é da dimensão estrutural, está fundamentalmente ancorada no arcabouço jurídico e político para o setor saúde, onde se encontram as regulamentações de princípios e diretrizes para o SUS e, consequentemente, a determinação para a organização e implementação de redes de atenção à saúde pela gestão local, as quais estarão relacionadas às regulamentações sobre as ICSAP. Como já afirmado anteriormente, essa não foi captada por meio de dados da realidade objetiva estudada. No entanto, o tema é transversal nas demais dimensões captadas por meio de dados. Seu conteúdo faz parte do referencial da pesquisa e confere subsídios para a discussão dos dados coletados na particularidade, que é a caracterização da rede de serviços e ICSAP de adolescentes da 2ª Regional de Saúde do Paraná e registros dos Planos Estaduais de Saúde, assim como permite explorar e compreender a singularidade que se encontra nas falas dos gestores e profissionais de saúde dos três municípios que mais internaram adolescentes por ICSAP.

Nesse sentido, o conteúdo explorado da dimensão estrutural foi apresentado em conteúdo do capítulo da revisão de literatura e, posteriormente, subsidiará as discussões dos dados.

6.2 A REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

A rede de serviços de atenção básica da 2ª Regional de Saúde do Paraná foi descrita com os dados do ano de 2016, visto que os dados de 2017, até o momento da captação de dados do presente estudo, não tiveram o detalhamento dos campos de Estimativa da população coberta por ESF e Proporção de cobertura populacional estimada, atualizados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB).

Até o ano de 2016, conforme informações sobre o tipo de estabelecimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), eram da competência da 2ª Regional de Saúde do Paraná 367 Centros de Saúdes/Unidades e 50 Postos de Saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2018c). Com relação à cobertura populacional de equipes ESF em cada município, observa-se na TABELA 4 que o município-sede da Regional deste estudo, Curitiba, atingiu 44,08% da população estimada em 2016.

Dos 29 municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná, apenas dois tiveram apresentação da cobertura compatível com o teto previsto, sendo Adrianópolis e Tunas do Paraná, ambos com teto de 3 equipes de saúde da família (EqSF) e o histórico de 3 equipes implantadas. O município de Bocaiúva do Sul chama a atenção por ter a previsão de 6 EqSF como teto para cobrir sua população de 11.280 pessoas, e houve o registro de 3 EqSF no CNES, o que corresponde a 50% do previsto, porém a cobertura do modelo de atenção está registrada como 91,76%.

Com relação à proporção de cobertura populacional no ano de 2016, a Regional de Saúde tem 51,97% de cobertura da estratégia Saúde da Família para a população dos 29 municípios, são 1.705.876 pessoas que têm acesso a esse modelo de atenção à saúde. A previsão de teto de equipes para a estratégia na Regional é de 1.644 e no ano de 2016, havia 501 equipes implantadas, o que corresponde a 30,47% da previsão de teto de equipes. Entre esses municípios da Regional, somente nove apresentaram 100% de cobertura populacional estimada de equipes de ESF, sendo Adrianópolis, Agudos do Sul, Balsa Nova, Campo do Tenente, Cerro Azul, Doutor Ulysses, Piên, Quatro Barras e Tunas do Paraná. Observa-se que são municípios com populações abaixo de 20.000 pessoas, exceto Quatro Barras que tem 20.409 indivíduos, conforme evidencia-se na TABELA 10.

TABELA 10 – COBERTURA DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA POR MUNICÍPIO DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ NO ANO 2016. PARANÁ, 2021.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA			
		TETO	IMPLANTADOS	ESTIMATIVA POPULAÇÃO COBERTA	PROPORÇÃO DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA (%)
Adrianópolis	6.281	3	3	6.281	100
Agudos do Sul	8.429	4	3	8.429	100
Almirante Tamandaré	105.458	53	7	24.150	22,9
Araucária	122.878	61	16	55.200	44,92
Balsa Nova	11.539	6	4	11.539	100
Bocaiúva do Sul	11.280	6	3	10.350	91,76
Campina Grande do Sul	39.404	20	7	24.150	61,29
Campo do Tenente	7.245	4	3	7.245	100
Campo Largo	115.336	58	23	79.350	68,80
Campo Magro	25.513	13	7	24.150	94,66
Cerro Azul	17.027	9	5	17.027	100
Colombo	217.443	109	42	144.900	66,64
Contenda	16.292	8	4	13.800	84,70
Curitiba	1.776.761	888	227	783.150	44,08
Doutor Ulysses	5.686	3	2	5.686	100
Fazenda Rio Grande	84.514	42	18	62.100	73,48
Itaperuçu	24.573	12	5	17.250	70,20
Lapa	45.334	23	7	24.150	53,27
Mandirituba	22.927	11	5	17.250	75,24
Piên	11.454	6	4	11.454	100
Pinhais	119.379	60	21	72.450	60,69
Piraquara	96.023	48	14	48.300	50,30
Quatro Barras	20.409	10	7	20.409	100
Quitandinha	17.364	9	4	13.800	79,47
Rio Branco do Sul	30.848	15	7	24.150	78,29
Rio Negro	31.662	16	7	24.150	76,27
São José dos Pinhais	273.255	137	39	134.550	49,24
Tijucas do Sul	14.881	7	4	13.800	92,74
Tunas do Paraná	6.656	3	3	6.656	100
TOTAL	3.285.851*	1.644	501	1.705.876	51,91

FONTE: A autora (2021), com base em BRASIL. Ministério da Saúde (2018b).

NOTA: *Esta é somatória da população estimada em 2016. A população censitária da 2ª Regional de Saúde do Paraná é de 3.223.836 habitantes.

Com relação aos serviços hospitalares, a 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná dispunha, até o ano de 2017, de uma rede composta por 18 hospitais públicos, 27 filantrópicos e 36 entidades empresariais, com um total de 81 hospitais gerais, conforme dados apresentados na TABELA 11.

TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DE UNIDADES HOSPITALARES E QUANTITATIVO DE LEITOS POR ESFERA JURÍDICA NO PERÍODO DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.

UNIDADES HOSPITALARES*	Nº UNIDADES	LEITOS SUS			LEITOS NÃO SUS		
		2013	2017	VARIAÇÃO 2017-2013(%)	2013	2017	VARIAÇÃO 2017-2013(%)
Público	18	2.125	1.921	-9,60	184	106	-42,39
Filantrópico	27	2.662	2.368	-11,04	1.032	1.097	6,30
Entidades Empresariais	36	989	1.241	25,48	1.675	1.921	14,69
TOTAL	81	5.776	5.530	-4,26	2.891	3.124	8,06

FONTE: A autora (2021), com base em BRASIL. Ministério da Saúde (2018c).

NOTA: *A partir de novembro de 2015, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos. Com isso, a análise da esfera jurídica está desagregada em administração pública, entidades empresariais e entidades sem fins lucrativos.

Nota-se, pela TABELA 11, que o número de leitos não SUS aumentou pouco mais de 8%, no período de 2013-2017, praticamente quatro vezes superior à queda dos leitos SUS, que foi de 4,26% no mesmo período. Destaca-se que a elevação de leitos não SUS no período é consequente do aumento de leitos nos hospitais filantrópicos e de entidades empresariais, pois se percebe variação percentual de 6,30% e 14,69%, respectivamente, apesar da diminuição de 42,39% nos hospitais públicos. Em contraste, os leitos SUS apresentaram queda de 4,26%, ao passo que os hospitais públicos e filantrópicos diminuíram 9,60% e 11,04% dos leitos no período do estudo.

De acordo com os dados da TABELA 12, referentes à descrição da caracterização de leitos hospitalares por município na 2ª Regional de Saúde do Paraná, se tem o total de 8.654 leitos existentes nos 29 municípios de abrangência, distribuídos entre 5.530 leitos SUS e 3.124 para leitos não SUS. Destaca-se que a capital do Paraná e sede da Regional possui o maior número de leitos, com total de 5.514, com 2.731 para SUS e 2.783 leitos não SUS. O município de Tunas do Paraná é o que possui o menor quantitativo de leitos, sendo 6 exclusivamente SUS. Nota-se que em seis municípios da Regional não há leitos existentes: Almirante Tamandaré, Balsa Nova, Campo do Tenente, Campo Magro, Doutor Ulysses e Quatro Barras. Com relação aos parâmetros de leitos estabelecidos pela PT/MS/GM, é preconizado 2,0 a 3,0 leitos/1.000 habitantes.

TABELA 12 – NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES EXISTENTES POR MUNICÍPIOS DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ. PARANÁ, 2021.

MUNICÍPIO	EXISTENTES	SUS	NÃO SUS
Adrianópolis	3	3	0
Agudos do Sul	0	8	0
Almirante Tamandaré	0	0	0
Araucária	91	91	0
Balsa Nova	0	0	0
Bocaiúva do Sul	11	11	0
Campina Grande do Sul	356	323	33
Campo do Tenente	0	0	0
Campo Largo	923	876	47
Campo Magro	0	0	0
Cerro Azul	26	26	0
Colombo	119	109	10
Contenda	16	16	0
Curitiba	5.514	2.731	2.783
Doutor Ulysses	0	0	0
Fazenda Rio Grande	48	48	0
Itaperuçu	49	49	0
Lapa	147	107	40
Mandirituba	50	50	0
Piên	49	48	1
Pinhais	287	273	14
Piraquara	622	484	138
Quatro Barras	0	0	0
Quitandinha	25	25	0
Rio Branco do Sul	30	30	0
Rio Negro	30	27	3
São José dos Pinhais	236	181	55
Tijucas do Sul	16	16	0
Tunas do Paraná	6	6	0
TOTAL	8.654	5.530	3.124

FONTE: A autora (2021), com base em BRASIL. Ministério da Saúde (2018c).

Com relação a rede de serviços especializados, a 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná dispunha em dezembro de 2020, 646 estabelecimentos do tipo clínica especializada/ambulatório especializado, conforme totaliza a TABELA 13.

De acordo com os dados da TABELA 13, nota-se que em quatro municípios da Regional não há estabelecimentos com atendimentos de profissionais especializados: Balsa Nova, Cerro Azul, Doutor Ulysses e Tunas do Paraná. Destaca-

se que Curitiba é o município que mais possui clínica especializada/ambulatório especializado, com total de 521 estabelecimentos, seguido pelo município de Araucária com 18 estabelecimentos, seguido de Campo Largo com 17 unidades especializadas e Pinhais com 16 unidades. Os municípios de Colombo e São José dos Pinhais têm registrados, respectivamente, 11 e 5 unidades especializadas em seus territórios.

TABELA 13 – NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS ESPECIALIZADOS POR MUNICÍPIOS DA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ. PARANÁ, 2021.

MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTOS ESPECIALIZADOS EXISTENTES
Adrianópolis	1
Agudos do Sul	2
Almirante Tamandaré	2
Araucária	18
Balsa Nova	0
Bocaiúva do Sul	1
Campina Grande do Sul	9
Campo do Tenente	2
Campo Largo	17
Campo Magro	2
Cerro Azul	0
Colombo	11
Contenda	2
Curitiba	521
Doutor Ulysses	0
Fazenda Rio Grande	2
Itaperuçu	4
Lapa	6
Mandirituba	2
Piên	2
Pinhais	16
Piraquara	8
Quatro Barras	4
Quitandinha	2
Rio Branco do Sul	3
Rio Negro	3
São José dos Pinhais	5
Tijucas do Sul	1
Tunas do Paraná	0
TOTAL	646

FONTE: A autora (2021), com base em BRASIL. Ministério da Saúde (2018c).

Quanto às hospitalizações de adolescentes de 10 a 19 anos, ocorridas na referida Regional no período de primeiro de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2017, apresentadas na sequência, deu-se ênfase aos dados relativos às Internações Sensíveis à Atenção Primária do referido segmento populacional, no período delimitado para o estudo, segundo município de internação, município de residência, os grupos de causa de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Por fim, buscou-se apresentar as internações de adolescentes por CSAP segundo o sexo e a faixa etária.

Conforme as variáveis disponíveis pelo *TabWin* 32 para tabulação das internações segundo o SIH-SUS, o local de internação sendo por município, região metropolitana, microrregião, aglomerado urbano, macrorregional de saúde, UF ou região, se refere ao local onde a unidade hospitalar está estabelecida. A variável de internação por local de residência, sendo por município, região metropolitana, microrregião, aglomerado urbano, macrorregional de saúde, UF ou região, se refere ao local onde o paciente reside, conforme informado pela unidade hospitalar.

6.3 PERFIL DAS NÃO ICSAP E DAS ICSAP DE ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

O número das internações por causas gerais de adolescentes com idade de 10 a 19 anos na 2ª Regional de Saúde do Paraná, no período de 2013 a 2017, foi de 108.865 hospitalizações, conforme registrado na TABELA 14.

Ao se considerar o número de internações de adolescentes do sexo feminino, exceto parto, mais as internações do sexo masculino, tem-se o resultado de 82.016 casos de internação de adolescentes por causas gerais.

Ao comparar as internações gerais por sexo na população de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná, conforme dados apresentados na TABELA 14, ao excluir internações por parto, as meninas se sobressaíram no quantitativo das internações em geral, com total de 43.343 (52,85%) internações, em relação ao sexo masculino, que apresentou 38.673 (47,15%) internações. Logo, este último grupo teve 4.670 (5,7%) internações a menos que adolescentes do sexo feminino.

TABELA 14 – NÚMERO E FREQUÊNCIA DE HOSPITALIZAÇÕES REGISTRADAS NO SIH-SUS, POR SEXO E PARTOS NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ NO PERÍODO DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.

SEXO E PARTOS	2013		2014		2015		2016		2017		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino*	9.465	53,17	8.749	52,91	8.433	53,16	8.234	52,08	8.462	52,87	43.343	52,85
Masculino	8.335	46,83	7.787	47,09	7.431	46,84	7.576	47,92	7.544	47,13	38.673	47,15
TOTAL	17.800	100	16.536	100	15.864	100	15.810	100	16.006	100	82.016	100
Partos**	6.165		5.965		5.775		4.817		4.127		26.849	
ACUMULADO	23.965		22.501		21.639		20.627		20.133		108.865	100

FONTE: A autora (2021), com base em BRASIL. Ministério da Saúde (2008c).

NOTA: *Exceto partos

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

Verifica-se na TABELA 15 que a frequência de ICSAP de adolescentes totalizou 9.029 hospitalizações, no período de 2013 a 2017, o que representa 11% do total de internações de adolescentes por causas gerais (82.016), a partir da exclusão dos casos de internação por parto.

TABELA 15 – NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR CSAP E NÃO CSAP DE ADOLESCENTES NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NO PERÍODO DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.

TIPO DE INTERNAÇÃO	Nº INTERNAÇÕES
ICSAP	9.029
Não ICSAP	82.016
TOTAL	91.045

FONTE: A autora (2021), com base em BRASIL. Ministério da Saúde (2008c).

6.3.1 Internação por CSAP quanto aos municípios de internação

O número das ICSAP de adolescentes com idade de 10 a 19 anos na 2ª Regional de Saúde do Paraná, conforme local de atendimento, no período de 2013 a 2017, foi de 9.029 hospitalizações, conforme registrado na TABELA 16, a seguir.

Ao analisar o comportamento das hospitalizações por causas sensíveis à atenção primária em adolescentes, segundo os municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná, evidencia-se que a capital do Paraná, Curitiba, município sede da regional estudada, apresentou o maior número de internações de adolescentes no período de 2013 a 2017, sendo registradas 4736 hospitalizações desse grupo no município, que representa 52,45% do total das ICSAP de adolescentes no período. O menor número de hospitalizações foi encontrado no município de Bocaiuva do Sul, com apenas 1 internação, que representou 0,01% do total de internações.

No período de análise, oito municípios: Almirante Tamandaré, Balsa Nova, Adrianópolis, Tunas do Paraná, Agudos do Sul, Campo Magro, Doutor Ulysses, Quatro Barras – não apresentaram número de hospitalizações, o que indica o vazio assistencial hospitalar nesses municípios, demonstrando que a população se desloca para municípios próximos em casos que necessitam de internações hospitalares, pois são nesses cenários que estão localizados os leitos hospitalares para a internação dos adolescentes.

TABELA 16 – NÚMERO E FREQUÊNCIA DE ICSAP DOS ADOLESCENTES, SEGUNDO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.

(continua)

MUNICÍPIO	2013		2014		2015		2016		2017		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Curitiba	1024	53,75	988	54,20	978	55,76	867	49,88	879	48,59	4736	52,45
2. Campo Largo	199	10,45	164	9,00	208	11,86	295	16,97	341	18,85	1207	13,37
3. São José dos Pinhais	116	6,09	108	5,92	85	4,85	66	3,80	42	2,32	417	4,62
4. Campina Grande do Sul	89	4,67	125	6,86	115	6,56	147	8,46	202	11,17	678	7,51
5. Colombo	63	3,31	30	1,65	31	1,77	36	2,07	38	2,10	198	2,19
6. Araucária	54	2,83	47	2,58	36	2,05	34	1,96	43	2,38	214	2,37
7. Pinhais	71	3,73	58	3,18	66	3,76	80	4,60	75	4,15	350	3,88
8. Piraquara	77	4,04	54	2,96	0	0,00	0	0,00	0	0,00	131	1,45
9. Fazenda Rio Grande	41	2,15	41	2,25	17	0,97	20	1,15	7	0,39	126	1,40
10. Itaperuçu	47	2,47	57	3,13	44	2,51	43	2,47	67	3,70	258	2,86
11. Lapa	20	1,05	17	0,93	26	1,48	20	1,15	19	1,05	102	1,13
12. Rio Negro	9	0,47	10	0,55	18	1,03	8	0,46	6	0,33	51	0,56
13. Rio Branco do Sul	21	1,10	25	1,37	25	1,43	18	1,04	18	1,00	107	1,19
14. Mandirituba	21	1,10	17	0,93	20	1,14	8	0,46	13	0,72	79	0,87
15. Cerro Azul	24	1,26	33	1,81	30	1,71	26	1,50	17	0,94	130	1,44
16. Almirante Tamandaré	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
17. Quitandinha	14	0,73	21	1,15	19	1,08	17	0,98	5	0,28	76	0,84
18. Tijucas do Sul	5	0,26	13	0,71	7	0,40	5	0,29	0	0,00	30	0,33
19. Piên	0	0,00	7	0,38	25	1,43	41	2,36	30	1,66	103	1,14
20. Campo do Tenente	5	0,26	1	0,05	2	0,11	0	0,00	0	0,00	8	0,09
21. Contenda	4	0,21	7	0,38	2	0,11	7	0,40	7	0,39	27	0,30
22. Balsa Nova	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
23. Bocaiúva do Sul	1	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,01
24. Tunas do Paraná	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
25. Adrianópolis	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

TABELA 16 - NÚMERO E FREQUÊNCIA DE ICSAP DOS ADOLESCENTES, SEGUNDO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.

MUNICÍPIO	2013		2014		2015		2016		2017		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
26. Agudos do Sul	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
27. Campo Magro	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
28. Doutor Ulysses	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
29. Quatro Barras	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	1.905	100	1.823	100	1.754	100	1.738	100	1.809	100	9.029	100

FONTE: A autora (2021), com base em BRASIL. Ministério da Saúde (2008c).

(conclusão)

6.3.2 Internação por CSAP quanto aos municípios de residência dos adolescentes

Ao analisar o comportamento das ICSAP, segundo os municípios de residência dos adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná, no período de 2013 a 2017, os três municípios que apresentaram maior número de ICSAP de adolescentes foram: Curitiba com 34,56% (2.723); Colombo com 8,52% (671) e São José dos Pinhais com 8,08% (637) das internações sensíveis à atenção primária. O menor número de ICSAP de adolescentes residentes foi encontrado no município de Cerro Azul, que representou 2 internações (0,03%) no período, conforme TABELA 17.

Durante o período de 2013 a 2017, apenas dois municípios não apresentaram internações em algum dos anos estudados, sendo Cerro Azul com nenhuma internação nos anos de 2013, 2016 e 2017, e o município de Adrianópolis com ausência de internamento em 2013, 2015 e 2017. De maneira geral, todos os municípios apresentaram oscilação na variação de número de internações no período. No entanto, destaca-se que somente São José dos Pinhais apresentou decréscimo de ICSAP em todo o período de 2013 a 2017, e o município de Doutor Ulysses também apontou decréscimo até 2015 e se manteve estável até 2017. Os municípios de Campina Grande do Sul, Colombo, Itaperuçu, Rio Negro, Piên, Contenda, Tunas do Paraná, Campo Magro e Quatro Barras exibiram acréscimo de internações ao final do período estudado.

TABELA 17 - NÚMERO E FREQUÊNCIA DE ICSAP DOS ADOLESCENTES, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.

(continua)

MUNICÍPIO	2013		2014		2015		2016		2017		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Curitiba	547	32,88	553	34,61	600	39,01	507	34,10	516	33,48	2.723	34,56
2. Campo Largo	125	7,28	95	5,94	87	5,66	84	5,65	92	5,97	483	6,13
3. São José dos Pinhais	166	9,67	141	8,82	125	8,13	111	7,46	94	6,10	637	8,08
4. Campina Grande do Sul	21	1,22	20	1,25	39	2,54	37	2,49	32	2,08	149	1,89
5. Colombo	143	8,33	133	8,32	113	7,35	123	8,27	159	10,32	671	8,52
6. Araucária	63	3,67	59	3,69	53	3,45	46	3,09	51	3,31	272	3,45
7. Pinhais	105	6,12	75	4,69	84	5,46	89	5,99	72	4,67	425	5,39
8. Piraquara	153	8,92	135	8,45	49	3,19	79	5,31	86	5,58	502	6,37
9. Fazenda Rio Grande	64	3,73	72	4,51	42	2,73	65	4,37	51	3,31	294	3,73
10. Itaperuçu	56	3,26	63	3,94	66	4,29	60	4,03	91	5,91	336	4,26
11. Lapa	35	2,04	22	1,38	28	1,82	30	2,02	31	2,01	146	1,85
12. Rio Negro	11	0,64	11	0,69	23	1,50	10	0,67	12	0,78	67	0,85
13. Rio Branco do Sul	30	1,75	29	1,81	33	2,15	27	1,82	30	1,95	149	1,89
14. Mandirituba	30	1,75	26	1,63	36	2,34	20	1,34	29	1,88	141	1,79
15. Cerro Azul	0	0	1	0,06	1	0,07	0	0	0	0	2	0,03
16. Almirante Tamandaré	62	3,61	44	2,75	54	3,51	52	3,50	59	3,83	271	3,44
17. Quitandinha	19	1,11	31	1,94	25	1,63	21	1,41	13	0,84	109	1,38
18. Tijucas do Sul	11	0,64	21	1,31	11	0,72	11	0,74	11	0,71	65	0,82
19. Piên	3	0,17	7	0,44	25	1,63	43	2,89	26	1,69	104	1,32
20. Campo do Tenente	8	0,47	4	0,25	5	0,33	7	0,47	4	0,26	28	0,36
21. Contenda	14	0,82	11	0,69	8	0,52	11	0,74	16	1,04	60	0,76
22. Balsa Nova	9	0,52	6	0,38	3	0,20	6	0,40	3	0,19	27	0,34
23. Bocaiúva do Sul	7	0,41	4	0,25	5	0,33	4	0,27	5	0,32	25	0,32
24. Tunas do Paraná	2	0,12	2	0,13	5	0,33	10	0,67	9	0,58	28	0,36
25. Adrianópolis	0	0	1	0,06	0	0	2	0,13	0	0	3	0,04

TABELA 17 - NÚMERO E FREQUÊNCIA DE ICSAP DOS ADOLESCENTES, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.

MUNICÍPIO	2013		2014		2015		2016		2017		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
26. Agudos do Sul	3	0,17	3	0,19	2	0,13	8	0,54	3	0,19	19	0,24
27. Campo Magro	15	0,87	12	0,75	7	0,46	12	0,81	20	1,30	66	0,84
28. Doutor Ulysses	3	0,17	2	0,13	1	0,07	1	0,07	1	0,06	8	0,10
29. Quatro Barras	11	0,64	15	0,94	8	0,52	11	0,74	25	1,62	70	0,89
TOTAL	1.905	100	1.823	100	1.754	100	1.738	100	1.809	100	9.029	100

FONTE: A autora (2021), com base em BRASIL. Ministério da Saúde (2008c).

(conclusão)

Ao analisar o comportamento das ICSAP, segundo os três municípios de residência dos adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná com maior número de internações por ICSAP, período de 2013 a 2017, percebe-se na TABELA 18 que estes totalizaram 4.031 internações que correspondem a 44,64% do total (9.029) de ICASAP de adolescentes da 2ª Regional de Saúde do Paraná.

No município de Curitiba, conforme TABELA 18, os três grupos que demonstraram as maiores proporções de internações foram respectivamente: Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) com 27,21% (741) das internações; Grupo 14 (Epilepsias) com 17,63% (480) e Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) com 12,16% (331) de internações.

Em Colombo, os três grupos com maior número de ICSAP de adolescentes residentes foi encontrado no Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) com 35,47% (238); seguido pelo Grupo 14 (Epilepsias) com 19,08% (128) e o Grupo 2 (Gastroenterites infecciosas e complicações) com 11,62% (78) internações (TABELA 18).

Para o município de São Jose dos Pinhais, a representatividade dos três grupos com maior porcentagem em internações foi semelhante ao do município de Curitiba, sendo o Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) com 30,14% (192); Grupo 14 (Epilepsias) com 13,66% (87) e Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) com 10,83% (69) de internações, de acordo com a TABELA 18.

TABELA 18 – NÚMERO E FREQUÊNCIA DE ICSAP DOS ADOLESCENTES SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA, NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.

GRUPOS DE CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)	Curitiba		Colombo		São José dos Pinhais		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Doenças prev. por imuniz. e condições sensíveis	13	0,48	2	0,30	3	0,47	18	0,45
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	271	9,95	78	11,62	53	8,32	402	9,97
3. Anemia	4	0,15	3	0,45	2	0,31	9	0,22
4. Deficiências nutricionais	16	0,59	1	0,15	6	0,94	23	0,57
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	49	1,80	14	2,09	11	1,73	74	1,84
6. Pneumonias bacterianas	38	1,40	12	1,79	13	2,04	64	1,56
7. Asma	169	6,21	32	4,77	32	5,02	233	5,78
8. Doenças pulmonares	20	0,73	4	0,60	13	2,04	37	0,92
9. Hipertensão	12	0,44	0	0,00	4	0,63	16	0,40
10. Angina	14	0,51	9	1,34	2	0,31	25	0,62
11. Insuficiência cardíaca	86	3,16	11	1,64	26	4,08	123	3,05
12. Doenças cerebrovasculares	43	1,58	8	1,19	10	1,57	61	1,51
13. Diabetes mellitus	246	9,03	61	9,09	51	8,01	358	8,88
14. Epilepsias	480	17,63	128	19,08	87	13,66	695	17,24
15. Infecção no rim e trato urinário	741	27,21	238	35,47	192	30,14	1.171	29,05
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	106	3,89	35	5,22	36	5,65	177	4,39
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	44	1,62	11	1,64	20	3,14	75	1,86
18. Úlcera gastrointestinal	40	1,47	13	1,94	7	1,10	60	1,49
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	331	12,16	11	1,64	69	10,83	438	10,20
TOTAL CSAP	2.723	100	671	100	637	100	4.031	100

FONTE: A autora (2021), com base em BRASIL. Ministério da Saúde (2008c).

6.3.3 Internação por CSAP quanto aos grupos de causa

Conforme a TABELA 19, ao desagregar as ICSAP por grupos de causas, observa-se que os cinco principais diagnósticos de internação evitável de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná foram: Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) com 24,96% (2.254) das internações; Grupo 14 (Epilepsias) com 19,27% (1.740); Grupo 2 (Gastroenterites Infecciosas e complicações) com 11,91% (1.0759); Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) com 8,88% (802); e, Grupo 7 (Asma) com 7,39% (667) das internações sensíveis à atenção primária.

Os cinco grupos que demonstraram as menores proporções foram respectivamente: Grupo 3 (Anemia) com 0,20% (18) das internações; Grupo 9 (Hipertensão) com 0,47% (42); Grupo 1 (Doenças preveníveis por imunização e

condições sensíveis) com 0,73% (66); Grupo 10 (Angina) com 0,78% (70); e Grupo 4 (Deficiências nutricionais) com 0,96% (87) de internações. Destaca-se que o grupo de Infecção no rim e trato urinário se manteve na primeira posição em todos os anos do estudo.

TABELA 19 – NÚMERO E FREQUÊNCIA DE ICSAP DOS ADOLESCENTES SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS, NA SEGUNDA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.

GRUPOS DE CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)	2013		2014		2015		2016		2017		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Doenças prev. por imuniz. e condições sensíveis	12	0,63	7	0,39	19	1,08	17	0,98	11	0,61	66	0,73
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	306	16,06	225	12,48	194	11,06	154	8,86	176	9,73	1075	11,91
3. Anemia	3	0,16	4	0,22	5	0,29	5	0,29	1	0,06	18	0,20
4. Deficiências nutricionais	19	1,00	19	1,05	18	1,03	14	0,81	17	0,94	87	0,96
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	43	2,26	20	1,11	28	1,60	55	3,16	40	2,21	186	2,06
6. Pneumonias bacterianas	34	1,78	23	1,28	32	1,82	15	0,86	29	1,60	133	1,47
7. Asma	136	7,14	134	7,43	101	5,76	137	7,88	159	8,79	667	7,39
8. Doenças pulmonares	49	2,57	36	2,00	18	1,03	15	0,86	18	1,00	136	1,51
9. Hipertensão	14	0,73	4	0,22	7	0,40	5	0,29	12	0,66	42	0,47
10. Angina	6	0,31	15	0,83	6	0,34	16	0,92	27	1,49	70	0,78
11. Insuficiência cardíaca	92	4,83	104	5,77	81	4,62	68	3,91	71	3,92	416	4,61
12. Doenças cerebrovasculares	24	1,26	23	1,28	22	1,25	30	1,73	31	1,71	130	1,44
13. Diabetes mellitus	101	5,30	114	6,32	129	7,35	140	8,06	139	7,68	623	6,90
14. Epilepsias	298	15,64	327	18,14	334	19,04	386	22,21	395	21,84	1740	19,27
15. Infecção no rim e trato urinário	468	24,57	438	24,29	506	28,85	394	22,67	448	24,77	2254	24,96
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	68	3,57	52	2,88	70	3,99	74	4,26	77	4,26	341	3,78
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	17	0,89	19	1,05	27	1,54	27	1,55	29	1,60	119	1,32
18. Úlcera gastrointestinal	11	0,58	17	0,94	15	0,86	51	2,93	30	1,66	124	1,37
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	204	10,71	222	12,31	142	8,10	135	7,77	99	5,47	802	8,88
TOTAL CSAP	1.905	100	1.823	100	1.754	100	1.738	100	1.809	100	9.029	100

FONTE: A autora (2021) com base em BRASIL. Ministério da Saúde (2008c).

6.3.4 Internação por CSAP quanto ao sexo

De acordo com os dados das ICSAP de adolescentes, segundo o sexo, na 2ª Regional de Saúde do Paraná, conforme os dados da TABELA 20, as meninas internaram mais que os meninos, representando 66,16% (5.974) do total de internações, com o sexo masculino apresentando 33,84% (3.055) das ICSAP totais.

Para os adolescentes do sexo feminino, conforme observado na TABELA 20, os cinco grupos de causas com maior representação nas internações foram: Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) com 22,47%; seguido das internações com causas do Grupo 14 (Epilepsias) com 9,58%; o Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) em terceiro lugar, com 8,88%; o Grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e complicações) na quarta posição, com 6,48%; e o Grupo 13 (Diabetes mellitus) em quinto lugar, com 4,06%.

TABELA 20 – NÚMERO E FREQUÊNCIA DE ICSAP SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E SEXO, DOS ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.

GRUPOS DE CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (CSAP)	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1. Doenças prev. por imuniz. e condições sensíveis	34	0,38	32	0,35	66	0,73
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	490	5,43	585	6,48	1.075	11,91
3. Anemia	3	0,03	15	0,17	18	0,20
4. Deficiências nutricionais	47	0,52	40	0,44	87	0,96
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	101	1,12	85	0,94	186	2,06
6. Pneumonias bacterianas	66	0,73	67	0,74	133	1,47
7. Asma	315	3,49	352	3,90	667	7,39
8. Doenças pulmonares	61	0,68	75	0,83	136	1,51
9. Hipertensão	23	0,25	19	0,21	42	0,47
10. Angina	44	0,49	26	0,29	70	0,78
11. Insuficiência cardíaca	203	2,25	213	2,36	416	4,61
12. Doenças cerebrovasculares	62	0,69	68	0,75	130	1,44
13. Diabetes mellitus	256	2,84	367	4,06	623	6,90
14. Epilepsias	875	9,69	865	9,58	1740	19,27
15. Infecção no rim e trato urinário	225	2,49	2029	22,47	2254	24,96
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	189	2,09	152	1,68	341	3,78
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0,00	119	1,32	119	1,32
18. Úlcera gastrointestinal	61	49,19	63	50,81	124	1,37
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0,00	802	8,88	802	8,88
TOTAL CSAP	3055	33,84	5974	66,16	9029	100

FONTE: A autora (2021), com base em BRASIL. Ministério da Saúde (2008c).

Para os adolescentes do sexo masculino, as cinco principais causas de ICSAP foram: o Grupo 14 (Epilepsias), com 9,69%; Grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e complicações), com 5,43%; Grupo 7 (Asma) com 3,49%; Grupo 13 (Diabetes Mellitus) com 2,84%; e Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) com 2,49%. Percebe-se que assim como para os meninos, essas causas ocuparam os principais grupos de internação sensível de adolescentes do sexo feminino na 2ª Regional de Saúde do Paraná, nos anos de 2013 a 2017, exceto o Grupo 7 (Asma), que não apareceu como principal causa de internação para as meninas.

6.3.5 Internação por CSAP segundo faixa etária

Ao desagregar o total de ICSAP de adolescentes por subgrupos de faixa etária, considerando aqui os adolescentes do sexo feminino e do sexo masculino, seguindo a seguinte divisão: adolescentes de 10 a 14 e adolescentes de 15 a 19, pode-se observar que os adolescentes com idade de 15 a 19 anos representaram mais da metade das ICSAP, o que correspondeu a 59,90% de internações. Logo, os adolescentes de 10 a 14 anos representaram 40,10% das internações por condições sensíveis à APS, conforme a TABELA 21.

O Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) foi o maior grupo de causa de ICSAP dos adolescentes com idade de 10 a 19 anos, que representou quase um quarto (1/4) das ICSAP no total de adolescentes, o que equivale a 24,96% (2254) do total de ICSAP (9.029).

O conjunto das cinco causas de ICSAP que mais acometeram os adolescentes no subgrupo da faixa etária de 10 a 14 anos, representou 26,28% (2.756) do total de ICSAP de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná, ou seja, quase um terço (1/3) do total (9.029). Em ordem de importância, os cinco principais grupos de diagnósticos foram: Epilepsias, com 10,80% (975); Gastroenterites Infeciosas e complicações, com 6,68% (603); Asma, com 4,82% (435); Diabetes Mellitus, com 4,25% (384); e Infecção no rim e trato urinário, com 3,98% (359).

As cinco causas de ICSAP predominantes entre os adolescentes com 15 a 19 anos, conforme análise da TABELA 21, em ordem de maior frequência, foram: Infecção no rim e trato urinário, com 20,99% (1895); Epilepsias com 8,47% (765); Doenças relacionadas ao pré-natal e parto, com 8,37% (756); Gastroenterites

Infecciosas e complicações, com 5,23% (472); e Diabetes mellitus com 2,65% (239). Juntos, esses grupos correspondem a 45,71% (4.127) do total de internações potencialmente evitáveis nesse subgrupo de faixa etária dos adolescentes.

TABELA 21 – NÚMERO E FREQUÊNCIA DE ICSAP, SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E FAIXA ETÁRIA, DOS ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, NOS ANOS DE 2013 A 2017. PARANÁ, 2021.

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	17	0,19	49	0,54	66	0,73
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	603	6,68	472	5,23	1075	11,91
3. Anemia	5	0,06	13	0,14	18	0,20
4. Deficiências nutricionais	49	0,54	38	0,42	87	0,96
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	90	1,00	96	1,06	186	2,06
6. Pneumonias bacterianas	54	0,60	79	0,87	133	1,47
7. Asma	435	4,82	232	2,57	667	7,39
8. Doenças pulmonares	61	0,68	75	0,83	136	1,51
9. Hipertensão	24	0,27	18	0,20	42	0,47
10. Angina	5	0,06	65	0,72	70	0,78
11. Insuficiência cardíaca	258	2,86	158	1,75	416	4,61
12. Doenças cerebrovasculares	32	0,35	98	1,09	130	1,44
13. Diabetes mellitus	384	4,25	239	2,65	623	6,90
14. Epilepsias	975	10,80	765	8,47	1740	19,27
15. Infecção no rim e trato urinário	359	3,98	1895	20,99	2254	24,96
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	177	1,96	164	1,82	341	3,78
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	12	0,13	107	1,19	119	1,32
18. Úlcera gastrointestinal	35	0,39	89	0,99	124	1,37
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	46	0,51	756	8,37	802	8,88
TOTAL CSAP	3.621	40,10	5.408	59,90	9.029	100

FONTE: A autora (2021), com base em BRASIL. Ministério da Saúde (2008c).

6.4 OS DISCURSOS DOS PLANOS ESTADUAIS DE SAÚDE DO PARANÁ E O PLANEJAMENTO DE AÇÕES PARA ADOLESCENTES

Neste momento, apresentam-se os resultados da análise dos Planos Estaduais de Saúde do Paraná, com relação ao planejamento de ações para os adolescentes. Os documentos analisados foram os Planos Estaduais de Saúde dos períodos 2012-2015 e 2016-2019, por estes estarem programados quadrienalmente e contemplarem o período de análise proposto neste estudo.

O Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015 totaliza 221 páginas e é composto por 5 capítulos, a saber: Introdução, Análise da situação de saúde, Organização e funcionamento da gestão estadual do SUS, A organização do SUS no

Paraná; e Objetivo, diretrizes, ações e metas. O Plano Estadual de Saúde – PES 2016-2019, com 196 páginas, aborda uma Apresentação, Introdução, Análise de situação de saúde, Diretrizes, objetivos, metas e indicadores e, por último, um capítulo de Processo de monitoramento e avaliação.

A configuração dos planos difere a partir da introdução e apresentação, visto que o PES 2012-2015 traz uma abordagem de introdução referenciando o Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015 como base das intenções e resultados a serem buscados no atual Plano do Estado, além de mencionar algumas datas de reuniões para o processo de discussões e contribuições que culminou na aprovação formalizada do Plano Estadual de Saúde, sem referenciar o responsável pela descrição deste capítulo. Nesse aspecto, o PES 2016-2019 faz uma breve apresentação, assinado pelo Secretário de Estado da Saúde e Presidente do Conselho Estadual de Saúde, na responsabilização de consolidar as conquistas alcançadas pela implementação das redes e dos programas estratégicos que norteiam o Governo do Estado na área da saúde, como o segundo Plano desenvolvido pela equipe gestora desde janeiro de 2011. Em seguida, no capítulo de introdução, o Plano aborda a metodologia trabalhada e detalhamento do que foi construído em cada momento, com Momento Explicativo – Foco na Análise de Situação; Momento Normativo – Direção; Momento Estratégico – Viabilidade; e Momento Tático-Operacional – Ação, como caminhos a serem seguidos, sem representar etapas sequencialmente rígidas.

Para o capítulo de Análise de Situação de Saúde (Asis), o PES 2012-2015 descreve dois subitens, o perfil demográfico e socioeconômico e o perfil da morbimortalidade da população do Estado. Em seguida, há o capítulo referente à Organização e funcionamento da gestão estadual do SUS, com finalidades e estruturação administrativa da SESA. Outro capítulo, a organização do SUS no Paraná, apresenta a descrição dos serviços e estabelecimentos de saúde no Estado, capacidade instalada, produção financeira ambulatorial e hospitalar e a atenção à saúde no SUS.

Nessa perspectiva da Análise de Situação de Saúde, o PES 2016-2019 apresenta primeiramente uma explicação acerca do conceito de Asis, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, isto é, um processo analítico-sintético de influência para identificação das necessidades e prioridades em saúde, com intervenções e programas apropriados. A partir disso, o Plano explora 10 subitens que

estão articulados na Asis: organização e estrutura da SESA, aspectos demográficos, socioeconômicos, ambientais e epidemiológicos, gestão do trabalho e da educação permanente em saúde, gestão em saúde, financiamento, redes de atenção em saúde do Paraná, programas estratégicos da SESA, inovação tecnológica, ouvidoria e controle social.

Ambos os planos apresentam um capítulo destinado às linhas pelas quais serão traçadas as ações a partir da contextualização das análises de saúde, sendo as diretrizes, objetivos, metas e indicadores. O PES 2012-2015 apresenta 16 diretrizes e o PES 2016-2019 elenca 19 diretrizes, sendo neste último realizada a fusão da diretriz para Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde, que estava separada no primeiro plano, além de acrescentar as diretrizes de Fortalecimento da Rede de Saúde Bucal, Fortalecimento das Ações de Promoção da Saúde, Fortalecimento da Governança Regional e Macrorregional e Ouvidoria como Instrumento de Gestão e Cidadania.

Por fim, somente o PES 2016-2019 apresenta um capítulo de processo de monitoramento e avaliação, como sendo estratégias e momentos complementares, onde descreve essa concepção de relação direta com o cumprimento do Plano. Para tanto, o Plano destaca que os indicadores selecionados são medidas que permitem quantificar uma determinada realidade e suas mudanças, sendo os Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas e o Relatório Anual de Gestão os meios de verificação sobre os resultados dos indicadores.

Para esta análise dos Planos Estaduais de Saúde, inicialmente se procurou identificar a concepção de saúde que norteou o conteúdo dos Planos Estaduais, o perfil de saúde do adolescente no Estado e, conseqüentemente, as estratégias e ações que foram planejadas para este segmento populacional.

6.4.1 Concepção de saúde na gestão do Paraná

Segundo o conteúdo analisado no aspecto de concepção de saúde na gestão do Paraná, evidencia-se que, apesar de ambos os Planos iniciarem com uma Análise da Situação de Saúde (Asis) no Estado, o Plano de vigência de 2012-2015 abrange um diagnóstico de situação de saúde ao descrever aspectos relacionados ao perfil demográfico, socioeconômico e de morbimortalidade, enquanto o Plano de 2016-2019

introduz e organiza essa análise em eixos, de maneira a explicar as necessidades e prioridades em saúde, conforme demonstrado nos seguintes trechos:

Assim, o Plano inicia com a Análise da Situação de Saúde, abrangendo aspectos relacionados ao perfil demográfico e socioeconômico e perfil da morbimortalidade, seguida da descrição da Organização e Funcionamento da Gestão Estadual do SUS e Organização do Sistema Único de Saúde no Paraná. Com base nisso, são indicados seus objetivos, diretrizes, ações, metas e indicadores. Esta parte do Plano servirá de referencial para as Programações Anuais de Saúde. Aprovada a metodologia, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná concentrou os esforços para apresentação do diagnóstico da situação da saúde no Estado do Paraná, em parceria com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IparDES. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), a Análise de Situação de Saúde (Asis) é um processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes, que facilitam a identificação de necessidades e prioridades em saúde, a identificação de intervenções e de programas apropriados e a avaliação de seu impacto. Asis é um processo pelo qual se busca explicar o estado de saúde dos habitantes de um determinado espaço geográfico, em um dado momento. Isso é alcançado por meio da análise do entorno segundo o ponto de vista dos diferentes atores sociais. Em resumo, a Asis objetiva produzir informação e conhecimento útil para orientar a ação em saúde coletiva. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

A introdução e apresentação dos Planos diferem na intenção de explicitar, além da metodologia¹² adotada no processo de construção, os princípios adotados como base para o planejamento, execução, acompanhamento e avaliação da gestão em saúde no Estado.

Relacionado ao conceito ou à concepção de saúde, o Plano de 2012 a 2015 traz em seu discurso o aspecto idealizado pela Constituição Federal, enquanto o Plano de 2016 a 2019 não evidencia essa base conceitual, mas destaca a coparticipação do cidadão paranaense na sua saúde, conforme demonstrado nos seguintes trechos:

A saúde, por meio da Constituição Federal de 1988, passou a ser entendida como direito social extensível a todos os brasileiros (art. 6º), e sua gestão

¹²No Plano Estadual de Saúde de 2012-2015 refere-se que a sua formulação teve início com a apresentação, pela SESA, da metodologia proposta para tal elaboração, e após aprovação desta, os esforços foram concentrados para apresentação do diagnóstico da situação de saúde. No entanto, não se encontra registros acerca da metodologia adotada. O Plano Estadual de Saúde de 2016-2019 descreve que a metodologia adotada foi trabalhar em momentos. Entre esses, se encontram: o Momento Explicativo – foco na análise de situação; Momento Normativo – direção; Momento Estratégico – viabilidade; e Momento Tático-Operacional – ação, como caminhos a serem seguidos, sem representar etapas sequencialmente rígidas.

como de competência comum à União, Estados, Distrito Federal e Municípios (art. 23). O art. 196 estabelece ainda que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A regulamentação da Constituição Federal, específica para a área da saúde, foi estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90) que em seu artigo 6º determina como campo de atuação do SUS a “formulação da política de medicamentos (...)” e atribui ao setor de saúde a responsabilidade pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

As metas e diretrizes elencadas neste documento são guias de atuação de gestores e técnicos que têm a função de qualificar o atendimento a todos os paranaenses, mas também de estimular o cidadão paranaense a ser agente de sua própria saúde ao adotar hábitos saudáveis de vida e atitudes preventivas. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

Na perspectiva do perfil de saúde e doença da população no Estado, os Planos articulam o processo com fatores, riscos, danos e determinantes, uma vez que destacam a gestão desses aspectos nas situações de saúde da população, conforme exemplificado a seguir:

Vigilância Epidemiológica: responsável pela análise da situação de saúde, controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis, agravos emergentes, eventos inusitados, bem como a detecção de fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

Ainda nesse contexto, o Plano de 2012 a 2015 associa o estilo de vida à dinamicidade no perfil de saúde, enquanto o Plano de 2016 a 2019 remete a condições de vida e saúde associadas ao aspecto social, como evidenciado nos seguintes trechos:

O perfil de saúde e doença de uma população é um processo dinâmico que pode se transformar por mudanças nos estilos de vida. É o que se observa no Paraná nos últimos anos, com a coexistência das doenças transmissíveis, com importante papel no cenário de morbimortalidade e crescimento acelerado das doenças não transmissíveis, associado aos agravos por causas externas. A composição da mortalidade por grupo de causas mostra a ascensão das doenças não transmissíveis e das causas externas, com a redução das doenças infecciosas, parasitárias e das afecções do período perinatal. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

A constatação de que os problemas sociais do Estado são de natureza estrutural, por compreender um conjunto de condições que dizem respeito à

economia, educação, saúde, renda, infraestrutura urbana, entre outros, indica que a efetividade das políticas setoriais, particularmente as da área social, depende de ações articuladas entre as diversas esferas da sociedade que tenham como foco a melhoria das condições de vida do conjunto da população. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

Como se observa, o Paraná apresenta um quadro de tripla carga de doenças, com predomínio das condições crônicas e o forte incremento da violência em todas as regiões do estado, o que impõe a necessidade de mudar o modelo de organização das redes de atenção à saúde. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

O trabalho da saúde pública parte da constatação de uma realidade de saúde não desejável em uma população e aponta para conseguir mudanças sociais, deliberadas e sustentáveis nessa população. O foco epidemiológico consiste basicamente em: i) a observação dos fenômenos de saúde e doença na população; ii) a quantificação deles em frequências e distribuições; iii) a análise das frequências e distribuições de saúde e de seus determinantes; e iv) a definição de cursos de ação apropriados. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

Diante dessas perspectivas, percebeu-se que os Planos mencionam a necessidade de modificação da atenção à saúde definidos a partir do perfil das condições social, de saúde e da doença populacional. Sendo assim, os trechos a seguir, demonstram que os Planos mapeiam situações de doenças e grupos sociais em vulnerabilidade:

32 municípios paranaenses apresentam taxa de domicílios sem banheiro/sanitário superior a 2%, sendo mais graves os casos de Altamira do Paraná, Mato Rico, Laranjal e Doutor Ulysses, municípios cujas taxas suplantam a marca de 5%. (...). Em uma visão mais desagregada, nota-se que a pobreza domiciliar concentra-se na região central do Estado, com os melhores resultados sendo registrados, de um modo geral, pelos municípios localizados no espaço setentrional, no Oeste e na área polarizada por Curitiba. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

(...) persistem outras situações de enfrentamento, como a emergência (ou reemergência) de agravos à saúde: hepatites, dengue, bactérias multirresistentes, zoonoses e epizootias de interesse à saúde pública, entre outras. Por outro lado, antigos problemas de saúde pública persistem, como a tuberculose, a hanseníase, a malária, as doenças sexualmente transmissíveis/DST e Aids. Outro desafio para o SUS no Estado é o de controlar riscos e agravos relacionados aos novos tempos, de globalização, como os derivados do aumento vertiginoso da circulação de pessoas e mercadorias de outros países e a introdução de novos produtos e tecnologias, em um mercado aberto e sem fronteiras. Há também a preocupação com as pandemias, como a da influenza em 2009, com a relação meio ambiente e saúde; com o abuso na utilização de medicamentos, agrotóxicos e drogas veterinárias; com os agravos à saúde do trabalhador e com os direitos dos consumidores e usuários do sistema, muito mais ativos e organizados. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

Destaca-se, quanto às populações vulneráveis, a vulnerabilidade aqui entendida como: condições determinadas por fatores ou processos físicos, sociais, econômicos e ambientais que aumentam a suscetibilidade de uma comunidade ou indivíduos ao impacto de ameaças. No contexto da saúde, a vulnerabilidade causa a fragilidade de indivíduos e coletivos, expondo-os a

situações desfavoráveis à saúde, às quais se denomina risco. A vulnerabilidade, em todas as suas formas, pode acarretar danos à saúde do indivíduo no decorrer dos diversos ciclos de vida. Para que os indivíduos possam ter a capacidade de lutar contra esses danos, devem ser demandados esforços conjuntos de todos os setores da sociedade (esferas pública e privada), que permitam o acesso dos indivíduos aos serviços essenciais básicos e que, dessa forma, possam contribuir para o empoderamento dos mesmos. No que tange às comunidades vulneráveis, a SESA tem trabalhado desenvolvendo ações que contribuem para a melhoria do acesso dessas aos serviços do SUS. Com destaque para as populações negras e indígenas, pessoas privadas de liberdade, população em situação de rua, população migrante e refugiados e as famílias que estão em acampamentos e assentamentos rurais no Paraná. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

O estudo referente às condições sociais, ambientais e de infraestrutura habitacional, realizado a partir de dados relativos, calculados em proporções e percentuais, evidenciou a existência de porções territoriais que agregam conjuntos de municípios com indicadores entre os mais críticos do Estado, não por acaso, nas áreas em que a economia estadual é mais frágil e que se caracterizam por perdas de população. Essas porções estão localizadas, especialmente, no Vale do Ribeira e em uma ampla extensão de municípios contíguos situados na porção central e centro-sul do Estado e que se alonga em direção ao Norte Pioneiro. Esse conjunto de condições denuncia que a precariedade e a vulnerabilidade social do Paraná são de natureza estrutural, ou seja, estão fortemente atreladas à dinâmica econômica historicamente em desenvolvimento no Estado e ao papel e à capacidade do poder público de intervir para assegurar as mesmas condições de vida à totalidade da população. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

Entre os dois Planos analisados, o período de 2012 a 2015 utiliza-se dos aspectos demográficos e socioeconômico, com descrição das taxas para comparação nacional, além de reconhecer e sinalizar a representatividade territorial empobrecida e/ou problemas de saúde.

6.4.2 O perfil de saúde do adolescente no Estado

Acerca do perfil de saúde do adolescente no Estado, em um processo técnico de quantificação, os dois Planos apontaram uma constatação da realidade de doenças nessa população, além da população de qualquer faixa etária. Conforme demonstrado nos trechos abaixo, foi dado ênfase às características segundo a faixa etária, sexo e uma intenção de análise segundo o gênero. No entanto, cabe destacar que o termo foi utilizado como sinônimo de sexo e não como categorial social.

Na análise de gênero, outra característica que surge é a morte por transtornos mentais e comportamentais, estando entre as 10 principais causas de óbito

entres homens a partir de 20 anos; e a mortalidade na gravidez e puerpério aparecendo como a 3ª causa de óbito entre mulheres de 15 a 19 anos. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

Aids (...) os últimos dados epidemiológicos apontam ainda para o aumento do número de casos em heterossexuais (63,19% dos casos estão associados à forma de contato heterossexual) e em mulheres (principalmente na faixa etária de 15 a 19 anos que concentra 49,13% dos casos). (...) As Regionais de Saúde que apresentam maior número absoluto de casos de Aids acumulados são: a 2ª com 12.400 casos (47%), a 17ª com 2.487 (9,4%) e a 15ª com 1.756 (6,7%), somando 63,1% dos casos notificados no Estado. A taxa de incidência em adultos foi 12,37 casos por 100.000 habitantes, no ano de 2010, no Paraná; e as regionais com maior risco de ocorrência de casos novos são: Paranaguá, Foz do Iguaçu, Região Metropolitana, Ponta Grossa, Londrina e Cascavel, gráfico 10. Essas informações mostram um cenário de heterossexualização, feminilização e interiorização da epidemia no Estado. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

As causas externas são as principais causas de morte nas faixas etárias mais jovens (infância, adolescência e jovens adultos), havendo mais vítimas entre os homens. Entre eles, os acidentes e as violências constituem a segunda causa de morte com cerca de 20%, enquanto entre as mulheres estão em quinto lugar (com 6,2%). (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

Atualmente, cerca de 985 adolescentes e jovens cumprem medidas socioeducativas, ou seja, encontram-se sob a tutela do Estado (Fonte: SEDS). Após habilitação do POE pela Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde (ASAJ-MS), poderá iniciar a formulação dos Planos Operativos Municipais para habilitação dos municípios e repasse do incentivo financeiro. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

violência doméstica, sexual ou outra violência interpessoal (...) o perfil da principal vítima dessa violência, antes silenciada nas estatísticas dos serviços de atendimento, é da mulher adolescente e/ou adulta jovem. Também se evidencia que a mulher é o principal alvo dessa forma de violência em todas as faixas etárias, sendo os homens mais vitimizados na infância e na adolescência. (...). Quanto à distribuição por sexo, nota-se que até os 19 anos predominam as notificações no sexo masculino, e isto se inverte a partir dos 20 anos quando predominam as notificações no sexo feminino. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

No âmbito intraestadual, observam-se similaridades e heterogeneidades nas estruturas etárias regionais. Considerando grandes grupos de idade e comparando 2000 e 2010, tem-se que todas as RS reduzem seus contingentes de crianças e jovens abaixo de 15 anos e apresentam incrementos substanciais de população em idade ativa (15 a 59 anos) e de idosos. Esses processos, no entanto, se desenvolvem em ritmos desiguais. Algumas RS, como Ivaiporã e Campo Mourão, evidenciam taxas elevadas de decréscimo de crianças e jovens na última década, no patamar de -3% ao ano. Outras, como a Metropolitana, Ponta Grossa, Paranaguá e Telêmaco Borba, expressam declínios inferiores a -1% ao ano. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

Causas de morte por faixa etária (...). Nos homens, na faixa de 10 a 19 anos estão: Causas externas em primeiro lugar e, em seguida, as neoplasias, Doenças do Sistema Nervoso e Doenças do Aparelho Circulatório. Nas mulheres, na faixa de 10 a 19 anos, as Causas Externas estão em primeiro lugar e, em seguida, as neoplasias e as Doenças do Sistema Nervoso. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

As mulheres, adolescentes e jovens, são as principais vítimas da violência doméstica e sexual. Conforme Gráfico 16, de 2011 a 2014, o maior número de casos de violência doméstica e sexual em quase todas as faixas etárias foi no sexo feminino (64,9%). Apenas entre 5 a 9 anos, o sexo masculino representou um pequeno percentual de casos a mais (53,78%). A grande maioria das notificações concentra-se na faixa etária entre 10 e 39 anos, sendo a mulher de 20 a 29 o maior número de casos notificados. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

Numa análise de gênero em relação ao tipo de violência sexual, observa-se maior ocorrência de casos de estupro (66,3%) entre os 7.492 casos de violência sexual contra a mulher, seguido de assédio sexual (25,2%). É com as adolescentes (10 a 19 anos) a maior ocorrência dessas formas de violência (2.288 casos de estupro). (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), de 2012, realizada por inquérito com escolares do 9º ano do Ensino Fundamental (13 a 15 anos de idade) nas capitais de todos os estados (IBGE, 2013), indicou que o consumo atual de bebida alcoólica entre os escolares (consumo dentro dos 30 dias que antecederam a pesquisa), foi de 26,1% nas capitais do Brasil, e não apresenta diferenças relevantes entre o sexo masculino (25,2%) e feminino (26,9%). Em Curitiba, esse dado apontou maior consumo entre as meninas (32,3%) do que entre os meninos (28,8%), e em todas as variáveis relativas ao consumo de álcool, Curitiba esteve acima das capitais do Brasil. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

Foi investigado também o uso de drogas ilícitas, tais como: maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume e ecstasy. Os dados, conforme o Quadro 5, evidenciaram que, nas capitais do Brasil, 7,3% dos escolares já usaram drogas ilícitas, sendo observado o dobro em Curitiba. Em 2009, os que usaram drogas ilícitas uma vez foram 13,2%, passando para 14,4% em 2012. Considerando o gênero masculino, o percentual permaneceu estável (14,3%), já o feminino apresentou aumento no período passando de 12,1% para 14,8% em 2012. Em 2012, na capital do Paraná, a prevalência referente ao uso de maconha nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa foi de 7,4%, dado 3 vezes superior ao dado nacional sem diferença entre os sexos (Quadro 5). O uso do crack também foi experimentado alguma vez pelos escolares. Nas capitais do Brasil, foi de 6,5% e em Curitiba, 3,2%. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

O perfil de morbimortalidade nos Planos do Estado esteve centrado nos indicadores de doenças, respectivos riscos e causas que mais acometem os adolescentes no período, com destaque para situações de causas externas, violências e uso de drogas.

6.4.3 Planejamento de ações para os adolescentes no Paraná

Particularmente sobre a saúde do adolescente, o Plano de 2012 a 2015 elencou as iniciativas das ações do Estado e as estratégias de cuidado inseridas na coordenação da APS e o Plano de 2016 a 2019 abordou, de maneira geral, os serviços que integram ações voltadas a essa população, conforme os discursos a seguir:

Baseado na Diretriz Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens, as iniciativas no Estado do Paraná incluem: -Caderneta de Saúde do Adolescente: é um instrumento que visa apoiar a atenção à saúde da população juvenil, entre 10 e 19 anos de idade. -Programa Saúde na Escola (PSE): é um programa interministerial, dos Ministérios da Saúde e da Educação, e constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar (crianças, adolescentes e jovens), envolvendo intersetorialmente as equipes de atenção básica, prioritariamente as equipes de saúde da família, e da educação básica pública. O Estado do Paraná conta com 82 municípios participantes do Programa. -Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei: O Plano Operativo Estadual (POE) de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei em regime de Internação e Internação Provisória tem por objetivo estruturar as ações e serviços de atenção integral à saúde em 18 unidades existentes no Paraná, denominadas Centros de Socioeducação (Censes). A gestão do POE e a implantação do Plano serão atribuições da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), em conjunto com a Secretaria Estadual da Família e Desenvolvimento Social (SEDS), gestora do Sistema Socioeducativo. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

1. Articulação junto à Secretaria de Estado da Educação (SEED) de estratégias para acompanhamento da saúde da criança e adolescente em idade escolar. 2. Implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente nos municípios do Estado. 3. Estímulo para expansão do Programa Saúde na Escola (PSE) em todos os municípios paranaenses. 4. Estímulo para o desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas para a capacitação das equipes de atenção primária em saúde em tecnologias de abordagens significativas para a população adolescente, em especial aos adolescentes vulneráveis. 5. Habilitação do Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei. 6. Implantação de incentivo financeiro para os municípios sede de Cense para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde. 7. Estímulo para desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde do adolescente, de caráter intersetorial, com grupos multiprofissionais e multidisciplinares, em todos os municípios, incluindo aspectos sobre: sexualidade, gravidez precoce, prevenção de DST/Aids, prática de atividade física, nutrição, violência, uso de álcool e drogas. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

Situado em Curitiba, o CRAID presta atendimento ambulatorial de qualidade, interdisciplinar, integrado e resolutivo para crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, portadoras de deficiências e bebês com risco neurológico, buscando o desenvolvimento das potencialidades humanas, com integração psicossocial e melhor qualidade de vida. Seu objetivo principal é melhorar a qualidade de vida da Pessoa com Deficiência (criança e adolescente) e de sua família; por meio de um atendimento global, interdisciplinar e centralizado. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

Quanto ao monitoramento das ações prioritárias para o enfrentamento às violências, constatou-se que: os municípios de Campo Largo, Colombo, Curitiba, Piraquara, Quitandinha e São José dos Pinhais, da 2ª RS, fazem parte da Rede Metropolitana de Atenção às Mulheres em Situação de Violência, o município de Curitiba possui em funcionamento também a Rede de Proteção a Violência contra a Criança/Adolescente. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

Já o Plano Operativo Estadual (POE) de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei em regime de internação e internação provisória e semiliberdade tem por objetivo estruturar as ações e serviços de

atenção integral à saúde em 19 unidades existentes no Paraná, denominadas Centros de Socioeducação (Censes). Os Censes estão distribuídos em 16 municípios, sendo esses: Campo Mourão, Cascavel, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Foz do Iguaçu, Laranjeiras do Sul, Londrina, Maringá, Paranaíba, Pato Branco, Piraquara, Ponta Grossa, Santo Antônio da Platina, São José dos Pinhais, Toledo e Umuarama. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

O Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), constituído em 1973, em Curitiba, presta assistência ambulatorial aos portadores de transtornos mentais e usuário de substâncias psicoativas nas modalidades de: atendimento ambulatorial infanto-juvenil e adulto, centro de atenção psicossocial infantil, farmácia especial, oficina terapêutica, além de atuar como unidade de regulação de leitos psiquiátricos. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

A partir do diagnóstico da situação de saúde de todo Paraná, os Planos estabeleceram metas e diretrizes para a atuação da Secretaria Estadual com o objetivo de ampliar o acesso da população geral a serviços de saúde de qualidade, com a intenção de intervir pontualmente nos vazios assistenciais. Nesse sentido, ambos os Planos caracterizaram a Atenção Primária à Saúde como principal orientadora da Atenção à Saúde, com pautas em suas diretrizes que visam favorecer esse eixo, conforme demonstra os trechos a seguir:

Nesta estrutura, encontram-se as coordenações das políticas estaduais de Atenção Primária em Saúde, Atenção às Condições Crônicas e Atenção às Urgências e Emergências. A Atenção às Condições Crônicas envolve as Políticas de Saúde Mental, da Pessoa com Deficiência, Saúde do Homem e do Idoso, Atenção ao Portador de Diabetes e Hipertensão, Comunidades Vulneráveis, Controle do Câncer, Controle do Tabagismo e do Risco Cardiovascular e do Enfrentamento da Violência. Nas Regionais de Saúde, essas políticas estão sob responsabilidade da Divisão de Atenção e Gestão em Saúde, por meio das Seções de Atenção Primária e a de Ações Estratégicas e Redes de Atenção. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

A Atenção Primária em Saúde (APS), dentro dessa Superintendência, está sob coordenação do Departamento de Atenção Primária em Saúde, onde estão inseridas as políticas de: Saúde da Família; Saúde da Mulher; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Saúde do Homem; Saúde do Idoso; e Saúde Bucal. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

A SESA reconhece a Atenção Primária à Saúde como principal articuladora e coordenadora da Atenção à Saúde em todos os municípios do Paraná, conhecendo o seu território e os seus determinantes sociais da saúde. Atuando com ações de promoção, prevenção e cuidado dos cidadãos, com políticas de atenção integral e suas Linhas de Cuidado. Do ciclo vital: criança, adolescente, mulher, homem e idoso; e políticas transversais: gestante, saúde bucal, mental, alimentação e nutrição, risco cardiovascular, hipertensão e diabetes, urgências/emergências, saúde do escolar, prevenção do câncer, deficiências, enfrentamento das violências, populações vulneráveis (indígena, negra, privada de liberdade, em situação de rua, e outras), etc. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

No que se refere à atuação da Atenção Primária na Rede de Assistência à Saúde, os Planos destacam estratégias que favorecem ações para a coordenação do cuidado, conforme os discursos a seguir:

Para que a Atenção Primária à Saúde assuma de fato seu papel no sistema de saúde – de resolver grande parte dos problemas de saúde da população, coordenadora do cuidado dos usuários e responsável pelos resultados sanitários de uma determinada população, é necessária a criação de mecanismos de apoio para sua ampliação e consolidação e ações de reorientação das práticas profissionais voltadas à formação e qualificação das equipes de saúde. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

Implantar o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, como eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

Na busca de tornar a Atenção Primária à Saúde (APS) a coordenadora do cuidado ao cidadão, a SESA definiu como ação estratégica a implantação do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS. Instituído em 2011, traz uma nova lógica para a organização da Atenção Primária à Saúde, estreitando as relações entre o Estado e os Municípios; fortalecendo as capacidades de assistência e de gestão, com vistas à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Mudar o modelo de atenção à saúde centrado nas condições agudas, para o modelo de atenção às condições agudas e crônicas, promovendo o trabalho em equipe, a gestão da clínica, a gestão do caso e as tecnologias de promoção do autocuidado apoiado; promover e implementar ações de Promoção da Saúde nas equipes de APS, e as ações intersetoriais, com vistas ao enfrentamento dos Determinantes Sociais da Saúde. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013; PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

Organizar as ações de saúde e os fluxos nas Unidades Básicas de Saúde, com base na consolidação de territórios sanitários adscritos às equipes de APS. Isso ocorrerá por meio do acesso a práticas orientadas a todos os usuários/famílias da comunidade, em todo o ciclo de vida, inclusive a fase laboral e produtiva, visando à garantia da integralidade da atenção, mediante oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013; PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

As ações para operacionalização do processo serão (...) o desenvolvimento da política estadual de formação e de educação permanente, de acordo com as necessidades de saúde da população e voltada para os trabalhadores da saúde; (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

Outra estratégia é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, que visa induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades da população. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

Na busca de tornar a Atenção Primária à Saúde (APS) a coordenadora do cuidado ao cidadão, a SESA definiu como ação estratégica a implantação do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS. Instituído em 2011, traz uma nova lógica para a organização da Atenção Primária à Saúde, estreitando as relações entre o Estado e os Municípios; fortalecendo as capacidades de assistência e de gestão, com vistas à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

Promoção da Educação Permanente, com vistas à qualificação dos profissionais da APS. Elaboração, impressão e distribuição de materiais técnicos, educativos e de orientação para profissionais e comunidade. Estímulo e estabelecimento de parcerias para desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde de caráter intersetorial e interinstitucional. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

Meta: Reduzir para 28% as internações por causas sensíveis à atenção primária. Ações: Implantação e implementação de protocolos e fluxos de atendimento. Monitoramento e avaliação do cuidado às doenças sensíveis à Atenção Primária. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

Meta: Realizar 15 iniciativas anuais voltadas à Promoção da Saúde para usuários, gestores e profissionais da saúde. Ações: Qualificação de pedagogos e professores no Programa Saber Saúde, por meio da modalidade EAD, nas seguintes temáticas: Tabagismo; Uso Abusivo do Alcool; Alimentação Saudável; Atividade Física; Exposição Solar. • Incentivo à utilização da tecnologia do Cuidado Compartilhado nas equipes de Atenção Primária à Saúde e com a elaboração dos planos de autocuidado apoiado junto aos usuários. • Estruturação da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade na Atenção à Saúde às Pessoas em Condição Crônica. • Promoção da intersetorialidade no desenvolvimento das Ações. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

Os Planos convergem na intencionalidade de modificação do modelo de atenção, com o objetivo de aperfeiçoamento dos profissionais para atender as necessidades em saúde da população e para ações de promoção da Saúde e prevenção de agravos. Para além das estratégias direcionadas à Atenção Primária à Saúde, os Planos pontuaram aspectos em suas diretrizes, objetivos, metas e/ou indicadores que se associam de maneira transversal com as questões encontradas em relação aos adolescentes no Estado, conforme evidenciado nos trechos a seguir:

Reduzir a Mortalidade por Causas Externas. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

Desenvolver Programa de Enfrentamento às Violências no Estado do Paraná articulado com outras áreas do governo. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

Os dados epidemiológicos levantados no Paraná apontam que as causas externas de morbidade e mortalidade, como os acidentes de trânsito e a violência interpessoal têm aumentado significativamente em todas as regiões do Estado, demandando para a saúde o complexo desafio de alterar esses índices promovendo a melhoria da saúde da população, bem como, a implementação da Cultura da Paz. Nessa perspectiva, a SESA vem se

estruturando para apoiar a implantação e implementação da Rede de Prevenção de Violências e Promoção à Saúde; organizando a atenção nos diferentes segmentos populacionais, particularmente representados por crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência, adolescentes em conflito com a lei, entre outros. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

1. Capacitação e monitoramento das equipes das Regionais de Saúde e Municípios do Estado, quanto ao enfrentamento da violência. 2. Elaboração e divulgação da Linha Guia de Atenção à Mulher em Situação de Violência. 3. Elaboração, impressão e distribuição de materiais técnicos, educativos e de orientação para profissionais e comunidade. 4. Implantação de ações conjuntas com a Secretaria de Segurança na divulgação dos riscos, na prevenção da violência e na atenção às vítimas de violência. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013).

Nas ações de prevenção da violência e promoção da paz, destaca-se a elaboração da Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas em Situação de Violência, a qual tem como objetivo organizar e articular os recursos nos diferentes serviços das redes de atenção à saúde e estabelecer o percurso do cuidado a partir das situações de vulnerabilidades e dos riscos. A atenção à violência sexual, em especial, exige disponibilização de recursos especializados em período integral. Em 2014, a SESA formou cooperação técnica com a SESP para o atendimento integral e humanizado às pessoas em situação de violência sexual. A partir de então, o atendimento passa a ser realizado em hospitais de referência, por equipes multidisciplinares. Os profissionais médicos dessas equipes são nomeados peritos ad hoc para que durante o atendimento clínico realizem também a coleta de vestígios, evitando que as pessoas precisem dirigir-se ao IML para a realização desse procedimento. Em 2015, foi elaborado o Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual, que orienta o trabalho das equipes de saúde. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

Meta: Estruturar serviços em hospitais de referência para o atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual, nas 22 Regiões de saúde. Ação: Divulgação e disponibilização do Protocolo para Atendimento Integral às pessoas em situação de violência sexual aos serviços de saúde. (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016).

Destaca-se que a identificação de planejamento ou continuidade de ações para os adolescentes apareceu no Plano de 2012 a 2015, vinculadas à Diretriz do Programa de Qualificação da APS, com pauta específica de ações de Saúde da Criança e do Adolescente. No mesmo capítulo de Diretrizes do Plano de 2016 a 2019 não foi evidenciado na Matriz do processo de discussão uma linha de ação a ser seguida para essa população no período do Plano.

6.5 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

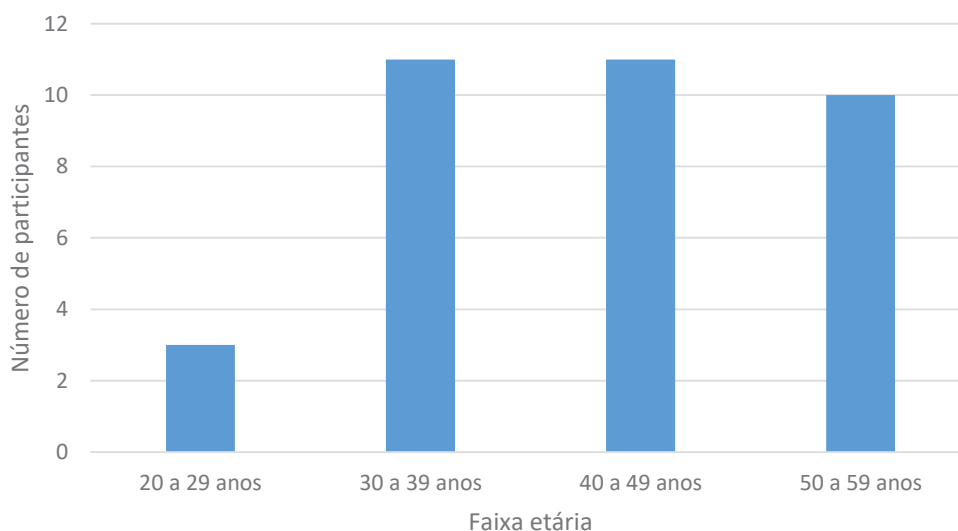
A partir deste tópico, apresentam-se os resultados obtidos a partir das entrevistas com os gestores e os profissionais de nível superior que atuam na Atenção Primária à Saúde dos 03 municípios da 2ª Regional de Saúde selecionados neste

estudo. Inicialmente, será apresentada a categorização dos entrevistados, seguida pelas categorias elencadas com base nas entrevistas.

Participaram da pesquisa 35 profissionais, sendo 06 (17,14%) representantes da gestão local de saúde e 29 (82,85%) profissionais de nível superior, que atuam em Atenção Primária à Saúde nos três municípios com maior número de adolescentes internados por causas sensíveis à atenção primária no período, conforme critérios do estudo. Quanto à distribuição dos participantes por sexo, houve predomínio de mulheres, sendo 27 (77,14%) participantes do sexo feminino e 08 (22,85%) do sexo masculino. Com relação ao tempo em que o participante atuava nos municípios, variou entre mínimo de 01 ano até 30 anos, com média de atuação de 14 anos e 04 meses.

Quanto à idade dos entrevistados, houve concentração nas faixas etárias de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos, ambas com o mesmo número de entrevistados, 11 (31,42%) em cada subgrupo; seguida pelo subgrupo de 50 a 59 anos representado por 10 (28,57%) participantes e 05 (14,28%) participantes na faixa etária entre 20 e 29 anos. A seguir, os dados estão apresentados no GRÁFICO 3.

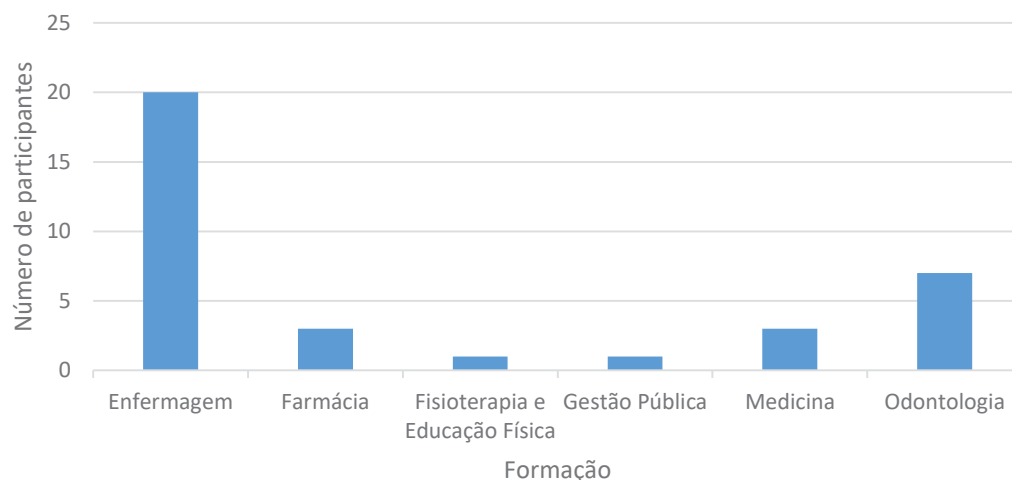
GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES CONFORME FAIXA ETÁRIA. PARANÁ, 2021.



FONTE: A autora (2021).

Com relação à formação dos entrevistados, conforme GRÁFICO 4, 20 (57,14%) referiram graduação em Enfermagem, 07 (20%) participantes com formação em odontologia, 03 (8,57%) em medicina, 03 (8,57%) participantes com graduação em farmácia, 01 (2,85%) com graduação em fisioterapia e educação física e 01 (2,85%) em gestão pública.

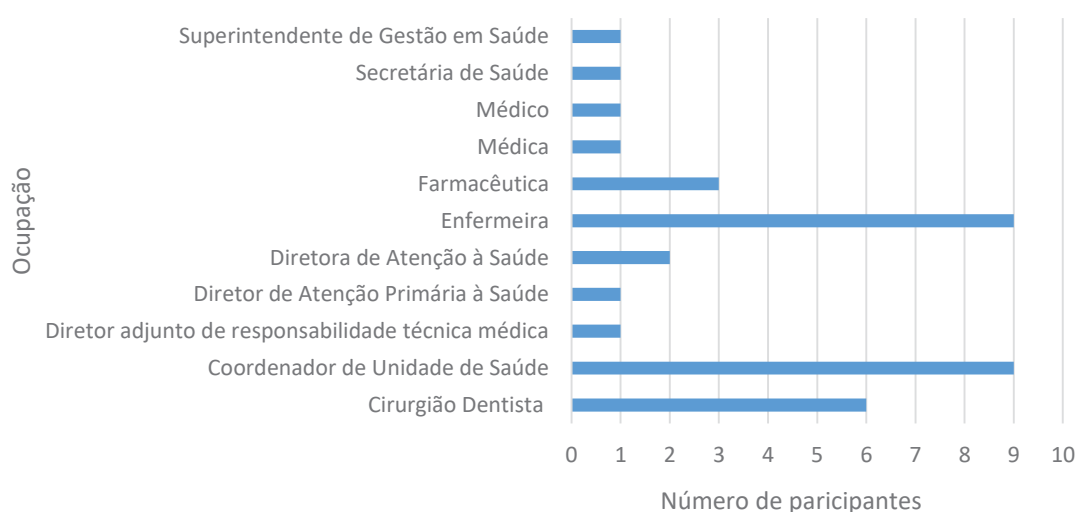
GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES CONFORME FORMAÇÃO PROFISSIONAL. PARANÁ, 2021.



FONTE: A autora (2021).

Com relação aos cargos que ocupavam na gestão local, secretarias municipais de saúde ou órgão correspondente, os participantes foram distribuídos, conforme GRÁFICO 5, em 02 (5,71%) diretores de Atenção à Saúde, 01 (2,85%) Secretária de Saúde, 01 (2,85%) diretor de Atenção Primária em Saúde, 01 (2,85%) Superintendente de Gestão em Saúde, e 01 (2,85%) Diretor adjunto de responsabilidade técnica médica. As ocupações dos profissionais de nível superior que atuam em APS estiveram entre 09 (25,71%) enfermeiros, 09 (25,71%) coordenadores de unidade de saúde, 06 (17,14%) cirurgiões-dentistas, 03 (8,57%) farmacêuticos e 02 (5,71%) médicos.

GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES CONFORME OCUPAÇÃO. PARANÁ, 2021.

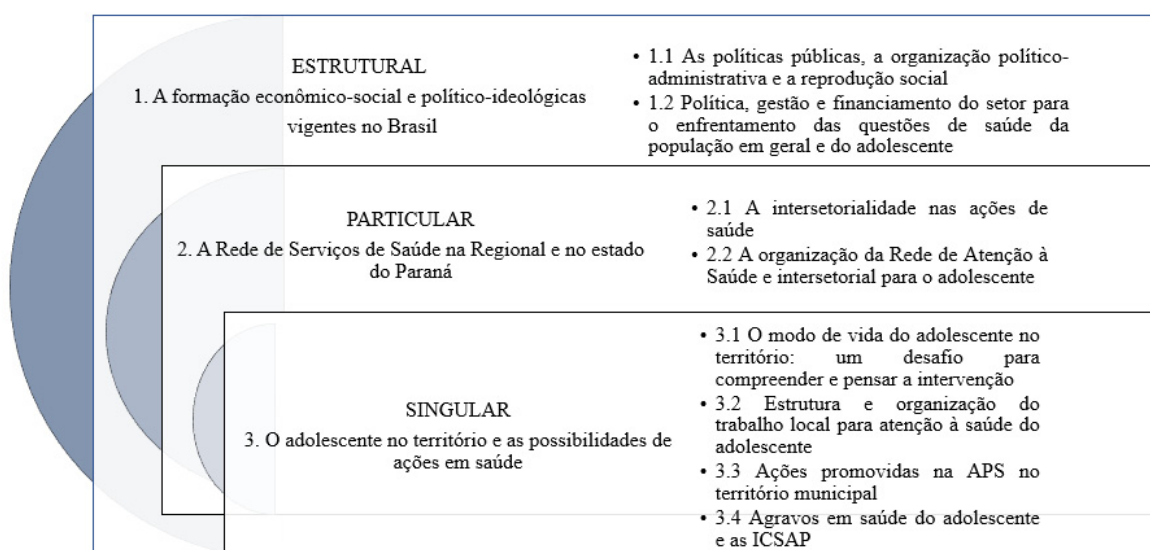


FONTE: A autora (2021).

6.5.1 Conteúdo das entrevistas dos participantes – gestores e profissionais de saúde sobre as ICSAP de adolescentes de seus municípios

Os dados coletados nas entrevistas realizadas com os participantes, gestores e profissionais de saúde dos três municípios com maior número de ocorrências – Colombo, Curitiba e São José dos Pinhais – foram organizados com o auxílio do software *WebQDA*® e submetidos à análise de conteúdo (BARDIN, 2011), à luz da categoria analítica ‘determinação social’. A partir da organização das informações, se identificaram conteúdos relacionados a processos que se encontram nas dimensões da realidade do fenômeno estudado, conforme propõe a Tipesc – estrutural, particular e singular. Na sequência, os núcleos de sentido identificados nas falas foram classificados e agrupados em códigos árvore e subcódigos árvore, os quais representam as categorias e subcategoria temáticas, que foram nomeadas conforme os temas emergidos. A seguir, na FIGURA 5, está a representação final desse processo de organização.

FIGURA 5 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS IDENTIFICADAS A PARTIR DO PROCESSO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO, COM APOIO DO SOFTWARE WEBQDA®. PARANÁ, 2021.



FONTE: A autora (2021).

6.5.1.1 Categoria 1 – A formação econômico-social e político-ideológica vigente no Brasil

Nesta categoria, são apresentadas as falas dos entrevistados, gestores e profissionais de saúde, que descrevem processos presentes na dimensão estrutural da realidade objetiva. Os depoimentos indicam a repercussão do processo de mudança promovido pelo governo federal na política de atenção básica à saúde a partir do ano de 2017. Mostram o quão desafiante se tornou a prática nesse nível de atenção à saúde e, ainda, descrevem o que concerne à responsabilidade do Estado para a organização do Sistema de Saúde e como esse processo reflete nas outras esferas de governo.

- **As políticas públicas, a organização político-administrativa e a reprodução social**

Os entrevistados apontaram que a realidade observada em seus territórios, expressões de saúde individual ou coletiva, está relacionada às mudanças políticas, econômicas e sociais no país, pois essas levam a população economicamente ativa a ter perda de emprego ou mesmo a ter emprego com vínculos temporários, sem garantia de direitos, conforme as regulamentações previstas na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Para os entrevistados, a precarização atual dos direitos dos trabalhadores se deve às alterações na legislação concernente à contratação da força de trabalho nos diversos setores de produção, um processo que levou muitos indivíduos a buscarem atividades liberais e autônomas, desenvolvendo suas produções sem conhecer as regulamentações próprias para a prestação de serviços que se propuseram a desenvolver. Entre essas atividades, os entrevistados citaram a produção de alimentos para comercialização, sem seguir as normativas da vigilância sanitária, o que consideraram como um processo que iria implicar na saúde da população. Assim, perceberam o momento como sendo de muito desafio para os profissionais do setor público, este somados ao aumento significativo de usuários nos últimos anos, conforme apontam as falas a seguir:

E13 – E as gastroenterites infecciosas e complicações é, vamos lembrar aí que comida rápida, come de qualquer lugar, e por isso que eu pontuei que a cidade ainda não está na questão desenvolvida, então falta ainda a questão lá da vigilância, abre vários locais que a gente, depende do lugar, você nem sabe com quais condições que tem. “Nem todas (se referindo aos

estabelecimentos de refeição), eu acho que isso daí é aquela coisa que a gente percebe, pela perca financeira ou pelos problemas econômicos do país, muitos perderam empregos, então abriram comércios e comércio de comida”.

E 25 – Eu não chamaria de fragilidades, eu chamaria de desafio, o fato da população que está no SUS está aumentando a cada ano, nos últimos 02 anos 140 mil pessoas migraram para o SUS em (citou o nome do município). Então o cenário econômico traz o impacto das pessoas perderem plano de saúde, perderem seus empregos, perderem esses planos que são empresariais e essas pessoas vêm pro Sistema.

Nessa perspectiva, a seguir, os participantes consideraram o (des) financiamento do setor, a precarização na relação de destinação de orçamento pelas esferas de governo – federal, estadual e municipal – e apontaram que, muitas vezes, a identificação das prioridades orçamentárias não concerne com as demandas locais.

E30 – E pelas Políticas Públicas de Saúde, cada vez mais recursos da saúde escasso. E aí, que que os municípios fazem também? Porque daí a esfera, vem a verba federal, estadual e municipal. E daí como é que fica?.

E33 – É estrutural, não depende muito da gente, a gente depende do governo, depende da prefeitura, das estratégias que eles têm. A gente sabe que o dinheiro é enviado pelo Ministério da Saúde, vai pro Estado, o Estado tem que repassar pra prefeitura. Mas no caso do governo ali com o (citou nome de um atual Deputado Federal), alguns repasses não foram feitos, por briga entre governador e prefeito, isso afetou muito.

E 7 – Esse ano foi ano de conferência. Não sei como que funcionou lá (se referindo a outro município), mas as nossas conferências aqui, aqui em (citou nome do município), a gente tratou da PNAB, em (citou nome de outro município) a gente tratou a PNAB e daí eu sei porque um dos nossos conselheiros, do nosso conselho local de saúde, ele foi até Brasília na Conferência Nacional e lá foi aprovada a revisão da PNAB e as discussões dos usuários e dos trabalhadores eram referentes a isso, ao desmonte da Estratégia de Saúde da Família, que ele veio, esse desmonte, pela legislação, pela PNAB, então a gente fica meio de mãos atadas. Mas o conselho, ele tem essa autonomia de fazer com que em votação paritária, então trabalhador, usuário e o próprio gestor, que eu acho que o gestor não quis, mas foram a maioria ali, faça com que isso seja revisto. Então a gente tem uma luz no fim do túnel, ainda tem. Mas vai ser difícil, porque é uma briga de gigantes, por mais que tenha essa força da comunidade entender que a Estratégia ela é importante, ainda assim é pouco perto da política.

E29 – Então, eu percebo assim, esses planos aí de atenção nas escolas, junto às escolas, é um embrião assim, porque eu acho que isso é uma questão de Política de Saúde de longo prazo. Então, às vezes assim, a Unidade fica um pouco a mercê do que é solicitado de metas, então você tem que balancear metas a cumprir com a Política de Saúde que nem sempre contempla isso. Às vezes, as metas solicitadas são pra cumprir alguns fatores que justifiquem verbas e questões assim, então a parte preventiva, nem sempre ela é muito atraente pra metas, pelo menos as metas que a gente tem ultimamente. Então é todo um balanceio meio complicado assim, então eu acho que os instrumentos... digamos assim, a ideia existe, agora precisa fomentar isso eu acho, com talvez um pouquinho mais de preparo no sentido de curso pra alguns servidores que estão mais envolvidos com isso, até por merecimento e talvez colocar essas ações preventivas a nível de metas também. Agora, às vezes também, muita meta às vezes acaba o

envolvimento sendo menor, tem que correr atrás de tanta coisa que acaba uma determinada situação não...

A problematização da Política Pública de Saúde, assim como do financiamento para o setor, foi apontada como fio condutor de um processo de desmonte do setor no atual cenário brasileiro. A seguir, a fala de uma participante aponta a falta de recursos humanos e caracteriza a fragilização dos avanços e da ascensão de conceitos e concepções importantes para promover o direito à saúde.

E7 – E assim, eu vejo que depois dessa PNAB nova de 2017, aí afundou tudo muito mais, porque eu vejo que todos os municípios, eles estão fazendo essa territorialização e aí dentro da PNAB, quando ela fala que “as áreas de vulnerabilidade é que terão que ter equipe completa, 100% de cobertura”, então isso quebra um pouco. Tá, então a gente não vai ter 100% de cobertura, o que que a gente vai conseguir fazer, né? Já tem um déficit de recursos humanos, imagine como que vai ficar pensando dessa forma.

Por outro lado, alguns entrevistados atribuem pontos positivos na mudança da Política de Saúde, que justificam a adoção dessas alterações regulamentares e, conseqüentemente, a mudança do modelo de gestão e contratação de profissionais, conforme exemplificado a seguir:

E2 – E nessa PNAB, ela veio trazer a integração da Vigilância, que eu acho que é o ponto mais importante, eu posso discordar talvez com várias coisas dentro da PNAB também, mas é a integração.

E25 – E uma outra questão que são os modelos de gerência e o modelo de gestão do sistema em relação à contratação de profissionais, que na minha opinião, nos restringirmos à contratação por concurso público nos causará uma enorme dificuldade, inclusive por isso (citou o nome do município) já está adotando outras maneiras de contratação que não só o estatutário, o servidor estatutário e observando resultados bastante expressivos com esses outros mecanismos, seja Fundação, seja OS, hoje a gente já tem resultados bastante expressivos.

- **Política, gestão e financiamento do setor para o enfrentamento das questões de saúde da população em geral e do adolescente**

O comprometimento da gestão em concretizar as ações do setor com o financiamento público precário foi apontado por alguns participantes como uma dificuldade contínua, a qual implica diretamente na garantia do direito constitucional do cidadão à saúde. A ineficiência para a implementação e avaliação das ações se tornou um desafio na gestão dos recursos financeiros quando há fragmentação desses e, ainda, quando esses são destinados para ações de programas específicos ou que são dirigidos para atender a um grupo ou situação de saúde bem delimitada.

Para os entrevistados, essa lógica de financiamento contribui para desfigurar os princípios e as diretrizes do SUS. Para um dos entrevistados, entender que há internações hospitalares que poderiam ser revertidas com ações locais permitiria refletir na perspectiva da gestão dos serviços e, consequentemente, mudar este cenário de ICSAP de adolescentes, como apresentado em alguns exemplos a seguir:

E14 – Eu acho que na verdade é justamente isso, a gente tem um sistema do ponto de vista legal, estruturado de maneira a chegar nesse ponto todo. A gente tem o desenho do SUS da maneira ideal, mas na prática a gente vê que, assim, muitas vezes, são interesses pontuais de gestores ou de repente surgem lá programas nacionais que o município adota visando recurso financeiro e tudo, e acaba não desenvolvendo da maneira correta o programa em si.

E5 – A gente sabe que no SUS, quando mexe no bolso é que começa a se preocupar, né? Então mexeu nas contas, “ah, vamos ver um programa, alguma coisa que a gente possa implantar, que diminua o gasto com isso, com aquilo”, e aí quando a gente vê que o internamento poderia ser prevenido e tem um gasto grande com isso, de repente abre os olhos, pra poder ver o que a gente pode, que nem eu te falei, qualificar, né?.

E 25 – E aí como é que se programa para dar respostas imediatas para um número exagerado de pessoas que estão migrando para o Sistema, né? E é preciso dar essas respostas. Aliado a isso, a gente tem uma questão muito nociva para o sistema, que é o fato de que os planos de saúde têm cobertura para aquilo que é barato, o que é caro vem para o SUS, e aí também onera. Você tem um modelo de financiamento para os prestadores hospitalares e ambulatoriais completamente defasado, isso também é uma questão que dificulta. Então, a gente tem que olhar para o Sistema de forma a pensar na sustentabilidade financeira.

No âmbito dos desafios que se relacionam às intensas modificações nos perfis demográfico e epidemiológico da população brasileira, os relatos a seguir expressam um momento histórico e social e as implicações para o Sistema de Saúde e para o cuidado à saúde da população e dos adolescentes.

E25 – Então financiamento, modalidade de contratação, a necessidade de a gente estar constantemente enfrentando situações que são reemergentes, como o sarampo, como febre amarela, que são questões que a gente considerava no Brasil já completamente controladas e vencidas, estão reemergentes. E, junto com isso, as questões de violência interpessoal, de violência no trânsito, a dependência química, os transtornos mentais, eu acho que isso tudo tem um impacto desafiador no Sistema. Então, a questão da sífilis é um clássico aí que não é só de (citou o nome do município), é do Brasil inteiro, ninguém consegue controlar a sífilis. E aí há algumas desculpas, eu falo desculpas, porque eu acho que são desculpas, mas não justificam esse número alto de sífilis, esse descontrole que é dependência química, pessoas em situação de rua e não tratamento do parceiro.

E33 – Uma sugestão, eu colocaria pra ser pesquisado o suicídio, porque eu acho que talvez esteja muito mais do que qualquer uma dessas aqui (se

referindo aos grupos de causas de ICSAP), porque é uma coisa que está aumentando cada vez mais no mundo todo e aqui no Brasil mais.

E19 – O interesse da gestão como um todo, de entender que essa, na verdade, seria uma população que, no meu ver, precisaria muito de acompanhamento, principalmente da parte psicológica, porque está entrando na fase adulta ali e muitas vezes acaba se desestruturando. A falta de estrutura como um todo, porque aqui eu considero um rio fora da curva em relação a tudo, eu acho que é muito sobrecarregado o sistema, na parte primária assim, é muito pouco investimento da gestão municipal, não sei se estadual e federal como que seria, mas acaba que se você vai atender, pra fazer os programas que são voltados, já falta, muitas vezes, profissional, falta agenda, falta tudo, incluir um programa a mais iria sobrecarregar ainda mais o que não tem onde colocar mais coisa.

Ao relacionar condições de saúde aos comportamentos individuais e coletivos e os desafios no Sistema de Saúde, inserem-se os adolescentes como um segmento usuário do Sistema, que tem seu processo de saúde determinado histórico e socialmente. Em algumas falas, os participantes relacionaram a Política Pública e o processo de planejamento da atenção e da promoção da saúde do adolescente com a necessidade de envolver diferentes saberes e atores sociais, entre os quais destacam o Estado, instituições de diferentes setores, para responder as necessidades em saúde dessa população, como demonstrado a seguir:

E8 – Olha, eu creio assim, como eu te falei, pela questão de um pouco mais de experiência em termos de saúde mental e de, no caso específico da questão das meninas, questão de gravidez na adolescência, eu acho que a nossa falta, não é bem a nossa falta de preparo, mas eu acho que é a falta de uma estruturação, que vem já desde o Ministério até chegar aqui na ponta, de estruturação de políticas que nos façam pensar, refletir, buscar mais informação. Não uma coisa imposta para gente, mas uma construção, digamos assim, a nível intersetorial, das três esferas, uma conversa com também secretaria de educação, que a gente pudesse ter uma política pública para atender, entender melhor.

E11 – Eu acho que uma das coisas que nesse público, eu acho que a nível de município, estado e federal, a gente teria que ter programas, como hoje tudo é digital, tudo é rede social, de abordagem nessas redes que chega muito rápido nesse público, de comunicação, de mídia, mídia positiva, mídia de orientação pra você atingir esse público. Eu acho que é bem bacana, hoje vivenciando aí facebook, todos essas mídias que chegam muito rápido para eles, às vezes desconstrói o que você fica lá nas escolas. Então teria que ser feito um olhar hoje, de saúde, de gestão em todas as esferas, pra usar esses meios que ajude a gente a proteger esse público.

E26 – Algumas capitais estavam sendo pesquisadas, como trabalhava e o que que estava faltando, que que precisava, pra depois sair uma nova cartilha de adolescente. Isso daí é uma maneira de pesquisa pra dar uma afinada, uma melhorada no sentido de trabalho com adolescente. E isso não aconteceu o ano passado, mas eu vejo assim, pra minha equipe, deve ser feito de novo, retomar de novo essas informações, porque é um conhecimento que sempre tem que estar ativo e atualizado, entendeu?.

E35 – Então, nós estamos numa discussão bem grande em relação a essa questão de Condições Sensíveis à Atenção Primária. O Ministério, ele vai colocar como meta para o ano que vem esse indicador, então a gente já começou, desde o ano passado, a discutir porque, né? E assim, tem questões que a gente até concordaria aqui, doenças relacionadas ao pré-natal e parto eu acho que se está aqui colocado né, infecção de rim e trato urinário eu acho que talvez a gente tenha que abordar, agora questões como epilepsia, questões como gastroenterite infecciosa, algumas outras questões a gente vêm se questionando se é de fato aquilo que acontece ou é aquilo que o hospital coloca pra facilitar o seu CID.

As falas dos participantes demonstraram que viabilizar a atenção à saúde do adolescente exige reconfiguração do cuidado ao adolescente, ao partir de uma abordagem mais ampliada sobre as necessidades em saúde. No entanto, uma participante apontou questões sobre o atual pensamento político-ideológico que permeia a discussão na sociedade, este voltado para um pensamento mais conservador, com o qual se quer direcionar as ações dos setores de educação e saúde para adolescentes escolares. Apontou ainda que é uma discussão que interfere diretamente na elaboração e organização/estruturação do sistema de saúde e impõe restrição na implementação das ações para este segmento populacional.

E7 – E a gente pisa em ovos porque o momento sociopolítico do país tá fazendo com que a gente pise em ovos, porque na verdade isso deveria ser trabalhado sempre e agora a gente tem essa... antes de tudo isso era muito mais tranquilo, a gente não tinha esse medo de falar nas escolas, esse receio e tudo mais” (se refere a atual ideologia política do Estado).

6.5.1.2 Categoria 2 – A rede de serviços de saúde na regional e no estado do Paraná

Nesta categoria, os participantes apontaram processos relacionados à dimensão particular, ou seja, falaram sobre a organização da Rede de Serviços de Saúde, na perspectiva política e condições sociais da população, a partir do reconhecimento de características relevantes do perfil dos adolescentes nos territórios da Regional e do estado do Paraná.

• A intersetorialidade nas ações de saúde

Como articulação entre a dimensão estrutural e a singular, a organização da APS foi identificada pelos participantes como relevante para a atenção ao adolescente.

Os entrevistados apontaram processos que indicaram estar na estruturação do sistema de saúde e aqueles que estão no seu cotidiano de trabalho no serviço local, destacando a organização intersetorial como aspecto positivo no delineamento de ações para o adolescente. Assim, a seguir, será apresentado conteúdo relacionado aos processos que ocorrem na Regional de Saúde e na organização da rede de serviços do setor no estado do Paraná, referentes à dimensão particular da realidade estudada.

E28 – Como eu comentei com você, essa parceria com a educação é um elo muito forte na proximidade. E nós temos parceria também em interfaces em algumas necessidades com outros órgãos também, com outros equipamentos, com a FAS, a gente tem uma participação bem ativa no Conselho Tutelar, buscando alinhar algumas situações de maior risco para o adolescente, então a Unidade, ela é bem participativa no acompanhamento desses adolescentes em situação de risco. Eu acho que isso é um trabalho que tem um resultado bastante positivo, o monitoramento, o acompanhamento.

E11 – Na atenção primária se você não trabalhar em rede, é um público que você não atinge, porque geralmente os mesmos atores que dão problema lá na escola, é o que dá no CRAS, é o que chega na saúde, então é muito importante a gente trabalhar em rede, para atingir este público nesta idade.

Uma participante identificou que, dentro do território, seria importante considerar o acompanhamento dos atendimentos do paciente em todos os níveis de complexidade. Como exemplo, sinalizou a organização do Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná como positivo para acompanhamento dos pacientes da Regional de Saúde que utilizaram serviços de especialidades.

E6 – Porque muitas vezes a gente não sabe se o paciente foi internado, não vem resumo de alta, muitas vezes de outros municípios vêm para nós, então vem resumo de alta, orientação. O COMESP agora está nos mandando a orientação do acompanhamento, então eu acho que isso falta.

Conforme relatos a seguir, o direcionamento das ações do Setor pela Secretaria de Estado de Saúde do Paraná foi identificado como importante para sinalização de temas emergentes e propostas de intervenção na perspectiva de contextualização de abordagem da Saúde do Adolescente.

E3 – Eu acho que na gestão mesmo que a gente tem bem forte a questão da vacinação e das doenças sexualmente transmissíveis que é trabalhado mais, na parte do adolescente. A gente fez a tutoria do Estado, que foi os selos. Quando veio os selos, a gente começou a trabalhar um pouco mais. Daí entrou obesidade na adolescência, que daí entrou a nutrição junto, a psicologia.

E1 – Está preconizado, a gente hoje trabalha no município com as linhas-guias do estado, que está para criança, está para diabético e hipertenso, para saúde mental e para gravidez e idoso, e o adolescente não está colocado em nenhuma linha-guia de trabalho, também. Então por isso também que é uma situação que você acaba deixando de lado. Fomentar, também, acho que é bem importante, começar a fomentar estas questões dentro das conferências de saúde, porque a gente realmente não tem. Como você vê nos planos ali não tem ações voltadas especificadamente para isso e normalmente quando vêm é por que são acionadas por outros departamentos também”.

E31 – Mas isso é uma coisa assim, já, política, é vereador, é governador, eles também têm que estar dando uma atenção. Até porque a nossa população está envelhecendo, nossa juventude está cada vez menor, se você for olhar lá na base e esse jovem vai chegar doente, a gente precisa que eles estejam bem, né?

- **A organização da Rede de Atenção à Saúde e intersetorial para o adolescente**

Um dos participantes fez um apontamento acerca da heterogeneidade dos municípios da Regional, exemplificando que há diferenciação nas organizações locais para a saúde, conforme exemplificado na fala a seguir:

E13 – Mesmo a gente falando da questão que a gente tem uma população pobre, referente a (citou nome do seu município), vou me colocar aqui (citou nome do seu município), porque (citou outro município da Regional) é muito grande, mas (citou nome do seu município), porque nós temos 247 mil habitantes, (citou nome do seu município), tem 300, 300 e pouquinho e (citou outro município da Regional) daí é incomparável. Mas vendo essas duas cidades que são região metropolitana, (citou nome do seu município), é muito mais desenvolvido, é gestão plena, nós não somos, nós somos gestão de atenção básica, então nós somos aquele município em dormitório ainda, então as pessoas trabalham fora e só vêm para dormir no município, então a cidade ainda não desenvolveu adequadamente, teve muitas regiões aonde foram regiões como se fosse assentamento, invasões, então não se tem um recurso que volta pra saúde, porque os recursos de impostos voltam pra saúde, então ainda se tem essa defasagem.

Ter conhecimento sobre a realidade onde se atua, ter acesso e conhecer os dados do setor, assim como conhecer o perfil de saúde da população municipal e local foram informações apontadas como necessárias para se pensar a ação do serviço local, conforme demonstra a fala a seguir:

E4 – Mas às vezes também por nem ter noção desses dados, por exemplo, eu não sabia que (citou o nome do seu município) internava mais da região metropolitana, não tinha essa noção.

Nesta pesquisa, foram significativas as verbalizações sobre processos e falta de recursos que podem ser compreendidos como limitações relacionadas à organização da atenção à saúde para o adolescente, conforme destacado a seguir:

E17 – Eu acredito que seja encontrar especialista pra eles (se referindo aos adolescentes, com relação a atendimento, né? Porque só tem clínico, então pra encaminhamento em pediatria ou alguma outra, sei lá, um pneumo, um infecto, acho que isso seria uma dificuldade pra eles.

E21 – O que temos bastante dificuldade é encaminhamento pra neurologia, daí trava um pouco aí.

E14 – Eu acho que o que facilitaria o acesso da saúde, do setor saúde no atendimento dos adolescentes seria mesmo essa integração com educação, com escolas, com o serviço social, a parte de psicólogos, que a gente vê que não tem essa intersetorialidade, não tem essa integração, é muito fragmentado, então isso acaba dificultando mesmo o acesso do adolescente ao serviço. Mas se houvesse um pouco mais de inter-relação entre essas diversas áreas, eu acho que seria o ideal, seria bem importante e interessante desenvolver isso.

Os participantes apontaram a necessidade de diversificar a abordagem de atenção para o adolescente na APS como um desafio diante das atuais demandas deste segmento populacional, o que mostra a necessidade de inovação nas diretrizes de atenção intersetorial, como demonstra os relatos a seguir:

E13 – A gente precisa é ter uma mudança de paradigma, talvez uma forma, uma diretriz, buscar coisas diferentes para trabalhar. Então é por isso que eu entendo que é isso, a gente precisa começar buscar, talvez, algumas coisas diferentes para trabalhar na atenção primária.

E21 – Por isso que eu disse pra você, se a gente conseguisse fazer uma rede entre CRAS, educação e saúde, ficaria muito mais interessante. Porque a gente faz a palestra, orienta, mas tem que ser mais intenso, eu acho, sabe, a conversa com o adolescente, criar mais vínculo.

E13 – Então, o que tem de cartilha, de protocolo, eu acho que tem que mudar, que eu acho que a forma de abordagem ela tem que ser diferente hoje. Nós estamos vivendo no mundo de tecnologia, então talvez a forma de abordagem é que a gente precisa melhorar. Que as vezes nos serviços públicos você tem jovens entrando, mas ainda você tem uma gama de profissionais que viveram no passado e que ainda não aceitaram, que ainda têm dificuldade também desse entrosamento, daí não há empatia com o grupo e daí você não consegue desenvolver algumas atividades. Então eu acho que esse é o nosso maior desafio enquanto profissionais de saúde.

E11 – Eu acho que uma das coisas que nesse público, eu acho que a nível de município, estado e federal, a gente teria que ter programas, como hoje tudo é digital, tudo é rede social, de abordagem nessas redes que chega muito rápido nesse público, de comunicação, de mídia, mídia positiva, mídia de orientação pra você atingir esse público.

6.5.1.3 Categoria 3 – O adolescente no território e as possibilidades de ações em saúde

Nesta categoria, referente aos processos que são relacionados à dimensão singular, apresenta-se por meio da fala dos participantes a individualidade do adolescente e os processos que expressam o modo de viver desses indivíduos nos territórios.

- **O modo de vida do adolescente no território: um desafio para compreender e pensar a intervenção**

Esta subcategoria expressa a convergência dos participantes sobre os processos presentes no cotidiano dos adolescentes no território que retratam o modo de vida deste grupo. Referem também às dificuldades para pensar a intervenção em saúde para adolescentes nos territórios e caracterizaram o adolescente pertencente a uma geração com características e identidade próprias pelo momento de desenvolvimento em que vive a sociedade, assim como, as características dos seus grupos sociais. Nas falas convergem conteúdos relacionados aos comportamentos e atitudes moldados pelo consumo de bebidas alcoólicas, uso de drogas lícitas e ilícitas, a vivência precoce da sexualidade, o envolvimento com o tráfico de drogas ilícitas e a prostituição na comunidade. A seguir, alguns exemplos:

E8 – Eu acho assim, não que a gente fuja do problema, mas como a lida com os adolescentes, eu ouço muito da família e eu acho que eu como profissional me identifico muito com a família diz também- “Nossa gente, mas é difícil, porque um dia é um humor, no outro dia outro, um dia chora, um dia.... Eu acho que isso também, para nós como profissionais, é mais ou menos assim, a gente vai meio que pisando em ovos pra ver como a gente pode atuar.

E25 – O acesso à informação, é um volume de informação absurdo, uma velocidade de informação absurda, porém, o comportamento traz aquela característica de onipotência, “comigo não acontece nada, eu vou fazer o que eu quiser, os adultos não sabem nada do que está acontecendo comigo, só querem me tolher e tal’. Então é uma situação que a gente tem que ter tecnologia pra conversar com esse pessoalzinho aí, fazê-los entender da repercussão que as suas atitudes podem ter, que podem gerar a partir de uma atitude que as vezes é um pouco impensada, mas enfim, tem que ter criatividade.

E6 – Nós não temos como fazer uma prevenção adequada nessa faixa etária. E nós sabemos que é a faixa etária que mais dá problema, infelizmente, álcool, droga, o fumo, está ali, está ali, ali (aponta ao redor da unidade de saúde). Adolescente se prostituindo, a gente sabe que tem. E

nós temos uma área muito extensa e nós temos vários focos de pontos de droga. Tem áreas que o agente comunitário não pode nem passar, sabe?.

E13 – E daí não só isso né, porque a gente vê um aumento de doenças sexualmente transmissíveis, um aumento de gravidez na adolescência. Às vezes o sair de casa, então quer criar ou ter uma família, sair de casa pra sair daquela vivência que ela tem que é sofrida, então ela quer mudar pra ver se ela... E muito também que é, talvez, desmistificar o medo e o receio da prevenção. Aí a prevenção não é só vacina, aí tem o preservativo. E pelo fato que hoje a gente tem a cura para muitas coisas e a sobrevida de muitas doenças, muitas vezes eles não querem fazer uso do medicamento, do preservativo, da pílula, do contraceptivo, é aquela também verdadeira ebulição, eles estão nas descobertas.

E18 – O que mais me preocupa mesmo é a drogadição, porque aqui eles com 13 anos já estão usando, já está pesado. Eu tenho adolescente de 13 anos que está com 40 quilos, não consegue engordar de jeito nenhum, você vai pesquisar, está usuária, daí é difícil.

Dentre as experiências e comportamentos centrais na vida dos adolescentes dos territórios em que atuam, os entrevistados destacaram a gestação na adolescência como um processo de desgaste que não está isolado, pois há as infecções sexualmente transmissíveis, entre outras questões. Demonstraram, em suas reflexões, que este processo tem repercussões para a vida futura dos indivíduos nessa fase da vida, e que se preocupam com a perpetuação do fenômeno nos territórios mesmo quando há possibilidade de terem acesso a informações com profissionais da saúde e da educação, assim como aos métodos para a prevenção da gravidez. A seguir, as falas:

E9 – [...] quando eu atendo gestante, por exemplo, e gestante adolescente, às vezes você fica meio que chocado até pela idade precoce. E já atendi bastante adolescente gestante e assim, eu me surpreendo hoje com o fato deles engravidarem, por exemplo, o fato de eles terem acesso à informação aqui, terem acesso a, por exemplo, meios de prevenção de doença sexualmente transmissível, tem camisinha aqui, tudo, tem consulta com enfermagem, com médico, sabe? Então eu vejo, às vezes, é que a informação, a estrutura, o apoio pra eles, tem! O que parece pra mim, as vezes, é que eles não procuram ou quando procuram é tarde demais.

E25 – Eu acho que é uma faixa etária bastante complexa, sobre vários aspectos, não só sobre o aspecto da saúde, eu acho que para a educação também, porque é cada vez mais precoce. Hoje a gente fala de gestante com 10 anos de idade, com 11 anos de idade, com 12 anos de idade.

E26 – O que hoje está se pegando mesmo é a gravidez de adolescente, trabalhar o cunho preventivo e que não tenha um aumento da gravidez na adolescente. Então, o olhar do adolescente que eu veja na minha Unidade e Unidades que são mais favoráveis e que tem mais essas dificuldades, é adolescente.

E29 – Uma questão é a questão da gravidez na adolescência. Existem alguns parâmetros já estudados ali em ação aqui pra tentar prevenir isso, mas assim, eu pude observar aqui a questão do desenvolvimento de mídia, internet, a questão de algum liberalismo social e familiar, tem trazido ainda umas questões que precisam ser mais desenvolvidas pra evitar essa questão não planejada.

Para os entrevistados, gravidez é um marco desafiador para a prevenção de agravos na adolescência. Outro ponto significativo para os participantes, é a dinâmica de relações familiares, e a influência desses processos na transição da adolescência para a vida adulta. As falas a seguir expressam que, na busca por autonomia e independência, há geração de conflitos do adolescente com seus familiares.

Um fenômeno que reconhecem como sendo vinculado à história e estruturação da família e aos papéis desempenhados pelos membros daquele grupo no desenvolvimento do adolescente é quando há a necessidade do pai e da mãe se inserirem no trabalho, no caso para garantir o atendimento às necessidades do grupo, e o adolescente fica por conta própria em casa ou sob os cuidados de um outro membro da família.

E16 – Dificuldade talvez seja da própria família, que é ocupada, que os pais trabalham, que deixam esses filhos com alguém, alguma coisa assim e devido à correria deles não consigam, talvez seja isso.

E28 – Os nossos trabalhos acontecem, mas a gente sempre está tomando um pouco de cuidado em relação a essa relação com a família. A família às vezes coloca uma oposição, uma abordagem mais clara em relação ao seu adolescente, às vezes tem receio que se estimule uma sexualidade precoce e às vezes o adolescente já está exercitando, mas tem essa questão cultural mesmo. Então esse é o grande desafio, de como a gente traduzir isso na prática em que a gente não crie uma rachadura aí na cultura, que crie um problema às vezes na relação familiar e que a gente traga o adolescente também pra essa necessidade de ter um diagnóstico precoce, um tratamento, a prevenção da sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis.

E31 – E assim, como nós mulheres também estamos trabalhando fora, a gente também está meio ausente também nas casas. O cuidado da mãe e do pai está muito terceirizado e está muito fragmentado os modelos de família, o pessoal não está assumindo seu papel de pai, seu papel de mãe, é os avós que estão criando, tem muita criança sendo gerada solta e sem um acompanhamento. É os avós que estão criando!.

E9 – Nem sempre, por exemplo, eu fico pensando, às vezes nos pais desse adolescente, mãe ou pai desse adolescente, também está preocupado com o adolescente. Talvez esteja preocupado em trabalhar ou deixe o filho em casa, ele tem que trabalhar, enfim. E tem muito adolescente, por exemplo, que não vai buscar informação com quem deveria, vai procurar às vezes em internet, sei lá, enfim. Eu acho que realmente são vários fatores, não sei te dizer bem quais.

E29 – Mas assim, especificamente nesse universo que você está tratando aí, dos adolescentes, eu não sei se é uma impressão, mas na parte de núcleo familiar e do próprio adolescente a gente talvez tenha que utilizar alguns mecanismos e instrumentos que a gente consiga puxar esse adolescente do mergulho que ele está na questão digital, porque isso interfere na família também, porque a mãe e o pai estão ali, momento que poderia estar trazendo uma informação, está cada um num canto ali.

Como expressão de preocupação sobre hábitos sociais e emocionais, outra particularidade dos adolescentes, apresentada pelos participantes, foi a representatividade das tecnologias e a influência da mídia social nas relações e condições de saúde mental desses indivíduos em formação. Esse conteúdo surgiu na descrição das crescentes experiências dos profissionais com a ideação suicida dos adolescentes nos territórios, conforme relatos a seguir:

E8 – A questão do suicídio realmente foi bem preocupante, dos que a gente está acompanhando assim, entre 14 a 16 anos e todos com uma ou duas tentativas já de suicídio (...) O que você vai falar para a menina de 15 anos que diz assim: “pode me entregar todas as caixas de medicamentos, porque com medicamento eu não tento mais, não é eficiente a tentativa de suicídio”. E ela não estava brincando, ela não estava me aterrorizando, ela não estava enfrentando, ela já tinha tentado, não deu certo, essa especificamente já era a terceira vez, ela já sabia: “não, medicamento não porque me fazem engolir carvão e dá certo, eu já pesquisei”. Daí eu fiquei: “meu Deus, mas uma criança”. Criança, uma adolescente de 15 anos, então assim, me preocupou muito.

E13 – É igual a gente tava pensando esses dias, hoje se tem modismo das questões que aparecem na internet, mais voltadas pra questão do suicídio, que acho que é uma coisa que está bem em alta, né?.

E29 – E a terceira percepção que eu ia te colocar, que foi bastante presente nos últimos anos, principalmente nesse Distrito, com alguns casos nessa Unidade, que seria a questão de... ainda compondo com esse horizonte meio perdido dos adolescentes, a questão das tentativas de suicídio, que juntamente com a questão de mídia, de internet, cresceu bastante nos últimos anos, mas assim, é uma questão que existem mecanismos nas Unidades que foram bem-sucedidos.

E33 – E as questões até da internet, da baleia azul, depois já veio outra, então você viu muito adolescente se machucando e cometendo suicídio, porque tal jogo mandava fazer. Então aquele ano, foi ano passado, ano retrasado, desde o começo aí da gestão e da gestão passada também, no final do (mencionou o nome de um governante) que começou a baleia azul, então a gente viu aumentar muito esse número. Então eu acho que assim, se você quiser estudar a fundo o adolescente, eu acho que essa é uma questão... só o adolescente, eu nem digo as outras faixas etárias, mas a questão da saúde mental do adolescente é uma coisa bem crítica que eu acho que valeria a pena um estudo só pra isso.

Os resultados desta subcategoria destacam, no contexto da dinâmica da adolescência, especialmente a sexualidade e o uso de drogas. Os relatos convergiram

em uma reflexão crítica acerca das implicações que essas questões determinam na vida dos adolescentes.

- **Estrutura e organização do trabalho local para atenção à saúde do adolescente**

Esta subcategoria expressa a capacidade de ação cooperativa dos municípios para o desenvolvimento de ações junto aos adolescentes. A descentralização do cuidado integral foi identificada por meio da intersectorialidade e da articulação estratégica de programa de atenção a essa população, conforme exemplificam os relatos a seguir:

E18 – Bom, na unidade a gente tem o planejamento familiar e a gente tem os testes rápidos, também, que a gente faz. O município, eu não sei direito, mas através dos CRAS eles tem aqueles cursos, que os adolescentes fazem. Tem o bombeiro, que é o ‘menor aprendiz’, que é um outro projeto. Aí tem os projetos também do contraturno da escola, que daí pega criança acho que de 10 a 14 anos, tem vários projetos.

E11 – Há sim, mas dentro dessas linhas de cuidado, que a saúde da criança, depois estratégia de saúde da família, atendimento especializado, ele já é contemplado em todos os programas. E UPA também, paciente em surto nessa idade ou em situação de risco, ele já está contemplado no Plano Municipal de Saúde.

No entanto, alguns participantes demonstraram desconhecer atualmente ou não reconhecer algum incentivo ou estímulo para ações municipais, como meio de garantir e assegurar atenção à saúde dos adolescentes nos territórios.

E14 – Bom, nós já tivemos ações assim bem importantes desenvolvidas em escolas, sabe? Mas ultimamente a gente não percebe que isso está sendo feito. Eu mesmo participei muito dessas atividades de palestras, de orientação, na minha área, especificamente, mas claro, a gente também ouvia os relatos dos jovens, das necessidades deles, mas que eu pudesse destacar hoje no município de (citou o nome do município) para o adolescente, sinceramente não me vem nada!

E19 – De estratégias para a saúde do adolescente? Vindo do município eu, particularmente, nunca vi nada. O que eu via, era na outra unidade, a equipe de nutrição fazia bastante coisa, tipo chamando a população, mas não era nada voltado especificamente pra adolescentes. Na verdade, que eu conheço, não!.

- **Ações promovidas na APS no território municipal**

Esta subcategoria descreve como o adolescente está contemplado na agenda dos serviços da APS nos municípios, na perspectiva dos gestores e profissionais da saúde entrevistados. Os participantes relataram ações individuais e destacaram lacunas existentes nas práticas de cuidados para as peculiaridades da adolescência.

Nas práticas sanitárias voltadas aos adolescentes na APS, conforme o relato dos entrevistados, estão as demandas pontuais trazidas aos serviços de saúde. Assim, essas são baseadas na resolução e atendimento daquilo que se expressa como sinal, sintoma e queixas no corpo ou do que acreditasse ser característico ou comum nos adolescentes, como exemplificado a seguir:

E15 – Por exemplo, eles só vêm procurar a gente quando está no bico do corvo, falar francamente. Eles vêm quando tem, às vezes quando vêm, têm alguma diarreia, alguma coisa, eles vêm perguntar, já automaticamente ele já consulta, a gente não deixa passar esse tipo de coisa, porque é uma coisa de emergência. Agora, pra te falar mesmo, eles não procuram, a não ser que a mãe às vezes traga pela mão. É difícil adolescente vir aqui e falar “hoje eu vim fazer uma geral”. É complicado, eles não vêm, é difícil.

E10 – Na verdade, a gente tá aqui para atender a população como um todo, seja adolescente, idoso, hipertensão enfim, de acordo com o quadro dele. Mas o que a gente costuma pegar mais seria na sala de vacina, quando os pais trazem, daí quando elas já estão grávidas, alguns comparecem daí com algumas queixas específicas, mas não tem nenhuma ação assim desenvolvida em específico para isso.

E12 – Acredito que é mais procura direta, daí geralmente eles pedem alguma orientação individual, mas nada programado. É mais de acordo com a procura mesmo. As vezes eles querem fazer um teste rápido, a gente aproveita esse momento e orienta, mas nenhuma ação programada com essa população.

E21 – Bom, pra saúde do adolescente nós temos a participação da vacina, que a gente acompanha muito a questão de ir até a escola, a questão de palestra para o adolescente. Palestra, vacina, acho que é isso.

E18 – Com os adolescentes, atualmente, a gente trabalha só o planejamento familiar e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

E21 – Bom, eu acho que o adolescente, ele... na verdade a gente não tem aqui na nossa unidade um grupo, sabe? O que se tem, por exemplo, são gestantes adolescentes, elas têm a palestra, tem palestra também, tem a nossa primeira consulta onde a gente conversa bastante com o adolescente. Mas um grupo de adolescente da unidade a gente não tem. Então a gente faz, como eu te falei, quando aparece, por exemplo, tem a vacina da HPV, então a gente vai até a escola com eles, mas assim, que tenha um grupo dentro da unidade, não tem.

E23 – Na realidade, na nossa área, odontologia, nós fazemos as ações referentes à saúde bucal, então nós explicamos como é que se deve fazer uma escovação corretamente, informamos nossos horários de atendimentos. Mas isso acho que com que frequência? Agora até tem tido com mais frequência, mas antigamente era mais... são fases, sabe? Às vezes tem com bastante frequência e às vezes diminui bastante essa frequência desses programas, mas agora atualmente tem tido bastante novamente, mas é mais sobre orientação sobre higiene mesmo.

E27 – E eles não procuram muito a Unidade de Saúde também. Ele vem quando está com dor, uma coisa mais grave.

E34 – Tem os trabalhos em escolas, nas unidades nós acabamos ficando no atendimento individual e tem atividades em grupo. Tem grupo de adolescente à tarde, no período da tarde, a maioria deles são tocados por um profissional e mais a psicóloga aqui na unidade.

A articulação de ações na APS com outros serviços da rede de saúde que estão presentes no território, foi pontuada como base para a maioria das atividades desenvolvidas pelos profissionais, principalmente, no sentido de favorecer ações coletivas.

E17 – A nível de Atenção Primária, eu acredito que só no CRAS, que deve ter algum trabalho com eles, algum grupo, isso eu já vi. Mas eu não sei te dizer como que é a frequência, o que que eles fazem. Em escolas, alguma ação da unidade de saúde eu já vi, que eu sei que aqui às vezes eles vão lá pra fazer, pra verificar carteirinha ou fazer algum trabalho de educação em saúde, tipo a odontologia, com relação à higiene, isso eu já vi eles fazendo na municipal e no CMEI.

E18 – Nunca parei pra pensar isso, mas assim, dentro da unidade você tem uma facilidade, você consegue fazer, se você planejar alguma ação você consegue fazer. E fora seria através dos outros equipamentos, do CRAS, por exemplo. Aqui, nós só temos uma escola aqui, que é até 5ª série só. Daí tem uma outra lá pra baixo que tem, mas por enquanto não fizemos nenhuma articulação. A gente faz mais articulação com as creches, que a gente tem duas creches, né?.

E23 – Porque é muito difícil ficar assim no dia a dia tentando orientar, porque é muito minúsculo o trabalho nesse sentido, então quando você faz uma palestra em uma sala de aula, eu acho que você atinge um número muito maior e acho que eles aprendem a se conscientizar da necessidade.

E34- Todos os adolescentes encaminhados da Rede, a gente prioriza o atendimento, não importa se tem agenda ou não e não importa se a pessoa é da equipe, se o funcionário daquela equipe não está, atende e depois acaba reencaminhando. Então assim, planejamento familiar para as meninas e para os meninos, esses também todos são atendidos no dia, não fica pra outro dia, questão de necessidade de encaminhamentos pra psiquiatria ou pra psicologia, a gente tenta absorver todos no mesmo dia.

Em contrapartida, alguns profissionais que compõem a equipe de APS descreveram o não conhecimento dos recursos e das ações disponíveis para o cuidado à saúde do adolescente, além de exemplificarem a invisibilidade deste segmento populacional nas ações e rotinas do serviço, conforme se verifica nas falas a seguir:

E4 – Não lembro de ter alguma coisa específica pra eles. Não lembro de nada, só essas ações que a gente ia em algum local pra fazer, mas articulado com outros equipamentos.

E3 – Aqui na unidade, não. Lá no (citou nome de outra unidade de saúde do município) a gente tinha, na outra unidade que eu estava, tinha as ações mais voltadas para o adolescente, mas também era dentro da educação. Daí tinha das drogas e das doenças sexualmente transmissíveis que as meninas trabalhavam, tanto as agentes comunitárias de saúde como a equipe de enfermagem, mas daí em loco na escola. Aqui não tem.

E15 – Antes a gente ia na escola, junto com eles, tudo, uma vez por ano a gente vai lá, faz palestra, nas escolas que a gente tem, que é da nossa área. Só que, na realidade, a gente não tem, sabe? Falar, ‘ai, a gente tem um atendimento especial pra adolescente’, se eu falar isso eu estou mentindo, então a gente não tem esse tipo...

E16 – Eu acho que é feito campanhas de vacinação, contra DST, hepatite B, não sei se é feito alguma ação, deve fazer alguma ação nos colégios, alguma coisa, mas eu não sei assim, especificamente, não. Olha, eu acho que é só feito vacinação. As consultas são marcadas conforme a demanda da necessidade deles, mas programas assim especiais, pode ser até que tenha alguém da pediatria fazendo alguma coisa, mas eu desconheço.

E2 – Tanto é que na nossa organização aqui de atendimento a gente tem saúde mental, tem pré-natal, hiperdia, tem visita domiciliar, tem puericultura, mas ainda não tem, aqui e nas outras unidades, não tem nada voltado para o adolescente.

E22 – Não tem. O que a gente mais atende aqui é hipertenso, diabético, gestante e puericultura.

E7 – É, o adolescente infelizmente, ele vem sendo deixado de lado, porque a gente está com tantas prioridades dentro da atenção básica, não que ele não seja importante, mas precisa realmente se pensar, porque ele vai ser o adulto de amanhã, então ele vai ser o hipertenso de amanhã, ela vai ser a multigesta de amanhã, então a gente realmente precisa pensar nesse trabalho, de já evitar, principalmente já tendo isso em mãos né, porque vai refletir daqui a 10, 20 anos, eles serão nossos hipertensos, diabéticos.

E10 – Então que eu conheça no município não são coisas desenvolvidas para uma atenção especial, “ah, vamos cuidar do adolescente nessa fase, vamos desenvolver isso”. Eu particularmente não conheço, é só voltado quando já está com problema instalado.

Ainda nessa perspectiva, alguns participantes apontaram que há dificuldades de articulação com a rede e apoio para integralidade do cuidado na demanda para alguns serviços da rede, como demonstra as falas a seguir:

E15 – Mas é difícil pra você conseguir um psiquiatra, um psicólogo, é difícil. Não vou falar pra você, não vou mentir pra você, é difícil isso, essa articulação. As vezes a gente procura, é difícil você ter um resultado bom, de imediato. Eu acho assim, que quando tem uma tentativa de suicídio é uma coisa pra ontem, não pra amanhã, sabe, é pra ontem! Isso a gente sente e a gente fica um pouco apreensiva por causa disso.

E18 – Eu acho que faltava mais ações em relação à prevenção de drogadição e apoio também, porque a gente não tem muito apoio assim, tipo do Conselho Tutelar, sabe? Você pede apoio e tá difícil, com o Conselho, principalmente. Com o CRAS, não, a gente tem um bom relacionamento, tem uma boa resposta, mas com o Conselho é bem difícil. Até teve eleição do Conselho agora nesse domingo retrasado, eu estava torcendo pra que pessoas diferentes entrassem, porque o pessoal que está lá não está conseguindo levar o serviço pra frente, muito pelo contrário. Tem tanto programa, né? E a gente até divide aqui, cada dia um programa, vai faltar dia para os programas, né? E a gente atende mais as demandas, conforme vêm, né?.

Esse não reconhecimento e a invisibilidade do adolescente como usuário do serviço se revelaram também como dificuldade acerca do vínculo dos adolescentes com o serviço e os profissionais, apontado pelos participantes em situações diferenciadas que retrataram esse distanciamento, conforme os relatos a seguir:

E10 – Eu acho que seguro a gente nunca está, porque a adolescência é uma fase bem complicada, no meu ver. É uma fase que eles veem uma dificuldade de entender qual é a identidade deles perante a sociedade (...) Aqui a gente lida com adolescentes grávidos, grávidas. A gente perde muito esse contato com adolescentes em si, eu acho que é uma população que a gente não costuma muito atender e quando a gente atende eles vêm e a gente: ‘você está entendendo’ e eles: ‘aham, aham’, meio que quer sair logo.

E6 – O adolescente, ele é meio difícil de frequentar a unidade. Eles não procuram, infelizmente não. Procuram, lógico, a mãe vem com o adolescente quando está com uma situação, uma menina está com a menstruação atrasada, suspeita de gravidez, alguma coisa assim, mas no geral eles não criam o hábito de acompanhamento (...) Você está falando uma coisa séria, eles estão tirando sarro, fazendo comentários. Então eu faço questão de ir, pra eu colocar eles no lugar deles, então eu consigo muitas vezes dar uma acalmada na situação, “gente, vocês precisam prestar atenção”. Porque o adolescente, ele não tem muito juízo, então ele acha “ah, isso aí é bobeira”, ou você fala alguma coisa sobre sexo, já acha graça, porque faz parte da vida deles, hoje em dia os adolescentes estão entrando na vida sexual muito cedo, infelizmente é isso. Mas graças a Deus eu acho que nós não temos gestantes adolescentes na nossa área nesse momento, então eu acho que um pouquinho de orientação, também a gente disponibiliza preservativo, que é uma coisa ali pra prevenir esse tipo de coisa.

E14 – Veja, eu percebo que assim, talvez a situação seja justamente essa, porque o jovem, o adolescente... a criança ainda os pais conduzem, trazem na vacinação e tudo. Até uma certa idade as crianças estão vindo com muita frequência às unidades de saúde e tem um período grande que essas pessoas deixam de vir na unidade de saúde e aí que estaria a situação de que organizasse o serviço, justamente pra ir ao encontro e buscá-los. Eu

acho que essa é a maior dificuldade que a gente tem aqui, falta de ir ao encontro desse grupo populacional.

E18 – A principal dificuldade é a aderência, porque eles nunca querem escutar o que a gente tem pra passar, eles acham que sabem tudo, principalmente com o uso da internet agora. Eu vejo que vêm algumas mães com os adolescentes na esperança de que a gente consiga conversar, mas eles falam: ‘ai, nada a ver’, já querem sair pra fora do consultório, não querem nem ficar. Então eu acho que aderência é a maior dificuldade, é uma população, é uma faixa etária difícil, que nem eu te falei, eles acham que sabem tudo, que não precisam de informação, a internet responde tudo pra eles.

E21 – Então, eu acho que a nossa dificuldade é conseguir que o adolescente venha até a unidade, isso eu acho bem... criar o vínculo com a unidade, eu acho mais complicado. Eu acho que isso é mais difícil. Porque assim, geralmente o adolescente, ele não vem até a unidade, assim, por vontade. Ou ele vem porque está doente, ou ele vem porque ele tem que fazer a vacina, ou ele vem porque ele tem uma consulta, ou ele vem porque ela engravidou, tem que fazer o pré-natal, sabe? Ele não vem por, assim, ‘ah, vamos fazer uma palestra para o adolescente’, é muito difícil trazer aqui, por isso que a gente vai muitas vezes até a escola, pra ter essa conversa com eles.

Além das características próprias do adolescente, alguns participantes verbalizaram outros processos que podem ser compreendidos como limitações e desgastes relacionados à atenção à saúde dos adolescentes na APS. Por vezes, nos depoimentos, os participantes referiram precarização das condições de trabalho, falta de profissionais e a alta demanda de atendimentos no cotidiano do processo de trabalho na APS, o que dificulta o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, que pode ser percebido nos exemplos de falas a seguir:

E1 – Então, como a rotina da unidade sempre também é bem puxada, sempre com um monte de gente, tem a dificuldade realmente de que os profissionais conheçam realmente esses adolescentes e atendam esses adolescentes.

E5 – Na verdade assim, a gente é bem sobrecarregado aqui. Nossa população está extrapolada de quantidade, então a gente já começa pela cobertura que não é adequada. Agora está um pouco mais tranquilo a parte de triagens e consultas, que é o dia inteiro acolhimento, então a gente tem que solucionar quando vem. Então a parte de profissional, que eu acho que não sei se teria uma forma melhor de organizar isso, a gente tenta ao máximo pensar no dia a dia, mas a gente acaba sendo engolido por aquele incêndio do dia a dia. Então acho que a parte de profissionais, se a gente pudesse sair mais da unidade, trabalhar mais na rua com a população seria melhor, mas por enquanto a gente tem que dar conta do que acontece aqui dentro. Isso é uma dificuldade.

E7 – Hoje a gente peca, muitas vezes não consegue nem terminar o cronograma que a gente inicia no começo do ano porque falta servidor, é atestado e a gente não tem condições jurídicas de repor esse servidor com outro. Estrutura física também, essa unidade ela é nova, ela tem dois anos de existência e assim, pra você ter uma ideia, ela foi construída para um porte

três, mas inadequadamente. Eu tenho três enfermeiros e duas salas de enfermagem, eu tenho três residentes de enfermagem, mas eu não consigo comportar eles em sala, nós temos psicólogas que atendem, eu preciso sair da sala para a psicóloga atender, porque ela não tem onde atender. Aí 'ai, vamos colocar fisioterapeuta', ótimo, maravilhoso, aonde eu vou colocar o fisioterapeuta se eu não tenho sala? Então assim, isso gera um transtorno dentro da equipe e querendo ou não a gente deixa de oferecer serviços, por exemplo, a nossa psicóloga, ela atendia segunda e sexta, o dia inteiro, ela veio me comunicar essa semana que ela não vai mais atender na segunda de manhã por falta de sala. Então assim, é uma perda para nós comunidade, e querendo ou não para os nossos adolescentes que precisarem de um atendimento psicológico, talvez eles tenham que esperar mais.

E22 – A equipe não completa, né? A estrutura RH que a gente chama, recursos humanos, falta. Bastante demanda e equipe incompleta. Porque se você tem o ACS, ele faz a visita, ele traz, 'oh, está com dor de barriga, está isso, está aquilo'. Se você está com uma defasagem de dois, três ACS dificulta, porque você fica só apagando incêndio, você não faz a prevenção. Você só fica apagando incêndio, é busca daqui, é busca dali, daí você não consegue fazer aquela visita domiciliar mensal que deveria ser feita. É RH, porque a equipe incompleta, você fica apagando incêndio. É demanda, demanda, demanda, você não consegue realizar a prevenção. Porque se você tem ali meio período pra você, você vai realizar alguma coisa. 'Oh, vamos fazer essa visita em tal lugar', mas não dá!.

E6 – Eu acho que deixa a desejar, porque igual eu falei pra você, a gente não consegue de repente fazer um trabalho adequado, por essa super população que acaba inchando as unidades e a gente não consegue fazer o trabalho. Igual eu falei pra você, muitas vezes e a gente fica focada no atendimento em si, na queixa clínica daquele momento e deixa a desejar porque a gente não faz planos, a gente não consegue seguir o plano adequadamente.

E12 – Eu acho que pelo volume de trabalho que a gente tem, a gente acaba priorizando outras faixas etárias, outros programas e acaba não tendo muito tempo para planejar uma ação com os adolescentes.

E14 – É isso aí e a gente vai ter que apagar incêndio, apagar incêndio, até na minha área a gente está só apagando incêndio, a gente trabalhava muito com a questão da prevenção, claro que trabalha muito ainda, promoção e tudo, mas a gente vê que agora assim, o foco dessa gestão é apagar incêndio, sabe? É não deixar formar fila na frente da unidade, é você não se preocupar tanto com a prevenção, de uma maneira geral, e só atender aqueles casos que apareçam lá de queixas principais dos pacientes, então é ruim isso, bem difícil. Dificulta todo o planejamento, tudo que já estava construído anteriormente, que foi pensado, sabe, que tinha uma equipe de profissionais pensando, escrevendo, fazendo protocolos, construindo protocolos, tudo foi por água abaixo.

Para os entrevistados no âmbito da APS se percebe uma demanda excessiva de trabalho para o quantitativo de profissionais que atuam nesses serviços, por consequência, refletem a respeito do planejamento de ações de saúde para os adolescentes que vivem no território. Contraditoriamente, mesmo diante das limitações apontadas, os participantes destacaram a importância de se elaborar estratégias para a vinculação desse segmento populacional ao serviço local de saúde, conforme demonstram as falas a seguir:

E1 – Uma delas, a primeira situação realmente, eu acho que as equipes têm que conhecer muito bem o seu território primeiro e mapear realmente onde que estão esses adolescentes. Como é uma população que não vai até a unidade, então os próprios agentes podem fazer esse monitoramento, devem fazer, deveriam fazer esse monitoramento de saber – oh, aqui tem adolescente. Pelo menos ir lá, fazer uma atividade com que ele passe pela unidade de saúde de algum tempo, pra poder conhecer e pra poder realmente tomar medidas que possam prevenir esses problemas. Ações coletivas que eu acho bem importante nessas questões de quando vão fazer atividades para os adolescentes, então estar expondo essas questões, que são ações que podem ser feitas preventivamente, explicando o que é uma infecção, como é que passa, qual é o problema. Que as vezes é questão do sexo, provavelmente que já nessa fase a gente sabe que vem acontecendo cada vez com idade menor, sem o cuidado de ter o preservativo. Então essas questões eu acho que podem ser trabalhadas bastante no coletivo.

E13 – Bom, é que o adolescente você tem que trabalhar vínculo, eu acho que é muito vínculo. Primeiro ele é curioso, mas ele precisa saber se você é confiável pra ele lhe entregar aquilo que é a dúvida, então ele é muito ressabiado, desconfiado, ele vai primeiro tentar, ou se é por um amigo que já foi, já conversou. Então talvez é a forma do falar, não que a gente tenha que usar gíria, não isso, mas enfim, a tua abordagem vai ser diferente. Uma coisa que aprendi muito, o escutar, a escuta qualificada, você primeiro precisa escutar e não julgar, porque quando você julga, depende da palavra a qual que você fala, ele não volta mais. Então eu acho que é essa percepção que a gente precisa adquirir e trabalhar. E é o vínculo, é estar lá, é ser visto, é ir lá, trabalhar de uma forma diferenciada, talvez, ser despretensioso na primeira abordagem.

E28 – A gente, nas nossas atividades, a gente vai buscar muito esse adolescente nos seus outros ambientes de convívio, sendo que aqui, mesmo com algumas atividades desenvolvidas, como agora a gente vai fazer uma no dia 07 de março pra o Dia Internacional da Mulher e estamos convidando os adolescentes. Mas a gente sempre tem uma adesão bem pequena, então eu acho que isso seria algo pra ser desenvolvido com um projeto mesmo de ambiência, acolhimento, postura talvez, entre outros aspectos que a própria Unidade não favorece, essa vinda do adolescente de forma mais espontânea.

E22 – É mais a deficiência de funcionário, né? No caso, duas equipes sem médico. Aí você faz o que? Você atende e manda para o PA, aí onde que dá as internações, sendo que no começo dos sintomas, se começasse sendo tratado aqui não chegava lá com uma febre, né?.

Nessa mesma direção, alguns relatos demonstraram a consolidação e as potencialidades da APS nos territórios para atender o adolescente. Apontaram como potencialidade para o acesso a proximidade dos serviços locais com as residências, e ainda, que esses serviços poderiam articular ações com outros setores que também estão no território.

E1 – Facilidade eu acho que por estar no território, em primeiro lugar, que eles vão ter melhor acesso por estar mais próximo da casa deles, da residência. Então é mais fácil para que eles vão até a unidade de saúde na

questão do acesso, digamos assim acesso com relação à dependência de um transporte. E também a gente tem profissionais bastante qualificados dentro das unidades de saúde que podem fazer parte dessas atividades.

E3 – Para o adolescente, eu acho que o agente comunitário de saúde, ele é um elo bem forte, então é uma das facilidades que a gente tem enquanto estratégia de saúde da família, PACS, é o agente comunitário da saúde, é a porta de entrada muitas vezes para esse adolescente. E a capacitação do profissional para lidar com esse tipo de situação. A gente geralmente tem um pouquinho mais de capacitação, do que as outras. A educação e a assistência, parece que já é inerente ao cargo, então não sei se eles têm tanta capacitação como a gente tem. Nesse ponto, pelo menos, a gente é bem servido.

E4 – Eu acho que principalmente o contato mais próximo que a gente tem com a população. Então a gente consegue, teoricamente, ver com mais facilidade do que os outros profissionais isso. Mas infelizmente, às vezes, nem sempre isso é verdade. Mas eu acho que esse contato mais próximo facilita pra gente entender o contexto da pessoa, o que está acontecendo e é aquilo, se você diagnosticar antes, tiver uma prevenção, você consegue prevenir que aquela internação, por exemplo, aconteça. Ou fazer o diagnóstico correto, tratamento correto, não precisaria ir para frente, mas...

E28 – Nós temos algumas pessoas aqui da Unidade que fazem esse acompanhamento, assim, personalizado mesmo, que conhecem a história desses adolescentes de risco, que vão atrás, que monitoram, que participam. Então eu acho que isso é um ponto superpositivo, esse olhar que a Unidade tem para esses adolescentes em situação de risco. E um outro ponto forte que eu acho, é o que eu coloquei pra você, dessa equipe que a gente tem que faz todo o trabalho junto aos adolescentes, principalmente no ensino médio de algumas escolas aqui, que já tem uma tradição inclusive junto às demais Unidades, como um ponto forte da própria Unidade. Isso é um aspecto bem positivo e que criaram vínculo com esses adolescentes e esses adolescentes quando vêm à Unidade, buscam essas pessoas que são referência lá pra eles e essas pessoas articulam as necessidades deles pelo vínculo e pela confiança mesmo. Então eu acho isso um ponto muito positivo. O que eu acho é que isso poderia se ampliar, porque essas pessoas desenvolvem um trabalho já há algum tempo e têm uma afinidade muito grande com o adolescente, com a adolescência de forma geral, o que infelizmente ainda não é genérico, que é o trabalho que eu acho que a gente poderia trazer pra sensibilizar a todos nessa perspectiva.

E7 – Eu acho que é isso e também o fato da territorialização, então dessa unidade estar próxima do adolescente, porque isso facilita, ele pode vir a pé, não precisa pegar um ônibus, então não vai precisar de dinheiro, teoricamente, que muitas vezes esse adolescente não trabalha. Isso é até uma questão que a gente briga pra ter mais unidades no município, porque esse bairro do (citou o nome do bairro próximo, que também faz parte da cobertura da unidade), que você não conhece, ele é muito longe daqui, então assim, se os adolescentes do (citou o nome do bairro onde fica a unidade) já não procuram a gente, do (citou o nome do bairro próximo, que também faz parte da cobertura da unidade), é que não vão procurar mesmo, porque vão ter que andar muito assim, eu acredito que seja uns 5 quilômetros ou quase uns 10 quilômetros de lá até aqui, entendeu, então é bastante.

Sobre a atuação do profissional na APS, as falas dos entrevistados convergiram sobre a importância da vinculação e do desenvolvimento de ações de

saúde para o adolescente. Nesse sentido, discorreram sobre os processos de preparo do profissional, seja na graduação ou em educação permanente, para atender às necessidades desses indivíduos que detêm muitas especificidades. Conforme destacado nos relatos a seguir:

E2 – Então às vezes a gente vê, até puxando pra essa questão, uma certa dificuldade dos profissionais, que a gente tem muito médico recém-formado, de manejar os pacientes em consultório, então algumas demandas que eles poderiam resolver na própria unidade, que são simples, acabam encaminhando para os especialistas e enchendo cada vez mais as filas. E são coisas às vezes básicas que com prevenção, promoção e estratégias, a gente consegue resolver dentro da própria unidade. Então tudo isso culmina em vários problemas para o município.

E17 – Olha, eu vou falar por mim, eu não, eu não estou capacitada, nunca recebi alguma coisa direcionada à saúde da criança e do adolescente, então no meu caso, não. Mas com certeza deve ter alguma equipe que saiba lidar com mais preparo com relação a isso.

E1- Até na parte clínica muitas vezes tem dificuldade, porque como eles não estão habitualmente fazendo a consulta do adolescente, acaba esquecendo. Então quando aparece um, eles têm essa dificuldade realmente de fazer essa anamnese, essa clínica, tanto enfermeiro como médico, né?.

E13 – Mas uma coisa que, talvez, trouxe bem e isso talvez não era trabalhado, é minha visão, talvez eu preciso também fazer essa reavaliação, é que não tinha passinho por passinho. E às vezes, infelizmente, o profissional de saúde, ele tá ali, ele entra e ele esquece às vezes de ler, as vezes ele esquece de voltar, ver normativa, ver diretriz, ele tá mecânico, então ele tá indo.

E7 – Como a minha formação é pediatria e esbarra um pouco, apesar de não ser hebiatria, a gente acaba estudando um pouco do desenvolvimento, o que eu vejo de insegurança aqui é principalmente a questão: “mas eu posso atender sem o pai? Como que eu faço isso sem o responsável?”. Por exemplo o preventivo, já chegou várias meninas aqui com 15, 16 anos que não tinha nenhum responsável. Aí eu sempre oriento o pessoal, eu falo, mas a gente sempre repete pra eles: “Vamos chamar mais um profissional. Não faça o procedimento sozinho”, porque se acontece alguma coisa a gente tem o respaldo legal de “não, tinha mais um profissional dentro da sala”. Evolui tudo isso no sistema, porque é respaldo, não vamos deixar de fazer esse cuidado com o adolescente, porque por vezes ele já vem sem os pais por conta de um desconforto ou porque está fazendo alguma coisa escondido e aí confia na gente.

E28 – Eu acho que precisaríamos ter, primeiro, uma capacitação da equipe em cima desse olhar diferente. Então o adolescente, ele é visto muitas vezes, é aquele vácuo que se tem, que não é nem adulto e nem criança e dentro do espaço de Saúde isso também fica um pouco traduzido nas atitudes. Então eu acho que às vezes falta um preparo pra acolher melhor esse adolescente na sua necessidade, na questão daquela privacidade que às vezes ele exige, no sentido da característica da idade, às vezes fica mais constrangido e não que não se faça, mas talvez precisasse rever um pouco esse processo.

Em contraposição, alguns profissionais destacaram estarem seguros para o atendimento da população de adolescentes, assim como estarem seguros para atender às suas necessidades, conforme demonstrado a seguir:

E9 – Pelo menos na minha área, eu posso dizer por mim, eu acho até mais prudente dizer por mim, muito tranquilo, atendimento normal, tranquilo, não vejo problema nenhum. Não escuto assim comentários de dificuldade para esse grupo específico, pra ser sincero. E acho que, não vou ficar aqui elencando problemas nossos, mas o que eu percebo é que o pessoal que trabalha em unidade de saúde, ele gosta do que ele faz e se ele não faz mais é porque não proporcionam isso pra ele.

E14 – Eu acredito que sim, eu acredito que acaba fazendo parte da rotina. A gente se prepara, a gente estuda, a gente desenvolve conhecimento nessas áreas, então eu acho que os colegas seriam capazes de atender, sem problema nenhum. Eu não conheço nenhum hebiatra no município, mas eu acho que não haveria dificuldade de os colegas fazerem o atendimento.

E6 – Então eu acho que a equipe em si, ela tem uma visão boa, desde a recepção. Muitas vezes as atendentes da recepção já percebem um caso de depressão, não só adolescente, tanto da gestante. A gente percebe quando a gente está atendendo, porque como nós trabalhamos já há muitos anos aqui, a gente conhece a população, então a gente percebe que aquele paciente, ele está diferente, ele está triste, a gente vê que tem alguma coisa. Então a gente tem essa visão, eu acho que essa visão é muito importante, tanto por parte de todos os funcionários, agentes comunitários, enfermeiros, eu não vou citar nomes, eu acho que o conjunto, no geral, consegue puxar isso. Então eu acho que a gente tem facilidade nesse sentido.

• Agravos em saúde do adolescente e as ICSAP

A partir dos dados apresentados referentes às ICSAP de adolescentes no município, os participantes fizeram reflexões acerca das causas das internações e da vida dos adolescentes nos municípios. Conforme demonstra as falas a seguir, os entrevistados associam as maiores causas dessas internações como sendo resolutivas na APS, porém com justificativa da internação para complicações das causas iniciais.

E17 – Olha, eu acho que, por exemplo, infecção do trato urinário, será que provavelmente tenha passado na unidade de saúde, então o que aconteceu que não foi resolvido? Talvez seja uma recorrência, não sei, mas poderia sim ser resolvido. Epilepsia, isso talvez não, às vezes é um tratamento que não está sendo adequado, daí realmente precisou internar, pelas crises recorrentes, esse daí já é um pouquinho mais... é possível de ser resolvido, mas é justificável os internamentos, né? E gastroenterite infecciosa, nossa! Bem resolvido na atenção básica!

E18 – É, eu me surpreendi um pouco com essa infecção no rim e trato urinário, porque geralmente quando o paciente chega com sintoma, a gente

já consegue tratar por aqui mesmo, não chega a complicar, mas se está internando é porque complicou, né?.

E21 – Agora epilepsia é uma coisa que me chama atenção porque assim, teria um tratamento, nós temos, teria um tratamento com os médicos da ESF.

Em contrapartida, relatos a seguir sinalizam que somente a APS não consegue ser resolutive, apesar da possibilidade de estratégias de ações neste nível de atenção, com necessidades de encaminhamentos na rede de serviços de saúde.

E21 – Então, pra resolatividade de infecção urinária e gastroenterite não tem muita resolatividade, assim, diretamente aqui, que eu acredito que está mais ligado a saneamento, essa questão de saneamento, de cuidados. O que daria pra fazer é um trabalho de higiene, uma educação com as mães. Porque aí, eu acho que é mais... A infecção no rim e trato urinário, nessa questão a gente podia tentar fazer alguma coisa nesse sentido!.

E2 – No caso que você apontou ali dos internamentos por epilepsia, a gente tá passando por um momento que a gente tá com dificuldade assim de distribuir vagas pra neurologia. Então a gente tem muitos casos de encaminhamento pra neurologia, daí a gente tá fazendo uma reavaliação da fila, pra ver se esses adolescentes, essas crianças necessitam mesmo do encaminhamento para o neurologista. Então até a gente passou aqui há dois sábados na unidade, a gente chamou toda a fila que aguardava para a neuro e dentro dessa fila tem muitos adolescentes, pra reavaliar eles, pra ver se eles têm real necessidade mesmo de estar com neuro ou se precisam de outras especialidades.

E4 – A captação deles precoce, então, essas três causas são mais difíceis você captar. Epilepsia você acompanha com a dispensação dos medicamentos, na teoria você conhece teus pacientes, mas aqui na gestação o trabalho já precoce, captar essas gestantes, na realidade captar elas antes de engravidar e trabalhar a questão do planejamento familiar para não deixar chegar aqui.

E35 – Então é um dado que vai ter, já teria que estar tendo toda importância, mas hoje eu acho que ele é frágil ainda pra gente dizer ‘ah, é culpa da Atenção Primária que não cuidou’. Como que nós estamos fazendo? Nós estamos pegando prontuário e entrando no prontuário pra poder fazer uma comissão e dizer ‘ah não, a Atenção Primária comeu bola, não atendeu direito, foi realmente culpa, falhou’, até pra gente poder avaliar. Então eu acho que alguns dos itens sim, não temos o que falar, mas alguns itens a gente tem que abrir uma discussão bem maior em relação a isso. A gente vê epilepsia, eu tenho no (faz referência à instituição hospitalar), 70% do que interna no (faz referência à instituição hospitalar) é epilepsia. Será que é? Epidemiologicamente eu tenho tudo isso? E outra, se é uma criança que tem epilepsia, o que que a Atenção Primária pode fazer por ela? E aí, se a família não fornece, eu vou monitorar, mas a gente não tem total controle de tudo. Então eu acho que assim, você falar de uma gastroenterite, de uma infecção de rim, doença relacionada ao pré-natal e parto, tá, é culpa nossa sim, a Atenção Primária tem que estar ali, agora tem coisas que não, tem síndromes que não tem como a gente ter total controle. Eu acho que se a gente chegar a um ponto de ter um indicador desse, redondinho, que traga, vai trazer muito crescimento pra a Atenção Primária, você vai conseguir medir muito, mas do jeito que estão os dados hoje, a gente não pode condenar. Porque nosso primeiro momento foi condenar a Atenção Primária, né? ‘Nossa, meu Deus do céu’, aí você começa a ver e falar, ‘mas não pode! Todo mundo tem epilepsia, todo mundo no (faz referência à instituição hospitalar) internando

por epilepsia?’ É aquele CID fácil que a mocinha digita e põe pra todo mundo, não pode! Ou toda convulsão febril eu estou colocando como epilepsia?.

Na perspectiva de ICSAP de adolescentes e da resolutividade na atenção primária, participantes apontaram a importância de considerar as necessidades e especificidades da saúde do adolescente, conforme relatado a seguir:

E6 – Eu acho que responde no sentido, assim, principalmente nessa questão de trato urinário, infecção aqui, o que acontece muitas vezes? A falta de orientação, a falta de higiene, tá? Principalmente as meninas, limpar da maneira correta, a falta de higiene e também a questão de sexo antes da idade, né? E tem toda essa situação. E também acho que pode ser relacionado, principalmente infecções, a automedicação, muitas vezes. Porque a gente sabe, a mãe: “ah, está com dor”, eles falam dor na bexiga, “ah, está com dor na bexiga, ah eu tomei esse aqui, foi bom pra mim, vou dar pra ele”, e muitas vezes o que acontece? O uso indevido acaba camuflando alguma coisa mais grave, daí que desencadeia esse tipo de coisa.

E26 – Mas se for pensar, olha só que tema interessante, infecção do rim e trato urinário, isso daí trabalhar com ênfase no adolescente. Quando a gente pensa em menino e menina, pensando na anatomia, tudo direitinho, a gente vê que a propensão é feminina. E se for ver a grande maioria da população, a mulher é 51% o homem é 50, a mulher sobrepõe ao homem, então é um trabalho que se deve trabalhar com as meninas e isso daí é escolar. Mas também pode ser trabalhado do pré-adolescente, que são coisas que se trabalha antes até pra prevenir no futuro. Mas isso pra mim é uma informação nova assim.

E35 – Talvez a questão de infecção urinária esteja relacionada à iniciação sexual, à sífilis, a tudo mais, então trabalhar junto na prevenção essas outras questões que podem vir acontecer. Então eu acho que é isso, a gente identificando e sempre trabalhando a mais do que a gente... nunca tem fim, saúde nunca tem fim.

E19 – Eu acho que tinha que ter muito mais informação e cuidado assim, principalmente que nem você falou ali da parte do início da sexualidade. Porque isso gera na verdade, além de tudo, muita ansiedade, muita depressão, quando a pessoa não se encaixa no que é esperado pela família e tudo mais, quando a pessoa não tem apoio, tipo assim, de conversar, de saber como é que é, como é que não é, daí fica com medo de contar que já iniciou relação e daí não se previne com preservativo, não se previne com anticoncepcional, não sabe direito, daí acaba já engravidando nova. Eu acho que tinha que ter muito mais coisa, não só pra menina, para o menino também porque as vezes ele acaba engravidando a menina também por desconhecimento de métodos, né? A gente vê assim, muito, tomar a pílula do dia seguinte que nem água, que é uma coisa muito ruim. Eu acho que se focasse nisso, já resolveria bastante coisa, porque ia ensinar eles a cuidar do próprio corpo, a conhecer o próprio corpo, porque muitas vezes a gente vê até pessoas adultas, que a gente fala alguma coisa assim e pra eles é totalmente novo e é o corpo deles e eles não conhecem.

E8 – Volto a repetir, dentro da nossa realidade aqui, em termos dessas causas que você está me apontando, eu não consigo ver uma questão de planejamento. Inclusive assim, como eu estou te dizendo, a gente tem uma noção de que isso está acontecendo, justamente, unicamente, pela questão de dispensação de medicamentos. Porque permanente, toda semana, eu tenho que atualizar meu estoque, ver minha demanda, então “opa, está saindo muita nitrofurantoina, muita infecção urinária”, mas assim, nem grupos

específicos, a gente se preocupa bastante, como a gente tem uma política muito específica com gestante, “ai, vamos ver se ela está acompanhando”, a gente tem uma visão diferente, então a gente só separa por causa disso, “ah, mas dessa demanda quantas nitrofurantoína foram para gestante porque a gente precisa acompanhar”, isso não é feito pelo adolescente, então é uma falha nossa, isso não é colocado para os demais pacientes, não só para os adolescentes.

6.6 RESULTADOS INTEGRADOS

A técnica de integração dos resultados do estudo é apresentada no QUADRO 3 com a exibição conjunta dos resultados (*joint display*) por meio do *Pilar Integration Process* (PIP) ou Processo de Integração do Pilar (tradução livre).

O PIP tem como objetivo integrar dados quantitativos e qualitativos que tiveram análise inicial separada e, desta forma, permite diminuir o viés do observador e elevar as oportunidades de síntese visual e metodológica do estudo. O PIP envolve quatro etapas que são realizadas sequencialmente após a conclusão das análises iniciais em cada fase do desenho metodológico:

1) listagem dos dados qualitativos ou quantitativos abrangentes ou mais relevantes descritos em uma das extremidades de uma tabela, quadro ou matriz, como ponto de partida da análise de integração;

2) correspondência de dados, que permite alinhar dados em lados opostos da tabela, quadro ou matriz para refletir as divergências ou convergências derivadas da análise dos dados. Nesta etapa, as colunas de dados e categorias quantitativas e códigos e categorias qualitativas devem ser preenchidas. Caso o pesquisador não constate qualquer correspondência, esse espaço aparece em branco ou é descrito como “não encontrado”;

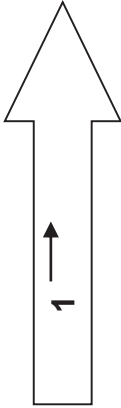
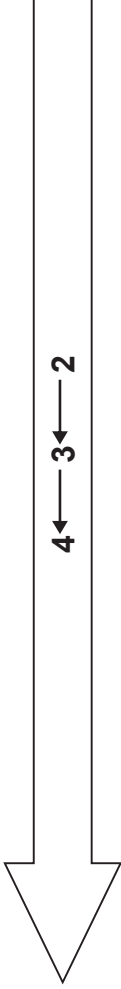
3) verificação, que permite avaliar a qualidade da correspondência no conjunto de dados nas quatro colunas externas. É um momento oportuno para o pesquisador refinar as informações nas colunas. Ao final, o pesquisador deve refletir se os dados relevantes estão categorizados e têm correspondências adequadas.

4) construção do pilar para escrever as inferências geradas na análise mista, que corresponde ao conteúdo da coluna central da tabela, quadro ou matriz, diante do confronto das descobertas, a partir das etapas de listagem, correspondência e verificação. (JOHNSON; GROVE; CLARKE, 2017; OLIVEIRA, 2020).

O lado esquerdo do QUADRO 3 mostra os dados quantitativos dos três municípios com maior número de ICSAP entre adolescentes residentes. A fim de visualizar correspondências e elencar os dados qualitativos relevantes, o lado direito apresenta quatro colunas que descrevem os dados qualitativos extraídos dos Planos Estaduais de Saúde que ilustram o planejamento de ações para os adolescentes e as categorias temáticas advindas das entrevistas com os participantes relacionadas à saúde do adolescente em seus municípios. No centro do quadro, o pilar destaca o confronto desses dados a partir da categoria de análise do estudo: a Determinação Social da Saúde.

QUADRO 3 – PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO PILAR.

(continua)

Quant Dados	Quant Categorias	PILAR Integração dos temas	QUAL Categorias (PES)*	QUAL Códigos (PES)*	QUAL Categorias (Entrevistas)	QUAL Códigos (Entrevistas)
						
Perfil das internações de adolescentes na 2ª RS-PR - 82.016 casos de internação de adolescentes por causas gerais. 9.029 ICSAP -11% do total de causas gerais. Os três municípios da 2ª RS com maior número de ICSAP de adolescentes: Curitiba com 34,56% (2.723); Colombo com 8,52% (671) e São José dos Pinhais com 8,08% (637). São José dos Pinhais apresentou decréscimo de ICSAP de adolescentes em todo o período de 2013 a 2017.	ICSAP dos adolescentes quanto aos municípios de residência com maior número de internações	Concepção de saúde do adolescente ancorada no conceito de risco, fator(es) para adoecimento(s), problema(s) de saúde, processo(s) relacionado(s) à dimensão individual/ biológica e familiar, uso de drogas ilícitas e gravidez.	Concepção de saúde na gestão do Paraná	Plano 2012 a 2015: contém o conceito de saúde promulgado pela Constituição Federal; Plano 2016 a 2019: não evidencia base conceitual, mas destaca a participação do cidadão paranaense na sua saúde. O Plano 2012 a 2015 apresenta aspectos demográficos e socioeconômicos com descrição de dados quantitativos no sentido de fazer comparações com dados nacionais, para reconhecer e sinalizar a representatividade territorial empobrecida e/ou problemas de saúde.	Política, gestão e financiamento do setor para o enfrentamento das questões de saúde do adolescente	A realidade observada nos territórios, expressões de saúde individual ou coletiva, estão relacionadas às mudanças políticas, econômicas e sociais no país. Identificação das prioridades orçamentárias não as locais conforme os dados de caracterização dos municípios e do modo de viver dos indivíduos e coletivos nos seus territórios.

QUADRO 3 – PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO PILAR.

Principais ICSAP de adolescentes em Curitiba: Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) com 27,21% (741) das internações; Grupo 14 (Epilepsias) com 17,63% (480) e Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) com 12,16% (331) de internações. Principais ICSAP de adolescentes em Colombo: Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) com 35,47% (238); seguido pelo Grupo 14 (Epilepsias) com 19,08% (128) e o Grupo 2 (Gastroenterites infecciosas e complicações) com 11,62% (78) internações. Principais ICSAP de adolescentes em São José dos Pinhais: o Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) com 30,14% (192); Grupo 14 (Epilepsias) com 13,66 % (87) e Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) com 10,83% (69) de internações.	ICSAP dos adolescentes quanto aos municípios de residência e grupos de causas	O modo de vida e o processo saúde foram relacionados aos fatores e dados estatísticos de agravos, não houve relação destes com a historicidade e dinamicidade da vida no território.		Na perspectiva do perfil de saúde e de doença(s) da população no estado, os Planos articulam o processo com fatores, riscos, danos determinantes, uma vez que destacam a gestão desses aspectos nas situações de saúde da população; Os Planos estaduais mapeiam situações de doenças e grupos sociais em vulnerabilidade(s) e registram a necessidade de modificação da atenção à saúde, que deveria ser definida a partir do perfil das condições sociais, de saúde e das expressões de adoecimentos da população.	A organização político-administrativa e a reprodução social	Os participantes relacionam a Política Pública e o processo de planejamento da atenção e da promoção da saúde do adolescente com a necessidade de envolver diferentes saberes e atores sociais, entre os quais destacam o Estado e instituições de diferentes setores para responder as necessidades em saúde dessa população; Um pensamento político-ideológico conservador, que interfere diretamente na elaboração e organização/estruturação do sistema de saúde e impõe restrição na implementação das ações para adolescentes.
---	--	---	--	---	--	---

(continua)

QUADRO 3 – PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO PILAR.

(continua)

Infecção no rim e trato urinário se manteve na primeira posição em todos os anos do estudo para ICSAP de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná.		A(s) causa(s) do(s) problema(s) foi(foram) relacionada à características do indivíduo adolescente e ao(s) seu(s) comportamento(s). Não houve relação destes com o(s) processo(s) de desgaste(s) presente(s) na dimensão particular ou estrutural.		Plano 2012 a 2015: associa o estilo de vida à dinamicidade no perfil de saúde; Plano de 2016 a 2019: aproxima aspectos sociais para explicar condições de vida e saúde	O modo de vida do adolescente no território como um desafio para compreender e pensar a intervenção	Destacaram a gestão na adolescência como um processo de desgaste que não está isolado, pois há as infecções sexualmente transmissíveis, entre outras questões. Preocupação com a perpetuação do fenômeno nos territórios mesmo quando há possibilidade de acesso a informações com profissionais da saúde e da educação, assim como aos métodos para a prevenção da gravidez. Ações que visam à resolução e atendimento daquilo que se expressa como sinal, sintoma e queixas no corpo ou do que acreditam ser característico ou comum nos adolescentes, como tratar infecções sexualmente transmissíveis.
--	--	---	--	---	---	---

QUADRO 3 – PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO PILAR.

(continua)

As meninas se sobressaíram no quantitativo das internações em geral, com total de 43.343 (52,85%) internações em relação ao sexo masculino, que apresentou 38.673 (47,15%) internações. Em ICSAP, as meninas também internaram mais que os meninos, representando 66,16% (5.974) do total de internações, se comparado ao sexo masculino que apresentou 33,84% (3.055) das ICSAP totais.	Não ICSAP e ICSAP dos adolescentes quanto ao sexo	O(s) adoecimento(s) teve(tiveram) explicação segundo modelo multicausal, limitado à(s) característica(s) do(s) indivíduo(s), e comportamento(s) na adolescência.	O perfil de saúde do adolescente no Estado	Ambos os Planos apontaram uma constatação da realidade de doenças nesta população, com ênfase às características segundo a faixa etária, sexo e uma intenção de análise segundo o gênero. No entanto, cabe destacar que o termo foi utilizado como sinônimo de sexo e não como categoria social. O perfil de morbimortalidade esteve centrado nos indicadores de doenças, respectivos riscos e causas que mais acometeram os adolescentes no período, com destaque para causas externas, violências e uso de drogas.	O adolescente no território	Conhecer a realidade onde se atua, ter acesso aos dados do perfil de saúde da população municipal e local foram informações apontadas como necessárias para se pensar a ação do serviço local; Caracterizaram o adolescente pertencente a uma geração com características e identidade próprias pelo momento de desenvolvimento em que vive a sociedade, assim como as características dos seus grupos sociais. Destacam consumo de bebidas alcoólicas, sexualidade precoce, o tráfico e uso de drogas ilícitas e a prostituição na comunidade.
---	---	--	--	---	---	--

QUADRO 3 – PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO PILAR.

(continua)

Feminino: cinco grupos de causas com maior representação: Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) com 22,47%; seguido das internações com causas do Grupo 14 (Epilepsias) com 9,58%; o Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) em terceiro lugar, com 8,88%; o Grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e complicações) na quarta posição com 6,48%; e o Grupo 13 (Diabetes mellitus) em quinto lugar, com 4,06% Masculino: o Grupo 14 (Epilepsias), com 9,69%; Grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e complicações), com 5,43%; Grupo 7 (Asma) com 3,49%; Grupo 13 (Diabetes Mellitus) com 2,84%; e, Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) com 2,949%. Percebe-se que assim como os meninos, essas causas ocuparam os principais grupos de internação sensível de adolescentes do sexo feminino na 2ª Regional de Saúde do Paraná nos anos de 2013 a 2017, exceto o Grupo 7 (Asma), que não apareceu como principal causa de internação para as meninas.	ICSAP dos adolescentes quanto ao sexo por grupo de causa	O território compreendido como espaço geográfico delimitado, que é determinado pelo modo de vida das pessoas/coletivos que ali vivem, onde se encontram instituições e se concretizam ações públicas.	Planejamento de ações para os adolescentes no Paraná	Plano de 2012 a 2015 elencou as iniciativas das ações do Estado e as estratégias de cuidado inseridas na coordenação da APS; Plano de 2016 a 2019 abordou de maneira geral os serviços do setor que integram ações voltadas a essa população. Ambos os Planos caracterizaram a Atenção Primária à Saúde como principal orientadora da Atenção à Saúde, com pautas em suas diretrizes que visam favorecer esse eixo; Os Planos pontuaram aspectos em suas diretrizes, objetivos, metas e/ou	Ações promovidas na APS para atenção à saúde do adolescente A organização da Rede intrasetorial de Atenção ao adolescente	Precarização das condições de trabalho, falta de profissionais e alta demanda de atendimentos no cotidiano do processo de trabalho na APS, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Apontam como potencialidade para o acesso a proximidade dos serviços locais com as residências, e ainda, que esses serviços podem articular ações com outros setores. Não conhecimento dos recursos e das ações disponíveis para o cuidado à saúde do adolescente, além de exemplificarem a invisibilidade desse segmento populacional nas ações e rotinas do serviço. Dificuldades de articulação com a rede e apoio para integralidade do cuidado.
--	--	---	--	--	---	---

QUADRO 3 – PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO PILAR

				(conclusão)	
				indicadores que se associam de maneira transversal com as questões encontradas em relação aos adolescentes no Estado, como reduzir a Mortalidade por Causas Externas e desenvolver programas de Enfrentamento às Violências.	
	ICSAP dos adolescentes quanto a faixa etária por grupo de causa	Para intervenção resolutiva em saúde são necessárias transformações sociais sustentadas por políticas públicas que garantam os direitos do cidadão em uma sociedade justa.		A identificação de planejamento ou continuidade de ações para os adolescentes apareceu no Plano de 2012 a 2015 vinculadas a Diretriz do Programa de Qualificação da APS, com pauta específica de ações de Saúde da Criança e do Adolescente. No mesmo capítulo de Diretrizes do Plano de 2016 a 2019, não foi evidenciado na Matriz do processo de discussão uma linha de ação a ser seguida para essa população na APS.	Invisibilidade do adolescente
Adolescentes com idade de 15 a 19 anos representaram mais da metade das ICSAP, o que corresponde a 59,90% de internações, os adolescentes de 10 a 14 anos representaram 40,10% das internações por condições sensíveis à APS. A causa de ICSAP predominantes entre os adolescentes com 15 a 19 foi Infecção no rim e trato urinário, sendo 20,99% (1895), e no subgrupo da faixa etária de 10 a 14 anos foi Epilepsias, com 10,80% (975).					Não reconhecimento e a invisibilidade do adolescente como usuário do serviço se revelou como dificuldade para a formação do vínculo dos adolescentes com o serviço e com os profissionais. Destacaram a importância de se elaborar estratégias para vinculação desse segmento populacional ao serviço local de saúde.

FONTE: Adaptado de JOHNSON; GROVE; CLARKE (2017).

*Planos Estaduais de Saúde. 1. Listagem; 2. Correspondência; 3. Verificação; 4. Construção do pilar.

Nota: As linhas descontinuadas nas colunas de quantas categorias e QUAL categorias representam continuidade na correspondência do que está listado nas colunas quantas.

A análise integrada apresentada no PIP permitiu, por meio dos temas emergentes nos resultados, constituir as meta-inferências, ao confrontar as informações sobre as ICSAP dos adolescentes nos três municípios com maior número de internações na 2ª Regional de Saúde, os registros dos planos estaduais de saúde dos períodos 2012-2015 e 2016-2019, e as falas dos participantes do estudo. Esse processo permitiu identificar o pilar que foi elaborado à luz da categoria de análise – Determinação Social da Saúde – o qual será discutido no próximo capítulo.

Dessa forma, apresentam-se as meta-inferências obtidas a partir da análise integrada e confronto dos resultados no PIP:

- a) Concepção de saúde do adolescente ancorada no conceito de risco, fator(es) para adoecimento(s), problema(s) de saúde, processo(s) relacionado(s) à dimensão individual/ biológica e familiar, uso de drogas ilícitas e gravidez;
- b) O modo de vida e o processo saúde foram relacionados aos fatores e dados estatísticos de agravos, não houve relação destes com a historicidade e dinamicidade da vida no território;
- c) A(s) causa(s) do(s) problema(s) foi(foram) relacionada à características do indivíduo adolescente e ao(s) seu(s) comportamento(s) . Não houve relação destes com o(s) processo(s) de desgaste(s) presente(s) na dimensão particular ou estrutural;
- d) O(s) adoecimento(s) teve(tiveram) explicação segundo modelo multicausal, limitado à(s) característica(s) do(s) indivíduo(s), e comportamento(s) na adolescência;
- e) O território compreendido como espaço geográfico delimitado, que é determinado pelo modo de vida das pessoas/coletivos que ali vivem, onde se encontram instituições e se concretizam ações públicas.
- f) Percepção sobre o(s) problema(s) de saúde do(s) adolescente(s) e como um fenômeno que não têm direta relação com a qualidade e resolutividade dos cuidados primários.
- g) Para intervenção resolutiva em saúde são necessárias transformações sociais sustentadas por políticas públicas que garantam os direitos do cidadão em uma sociedade justa.

7 DISCUSSÃO

Neste capítulo, baseado na categoria de análise adotada para este estudo, a Determinação Social da Saúde, discutem-se os resultados integrados na perspectiva de conhecer a determinação social das ICSAP de adolescentes, como também explorar as contradições existentes nas dimensões estrutural, particular e singular a realidade objetiva deste fenômeno.

A integração dos dados sobre as ICSAP dos adolescentes que foram identificadas na etapa quantitativa do estudo, foi confrontada com os dados dos planos estaduais de saúde e das entrevistas da etapa qualitativa. Fase do estudo que possibilitou identificar convergências e divergências nos processos relacionados à Determinação Social deste fenômeno.

Pesquisas que analisam ICSAP têm ocorrido em cenários nacionais e internacionais, com o objetivo de conhecer o perfil dessas hospitalizações em diferentes populações (PINTO et al., 2019; MORIMOTO; COSTA, 2017; CAVALCANTE; OLIVEIRA; REHEM, 2016; HU; MORTENSEN, 2018; COLLIER et al., 2018) sendo que, dessas investigações, a maior ênfase tem sido dada aos dados referentes às populações de adultos e crianças, que representam indivíduos vulneráveis nos extremos do ciclo de vida. (FREITAS et al., 2020; PINTO JUNIOR et al., 2018; PREZOTTO et al., 2017; LENTSCK; LATORRE; MATHIAS, 2015).

No cenário do presente estudo, a 2ª Regional de Saúde, é a região mais populosa do estado do Paraná, com uma população censitária em 2010 de 3.223.836 milhões de habitantes, concentrando, portanto, 30,9% da população paranaense (10.444.526 milhões de habitantes). (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016). O total de adolescentes na regional, na faixa etária de 10 a 19 anos, corresponde a 549.136, ou seja, 17,04% da população total dessa Regional. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Estudos apontam o adolescente como o segmento populacional que menos adoece ou interna, visto que é considerado o grupo etário mais saudável e, por esse motivo, busca pouco os serviços de saúde. (SOUSA et al., 2016; ASSIS; AVANCI; DUARTE, 2015). Contrário a essa perspectiva, o presente estudo demonstra a representatividade das ICSAP de adolescentes com idade de 10 a 19 anos na 2ª Regional de Saúde do Paraná, no período de 2013 a 2017, com 9.029 hospitalizações. Estas representaram 11% do total de internações de adolescentes por causas gerais

(82.016), quando excluído do total de internações gerais o número de adolescentes do sexo feminino, que foram hospitalizadas devido ao parto. A exclusão dos partos se justifica, pois, considera-se estes como um desfecho natural da gestação, não se caracterizando como uma enfermidade, além da sua tendência estar relacionada a eventos exclusivos de mulheres. (TURCI et al., 2012). Porém, mesmo considerando o parto um desfecho natural, chama a atenção o número de internação de adolescentes por parto, que foi de 26.849 no período de 2013 a 2017, que não deveria ser considerado um fenômeno natural nessa fase da vida.

As elevadas taxas de ICSAP na população ou em subgrupos, tal como o de adolescentes, podem evidenciar problemas de acesso aos serviços de atenção básica à saúde, fragilidade na execução das ações e/ou a baixa resolutividade da APS. (SENHEM et al., 2020). Pode ainda demonstrar a correlação intrínseca e associação reversa entre o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a queda das ICSAP, além da evidente distinção dos padrões de ICSAP de crianças e adolescentes quando comparados à população adulta. (SANTOS; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016; FERRER; GRISI, 2016).

Compreender o fenômeno nas três dimensões da realidade objetiva possibilita ao indivíduo uma aproximação indispensável para pensar sobre a determinação social desse, assim como de si, da sua inserção na sociedade e em classe social. Para que se possa intervir na determinação do processo saúde, coletivo ou individual, essa compreensão é fundamental para transformar a realidade inicialmente descrita. (QUEIROZ; EGRY, 1988). Nesse sentido, no presente estudo, buscou-se reconhecer os processos relacionados ao desenvolvimento do fenômeno na realidade objetiva delimitada para a investigação.

A integração dos resultados apresentados no capítulo anterior, apontou que o processo de concepção de saúde para o adolescente ancorou-se no conceito de risco, fator(es) relacionados ao desenvolvimento de adoecimento(s), problema(s) de saúde, processo(s) relacionado(s) à dimensão individual/biológica e familiar. No entanto, entende-se que a Determinação Social da saúde da população está relacionada a processos referentes à inserção dos indivíduos na produção e, conseqüentemente, a processos referentes à sua reprodução social em uma sociedade de classes. (BREILH; GRANDA, 1989; EGRY, 1996). Sendo assim, compreender as ICSAP de adolescentes é perceber que os adoecimentos, que levaram às hospitalizações,

ocorreram de maneira distinta em territórios com produção econômica, social, política e cultural em que se encontram meninos e meninas de diferentes faixas etárias.

Ao analisar o comportamento das ICSAP, segundo os três municípios de residência dos adolescentes com maior número de internações na 2ª Regional de Saúde do Paraná, no período estudado, destaca-se Curitiba com 2.723 (34,56%) hospitalizações, Colombo com 671 (8,52%) e São José dos Pinhais com 637 (8,08%). Esses municípios totalizam 4.031 internações que correspondem a 44,64% do total (9.029) de ICSAP de adolescentes da 2ª Regional de Saúde do Paraná no período de 2013 a 2017.

A 2ª Regional de Saúde, possui o maior contingente populacional do Paraná, em uma vasta extensão territorial de 29 municípios, com 28 municípios periféricos à capital do Estado, os quais sofrem com a falta de infraestrutura de equipamentos de saúde, assim como equipamentos de outros setores públicos. Pelo histórico de desenvolvimento da região, percebe-se que o acesso à maioria dos serviços públicos hospitalares ocorre em torno da região central, basicamente em torno de Curitiba, considerada o município-sede da Regional estudada.

Nesse território central está a maior oferta de atendimentos especializados e de serviços hospitalares, além de ser o município que possui a maior área de produção industrial e que tem avançado na autonomia da gestão pública do setor saúde. Evidentemente, considera-se que esse é o município no qual se detém a maior arrecadação de impostos e tributos advindos da produção industrial, circulação de bens e serviços, e arrecadação de Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU). (PARANÁ. Instituto paranaense de desenvolvimento econômico e social, 2017).

Destaca-se nessa organização de gestão da Regional de Saúde, a proporção de cobertura populacional no ano de 2016, com 51,97% de cobertura da estratégia Saúde da Família para a população dos 29 municípios, ou seja, 1.705.876 pessoas que têm acesso a este modelo de atenção à saúde. Ao mesmo tempo que se reflete sobre a previsão de teto de equipes para a estratégia na Regional, que era de 1.644, no ano de 2016 havia 501 equipes implantadas, o que corresponde a 30,47% da previsão de teto de equipes ESF.

A partir do confronto dos registros dos planos estaduais de saúde e das falas dos gestores e profissionais que atuam em APS sobre o processo saúde, emerge a compreensão do território como espaço geográfico delimitado, que é determinado pelo modo de vida das pessoas que ali vivem e, ainda, onde estão as instituições e ocorrem

as ações públicas. Ou seja, são falas que se contrapõem ao pensamento ancorado na perspectiva da determinação social do processo saúde, a qual refere que os equipamentos públicos de saúde devem ser dispostos de forma articulada com equipamentos de outros setores públicos para intervir no processo saúde dos grupos sociais do território, e essas intervenções devem trazer impacto na dimensão singular e coletiva dos grupos sociais inseridos em determinado território, compreendido para além do espaço geográfico, pois o mesmo é histórico, político, administrativo, econômico e também determinado socialmente. (EGRY, 2018).

Neste ponto, a compreensão acerca da dinamicidade e historicidade do território em que vivem as pessoas é importante para que se possam realizar ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, com o objetivo de possibilitar ao indivíduo a realização de suas atividades diárias e viver em condições adequadas, no sentido de atender às suas necessidades de moradia, alimentação, trabalho, segurança, educação, saúde, entre outras. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012). Como pontos fundamentais para a análise das ICSAP, podemos citar o acesso e a qualidade do serviço. No entanto, as questões socioeconômicas e a oferta de serviços hospitalares, ainda que de baixa qualidade, podem contribuir para resultados observados nesse sentido. (CAVALCANTE; OLIVEIRA; REHEM, 2016).

Conforme apresentação dos dados referentes à rede de serviços hospitalares na 2ª Regional de Saúde, no período estudado, o número de leitos não SUS aumentou pouco mais de 8% no período de 2013-2017, ao passo que os leitos SUS apresentaram queda de 4,26%. Isso mostra que há tendência à privatização do setor pelo regime de complementariedade.

O modelo de compra de serviços privados, chamado de complementariedade, se estruturou no Brasil a partir dos anos 1960 e, desde que o SUS nasceu, essa oferta de serviços com a participação do setor privado permaneceu firmada pelo princípio da complementariedade, que prevê a compra de ações do setor privado complementares às ações do setor público. Assim, com a intenção de integrar os serviços de saúde privados e filantrópicos, o Governo Federal incumbiu aos estados e municípios do papel de firmar contratos e convênios com esses prestadores. (ROMANO; SCATENA; KEHRIG, 2015; PAIM et al., 2011).

No entanto, a modalidade de complementariedade, por meio de compra de serviços privados pelo setor público, compromete diretrizes e princípios do SUS e o transforma em uma espécie de grande convênio, uma vez que fere o planejamento

ascendente e integrado e, ao contratar serviços de outros prestadores desvinculados do sistema, não há integração do cuidado, longitudinalidade e acesso facilitado dos usuários. (PAIM et al., 2011; SANTOS, 2012; BAHIA et al., 2016).

Em estudo realizado sobre a relação público-privado no setor saúde no Paraná, identificou-se o aumento significativo de contratação de ações privadas no estado no período de 1995 a 2015. Entre as ações mais contratadas estiveram os exames, os procedimentos ambulatoriais especializados e os procedimentos hospitalares, principalmente aqueles de alta complexidade. Uma relação que privilegiava a prestação de serviços em detrimento das necessidades em saúde da população, entendendo, nesta perspectiva, que saúde era uma relação de consumo de serviços. O estudo mostra que a complementaridade se efetua na perspectiva inversa, ou seja, o setor público tem sido complementar ao setor privado pela diminuição das ações públicas nesse nível de atenção à saúde. (STRAUB, 2018).

Destaca-se que dos três municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná apontados com maior número de ICSAP de adolescentes, São José dos Pinhais apresentou decréscimo de 36,2% de ICSAP de adolescentes em todo o período de 2013-2017, quando reduziu o número de internação de 116, no ano de 2013, para 42 hospitalizações em 2017. Com relação à sua infraestrutura, esse município apresentou 80.728 domicílios em 2016, sendo que 99,4% possuía água canalizada, 84,4% com tratamento de esgoto e 98,3% domicílios atendidos pela coleta de lixo. Os trabalhadores formais apresentaram o salário médio mensal de 3,4 salários-mínimos em 2018. Com relação à proporção de cobertura populacional de equipes de ESF nos três municípios destaques neste estudo, nenhum apresentou cobertura compatível com o teto previsto para o ano de 2016, visto que Colombo tinha teto previsto de 109 equipes e teve 42 ESF implantadas, Curitiba com teto previsto de 888 equipes, teve 227 implantadas, e São José dos Pinhais com teto previsto de 137 equipes, teve 39 ESF implantadas. Sendo assim, a proporção de cobertura populacional estimada pela ESF em Colombo foi de 66,64%, Curitiba 44,08% e de São José dos Pinhais 49,24%.

Apesar de o estudo em tela não ter realizado análise de correlação entre as taxas de cobertura da ESF e taxas de ICSAP, há estudos que concluem 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). Em contrapartida, os resultados

de pesquisas que realizaram tal relação convergem, ao revelarem que a ampliação da rede de assistência pela ESF resulta, concomitantemente, em redução significativa das taxas de ICSAP, o que lhes permitiu relacionar o resultado da queda de ICSAP ao fortalecimento das ações no âmbito dos serviços de atenção básica à saúde e, até mesmo, relacionar tais resultados à modificações na prática sanitária. (MACIEL; CALDEIRA; DINIZ, 2014; SAMPAIO et al., 2018; PAZÓ et al., 2017).

Quando se usa dados agregados e não se estabelece relação de causalidade, a taxa de queda das ICSAP pode ter relação tanto com a expansão da cobertura da ESF quanto a uma tendência de queda das internações como um todo. (REHEM; EGRY, 2011). No entanto, na realidade descrita neste estudo, na perspectiva de compreender a determinação social das ICSAP de adolescentes, implicou refletir sobre a adoção e a qualidade de ações no nível primário de atenção à saúde, de acordo com evidências e particularidades da realidade objetiva do fenômeno estudado.

Nessa perspectiva, na compreensão de que o processo saúde é socialmente determinado, destaca-se a importância de se considerar como a estrutura da sociedade determina os modos de viver, saudáveis ou nocivos, dos grupos populacionais que, separados em classes sociais e com modos de vida próprios, manifestam as condições biológicas e psicológicas individualmente, sempre considerando o espaço e tempo determinados. (BREILH, 2015a).

Cabe aqui contextualizar que o desmonte do setor saúde por meio de políticas que estimulam a privatização de níveis de atenção, a precarização das relações de trabalho e a terceirização de gestão de determinados serviços, têm levado a modificações no setor com relação ao acesso às ações de saúde. Parte disso são as mudanças propostas pela nova PNAB, aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que apontam para uma direção de relativização da determinação social, no que diz respeito ao possível descompromisso dos gestores com cobertura universal dos serviços de AB; a segmentação do acesso ao cuidado; a desvinculação das equipes dos territórios; e a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho na AB, com desqualificação do trabalho de agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate às endemias (ACE), acentuando o caráter utilitarista de suas atividades e o reforço à privatização. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Percebe-se nos conteúdos dos planos estaduais, assim como nas falas dos participantes da pesquisa, questões referentes aos adolescentes quanto à gravidez, uso de drogas e sexualidade precoce, mas proposições e concretização de ações para essa população, no sentido de reverter tais situações indesejadas, não ocorrem. Não houve relato de estratégias inovadoras voltadas às questões problematizadas. As ofertas de ações referidas estiveram resumidas às vacinas direcionadas ao grupo de adolescentes, algo que já é contemplado no programa de imunização para a população em geral, pois o compromisso do programa de imunização nacional é reverter dados epidemiológicos indesejáveis de doenças infectocontagiosas que são imunopreveníveis.

Os planos estaduais e os participantes apontam o CRAS como um serviço importante no âmbito da APS. Porém, é importante lembrar que esse serviço, que geralmente se encontra próximo aos serviços locais de saúde, é voltado para menores que estão em situação de vulnerabilidade e risco social identificados e, portanto, devem ficar sob orientação dos gestores e profissionais até a reversão da vulnerabilidade ou risco. Assim, não pode ser uma proposta de atenção que tenha como estratégia atender às necessidades dos indivíduos, uma vez que estas já se encontram comprometidas.

Algumas diretrizes são fundamentais no desafio de implementações de ações para os adolescentes, tais como contemplar a participação efetiva desses indivíduos na perspectiva de que esses expressem suas necessidades e, assim, apontem ações a serem desenvolvidas nos serviços locais que possam atendê-los. Ainda, que as suas realidades de vida sejam constantemente problematizadas para que se busque ações de enfrentamento às situações indesejadas. Além disso, para atender adolescentes, é importante adotar uma organização de serviços em rede através de estratégias intersetoriais, vinculando principalmente os setores de saúde e educação, a partir de um processo que comprometa recursos públicos para tal e, ainda, que nesse se garanta processos de educação permanente para os profissionais dos setores envolvidos, no sentido de se implementar um trabalho articulado que vise à interdisciplinaridade, com o objetivo de compreender e atender às necessidades desse grupo. (DUARTE; FERREIRA; SANTOS, 2013).

Entre os grupos de causas mais evidentes em cada um dos três municípios selecionados no estudo, o Grupo 15 (infecção no rim e trato urinário) se mostrou como a primeira causa para internações de adolescentes sensíveis à atenção primária nos

três municípios no período do estudo. Outras pesquisas, em diversos cenários e recortes temporais, também apontam a ITU como uma das causas mais incidentes de internação sensível à atenção primária nesse segmento populacional. (SANTOS; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016; MAGALHÃES; MORAIS NETO, 2017). Em relação aos resultados do presente estudo, há convergência com os achados da pesquisa que avaliou as taxas de ICSAP e as causas nas áreas intraurbanas do município de Goiânia-Goiás. Essa pesquisa apontou como principal grupo de causas a Infecção no Rim e Trato Urinário, na faixa etária de 10 a 39 anos, e concluiu sobre a necessidade de a gestão em saúde revisar os processos de trabalho, a implementação de políticas intersetoriais e a distribuição da rede de atenção primária no município. (MAGALHÃES; MORAIS NETO, 2017).

Pesquisa realizada em Minas Gerais teve como objetivo descrever a evolução das taxas das ICSAP em crianças e adolescentes. Nos resultados, encontrou-se que as principais causas dessas internações dos indivíduos na faixa etária entre 10 a 19 anos foram as gastroenterites infecciosas, pneumonias bacterianas, asma, infecções do trato urinário e epilepsias. Os pesquisadores do estudo, concluíram que há necessidade de políticas públicas para a melhoria da porta de entrada no âmbito da saúde para crianças e adolescentes, além de fortalecimento da atenção primária para esses grupos. (SANTOS; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016).

Os resultados apresentados no presente estudo, ao confrontar os dados de caracteres quantitativo e qualitativo, observa-se que a percepção dos problemas de saúde do(s) adolescente(s) emerge sem se apontar que estes tenham relação com o acesso, a qualidade e a resolutividade dos cuidados primários à saúde, pois, por vezes, em suas falas, os participantes explicam o adoecimento segundo modelo multicausal limitado, às características do(s) indivíduo(s) e a comportamento(s) próprio(s) da adolescência, como a sexualidade precoce, uso abusivo de drogas e despreocupação com alimentação e saúde.

No entanto, cabe destacar que, nas compreensões sobre os comportamentos na adolescência, pela visão do senso comum, há superficialidades que estereotipam o(s) adolescente(s) e o(s) subjugam(m) como indivíduo(s) rebelde(s). Porém, é necessário desvelar as especificidades da saúde do adolescente, por meio da compreensão deste como sujeito portador de direitos, histórico e socialmente determinado, a partir da sua inserção na sociedade. (LOURENÇO; FONSECA; 2020).

Nessa perspectiva, há o desafio de se identificar os processos que estão na determinação da morbidade nesse grupo populacional, uma vez que, entre os processos relacionados, podem estar os estímulos sociais para a vivência precoce da sexualidade, assim como as orientações deficientes para higiene íntima, que se configuram como processos comportamentais modificáveis. Porém, há que se refletir sobre essa questão, pois para além das questões comportamentais, estão também presentes processos de desgastes que são relacionados à reprodução social do grupo, entre esses, o acesso à material de higiene pessoal, cultura quanto à precocidade da sexualidade, sem que para exercê-la tenha havido orientação precoce. Baseado nessa reflexão, há que se considerar a religiosidade praticada em algumas famílias, a qual não permite discussões sobre o tema, assim como não há preparação de profissionais da saúde e da educação para a abordagem da temática em momentos oportunos de ensino-aprendizagem. Ainda, processos de desgastes estruturais, que determinam os processos particulares descritos, necessitam ser reconhecidos e modificados, entre os quais estão as relações de gênero, a violência e a diversidade da sexualidade, presentes no cotidiano dos adolescentes.

Contrapondo-se à ideia de multicausalidade ou de fatores de risco como ferramenta de análise de um fenômeno que tem probabilidade de ocorrer no indivíduo em um determinado local e tempo delimitados, no âmbito da abordagem da determinação social, o interesse passa a ser a dimensão coletiva do fenômeno e, logo, sua análise não está focada tão somente em dados individuais mas, ao contrário, passa a explorar a realidade a partir da compreensão das formas de saúde e adoecimento coletivo, ou seja, busca compreender esse processo como um fenômeno coletivo, dinâmico e histórico-social determinado a partir da estrutura da sociedade. (ROCHA; DAVID, 2015; GARBOIS; SODRÉ, DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Ao separar as ICSAP de adolescentes por sexo na 2ª Regional, os resultados quantitativos apontaram prevalência do sexo feminino, representando 66,16% (5.974) do total de internações, se comparado ao sexo masculino, que apresentou 33,84% (3.055) das ICSAP totais. A maior representação das causas em meninas foi do Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) com 22,47%; seguido das internações com causas do Grupo 14 (Epilepsias) com 9,58%; o Grupo 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto) em terceiro lugar, com 8,88%; o Grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e complicações), na quarta posição, com 6,48%; e o Grupo 13 (Diabetes mellitus) em quinto lugar, com 4,06%.

Estudos destacam que, dentre os fatores individuais 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). Nesse sentido, registra-se a preocupação com esse grupo para além da questão anatômica e de higiene íntima, pois há a necessidade de se orientar para os cuidados de higiene, no sentido de que as meninas possam ter autonomia para desenvolvê-los ao longo de suas vidas sem que precisem conviver com internações recorrentes por uma causa prevenível e com possibilidade de um tratamento precoce. Junto a este conhecimento é necessário que as meninas possam ser capazes de ter autonomia para reconhecerem características anatômicas e sinais de funcionamento fisiológico dos próprios corpos no sentido de tomarem iniciativas e decisões quanto ao exercício da sexualidade e adoção de cuidados preventivos, assim como, para buscarem auxílio profissional precocemente para enfrentarem o problema. (LOURENÇO; FONSECA; 2020).

A respeito da organização dos serviços de saúde, acredita-se que é preciso 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, determinam no processo de saúde dos sujeitos nessa fase da vida. (FONSECA, 2008; EGRY; FONSECA; OLIVEIRA, 2013).

No confronto dos resultados integrados, emerge a explicação do adoecimento com aspectos limitados a comportamentos na adolescência, com destaque para as características que são consideradas negativas no contexto da adolescência, especialmente a gravidez, a sexualidade e a drogadição. Apesar de diversos modos de compreender o fenômeno da gravidez na adolescência, a prática sanitária referendada pelas normatizações vigentes nos serviços de saúde traduz e reflete ações que se sobrepõem à singularidade da adolescente grávida, tendo como base o tecnicismo profissional no cumprimento de rotinas e protocolos institucionais focados em aspectos biológicos da gestação, como um risco nessa fase da vida, o que muitas vezes deixa lacunas na assistência integral à saúde da gestante. (AZEVEDO et al., 2015).

Na perspectiva da determinação social da saúde, os grupos de causas para internações sensíveis na adolescência evidenciam que a prática sanitária não pode

ser direcionada para a dimensão singular do indivíduo no enfrentamento dos processos associados aos agravos nessa fase da vida. Ao contrário, é também importante o reconhecimento de processos presentes na dimensão particular e estrutural que estão relacionados à determinação dos problemas enfrentados pelos adolescentes. Sendo assim, os resultados demonstraram que os participantes compreendem que para promover intervenção em saúde resolutiva, teriam de ser promovidas transformações sociais, essas sustentadas por políticas públicas comprometidas com a garantia dos direitos do cidadão em uma sociedade justa e igualitária.

Embora algumas percepções dos participantes sobre os adolescentes em seus territórios sejam limitadas às dinâmicas próprias da adolescência, no conteúdo das entrevistas houve convergência dos participantes para uma reflexão crítica acerca dos processos destrutivos advindos dessas características na vida dos próprios adolescentes que são socialmente referendados. Com relação às adolescentes, estudos indicam que o início da atividade de vida sexual precoce, muitas vezes, impulsionado e estimulado socialmente, pode gerar consequências como infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. São situações não planejadas, que levam as adolescentes a mudar seu modo de vida e, mesmo imaturas psicologicamente, essas meninas ingressam rapidamente na vida adulta. (AZEVEDO et al., 2015; NASCIMENTO; XAVIER; PASSOS DE SÁ, 2011).

Logo, é um momento de valorizar as implicações dessa fase da vida no âmbito social e familiar no qual essa adolescente está inserida, além de perceber a determinação e os condicionantes relacionados a gênero e geração, que como referenciado em discussão anterior, estão na determinação do processo saúde, assim como na autonomia e liberdade de escolha desse 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 elaborar conteúdos que possam referendar as responsabilidades da paternidade.

Sendo assim, se percebe que, no âmbito da determinação da saúde, está presente a desigualdade entre os sexos que historicamente conforma a nossa sociedade. Os resultados identificados em um estudo a respeito da adolescência e da violência entre parceiros íntimos, evidenciaram que os participantes apontaram como um elemento estigmatizador da adolescência o início irresponsável das experiências sexuais, com maior julgamento e crítica para as meninas, por comportamentos

associados à vaidade e a sexarca, o que naturaliza a posição subalterna da adolescente e rebaixa suas escolhas sobre relacionamento afetivo e/ou sexual. (LOURENÇO; FONSECA; 2020).

Ainda na segregação das ICSAP quanto ao sexo, os grupos que ocuparam as principais causas de internação sensível para o sexo masculino foram representados pelos Grupo 14 (Epilepsias), com 9,69%; Grupo 2 (Gastroenterites Infeciosas e complicações) com 5,43%; Grupo 7 (Asma) com 3,49%; Grupo 13 (Diabetes Mellitus) com 2,84%; e Grupo 15 (Infecção no rim e trato urinário) com 2,949%.

Com relação à prevalência do grupo das Epilepsias, chama a atenção que esta aparece como primeira causa de maior representatividade de ICSAP no sexo masculino e segundo motivo de internação em meninas. Esse resultado foi condizente com a 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).

Esse resultado permite refletir sobre a relevância em se considerar as características biológicas e sociais que são inerentes a esse 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. Por se tratar de uma ICSAP, é evidente a importância do diagnóstico e tratamento precoces ainda na atenção primária, com o objetivo de reduzir o contingente de internações por essa causa, visto que o indivíduo com diagnóstico médico de epilepsia terá que conduzir sua vida com o agravo, e que a mesma pode ser controlada por fármacos disponíveis na rede de serviços públicos. Um indivíduo adolescente, portador de um agravo crônico, e sua família, precisam ser atendidos no sentido de serem orientados para a percepção dos sinais e sintomas da doença e, assim, buscarem a ajuda profissional mais próxima de sua residência para não precisarem de internação a cada episódio de crise.

É necessário se refletir sobre a integralidade e resolubilidade da assistência, como também sobre a acessibilidade aos serviços e aos fármacos, pois na ausência desses a busca de ajuda será na situação de crise e em instituições hospitalares. Uma abordagem que considera a integralidade do indivíduo e da família, vai expressar-se na resolutividade sustentada e defendida no cotidiano dos serviços de saúde, ao responder as necessidades dos que procuram por cuidado, o que significa valorizar as subjetividades e ressignificar o trabalho em saúde, o que possibilita a intervenção

para o cuidado centrado no indivíduo e suas necessidades. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Ademais, identificou-se nas entrevistas que os participantes compreendem a influência do pensamento mais conservador dos atuais membros do governo federal no redirecionamento de ações para o adolescente no Brasil, sejam estas da saúde ou da educação. Ao investigar o processo saúde na dimensão estrutural, consideram-se as políticas, o sistema econômico, o posicionamento do Estado e processos gerais da cultura. (BREILH, 2010). Essa perspectiva indica que os profissionais percebem que o pensamento hegemônico se concretiza na particularidade e na singularidade do adolescente e dos serviços de saúde. Assim, percebem a necessidade de se refletir sobre os rumos e (re)orientação das políticas e estratégias para o desenvolvimento de ações no setor saúde voltadas para esse público.

Além da particularidade dos dados das ICSAP por sexo, percebeu-se nos resultados quantitativos desta pesquisa que as causas das ICSAP possuem peculiaridades de acordo com a faixa etária dos adolescentes. Nesse aspecto, denotou-se que as ICSAP ocorreram com maior frequência na população de adolescentes com idade entre 15 a 19 anos, representando mais da metade das ICSAP, pois correspondeu a 59,90% de internações, enquanto os adolescentes de 10 a 14 anos representaram 40,10% das internações por condições sensíveis à APS.

A causa de ICSAP predominante entre os adolescentes com 15 a 19 anos foi Infecção no rim e trato urinário, sendo 20,99% (1895), e no subgrupo da faixa etária de 10 a 14 anos foi Epilepsias, com 10,80% (975). No entanto, segundo os pressupostos teóricos que norteiam o presente estudo, tais causas não podem ser analisadas apenas pela sua incidência, mas sim pelo comprometimento que essas causas mais prevalentes nos subgrupos têm 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 determinará os processos de desgastes e de proteção na vida desses sujeitos.

Destaca-se a significativa questão da condição crônica da epilepsia, na faixa etária de 10 a 14 anos, 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).

Diante de tais apontamentos, percebe-se que é importante desenvolver medidas de intervenção multiprofissional para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do adolescente, visando suas necessidades psicossociais específicas para uma vida saudável, 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.

O resultado encontrado de epilepsia como uma das maiores causas de ICSAP de adolescentes, atrai 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 dessa doença nesse grupo populacional. Isso devido à sua complexidade e heterogeneidade, além de diversas metodologias utilizadas tornam difícil a comparação adequada de resultados entre os diferentes estudos. (MAIA; MOREIRA; MARTINS, 2017).

No entanto, 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 especializada que visa proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes. Fatos que se contrapõem ao estigma do epilético, pois o incremento dos conhecimentos e avanços científicos sobre a epilepsia é cada vez mais frequente. (SILVA; CARDOSO; MACHADO, 2013).

Estudo realizado em 2015 teve como objetivo analisar a oferta de consultas especializadas pelo SUS. O recorte foi para aqueles que tinham a maior dificuldade de acesso, e o cenário foi municípios de pequeno porte na 18ª Regional de Saúde do Paraná. Nos resultados, ficou evidenciado que a neuropediatria era uma das especialidades de maior dificuldade de acesso nesses municípios. Havia carência de especialistas, com insuficiência de consultas no setor público e, conseqüentemente, havia a dependência do setor privado para que houvesse atendimento à demanda. Os autores apontaram ainda a redução do financiamento para o setor, e da participação da União e do Estado na oferta desse serviço como contribuintes para a magnitude do problema. (SILVA et al., 2017).

Não houve registro, nos Planos Estaduais ou nas falas dos participantes, de compreensão de que os agravos são determinados socialmente ou pelas condições

econômicas em que vive a população, distanciando-se do entendimento que aponte para a determinação social da saúde, com as categorias conceituais de classe social, gênero, geração e etnia, que possibilitaria reconhecer e potencializar propostas intersetoriais de ações com foco nas necessidades em saúde para esse segmento populacional. Isso pode relacionar-se à limitação na potencialidade de responder às necessidades em saúde que portam os indivíduos adolescentes, pois não há a compreensão desses como sujeitos social e historicamente determinados, mas há a centralidade na compreensão de que adolescentes são indivíduos de comportamentos estereotipados que levam ao desenvolvimento de problemas recorrentes naqueles territórios.

Há necessidade de se considerar as singularidades e especificidades dos adolescentes no avanço da organização dos serviços e na operacionalização de políticas públicas intersetoriais direcionadas a esse 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 baseada nas diretrizes do SUS. (MONTEIRO et al., 2015).

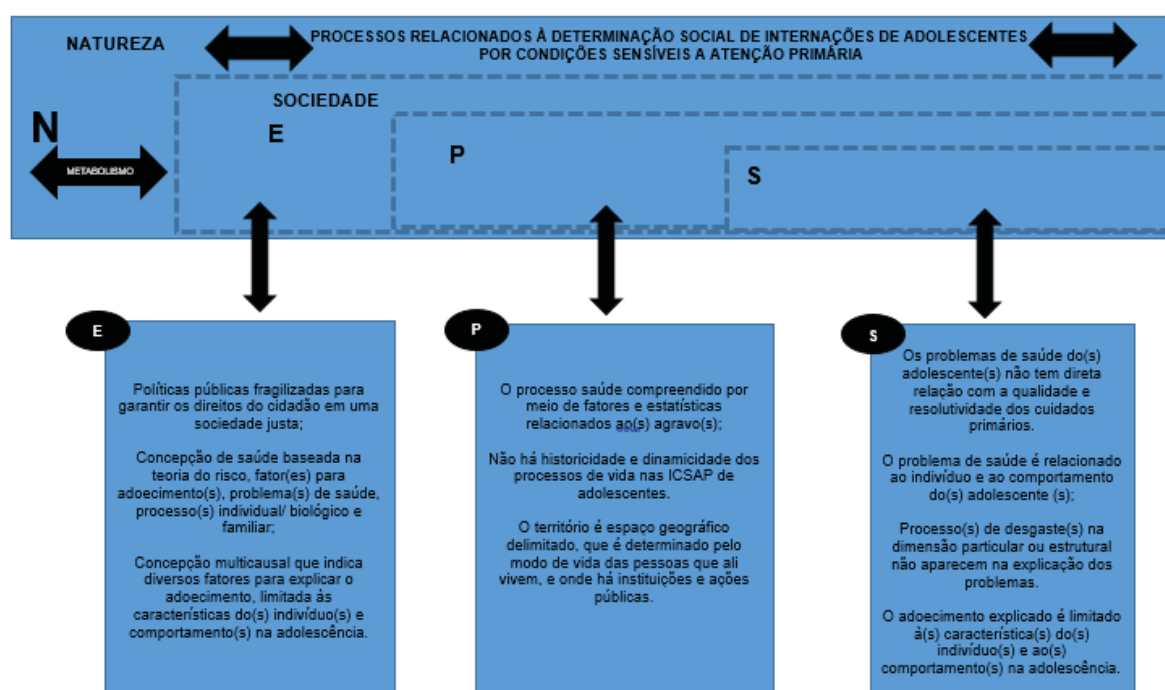
Assim, entre os processos a serem discutidos há que se destacar a atuação dos profissionais da atenção primária para o cuidado em saúde para esse segmento populacional acometido pelas hospitalizações evitáveis. Na prática sanitária, as ações de educação em saúde, entre outras ações que visam à promoção da saúde, devem buscar compreender o indivíduo na sua integralidade. Este, como um dos princípios que ancore as ações de saúde e, ainda, considera-se a importância da 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, sem que se perca a compreensão da determinação social do processo saúde expresso no adolescente ou no coletivo que vive no território.

Diante do conhecimento aqui construído, considera-se a determinação social das ICSAP de adolescentes um processo social, dinâmico e histórico, construído em uma realidade que tem a objetividade do modo de vida dos grupos sociais, assim como a subjetividade daqueles que conformam e se entrelaçam nesses grupos. Logo, para compreender o processo saúde implica evidenciar os processos protetores e

destrutivos que se conformam nas dimensões singular, particular e estrutural, assim como explorar as relações que esses estabelecem entre si.

Para sintetizar meta-inferências discutidas neste capítulo, a figura a seguir traz a representação dos processos da Determinação Social evidenciadas nas ICSAP de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná, nas dimensões da realidade (FIGURA 6).

FIGURA 6 – REPRESENTAÇÃO DAS META-INFERÊNCIAS DOS PROCESSOS RELACIONADOS À DETERMINAÇÃO SOCIAL DE ICSAP DE ADOLESCENTES. PARANÁ, 2021.



FONTE: Adaptado de BREILH (2020, p. 72).

Com o intuito de alcançar a terceira etapa da Tipesc – proposta de intervenção na realidade objetiva – a estratégia adotada para o estudo em tela foi a construção de uma proposta de OTC. Esta é direcionada inicialmente aos gestores e profissionais de saúde participantes do estudo, como compromisso ético em compartilhar os resultados da pesquisa e, na sequência, poderá ser apresentada mais amplamente como instrumento de intervenção que poderá ancorar discussões em diferentes cenários, para estimular o processo de reflexão acerca da determinação social das ICSAP de adolescentes, contribuindo assim, para que esses sujeitos- gestores, profissionais e representantes do movimento social, se tornem agentes de

transformação da realidade objetiva do território com relação à saúde do adolescente. A proposta está apresentada de maneira detalhada no APÊNDICE E.

Na etapa de elaboração da Intervenção na realidade objetiva, conforme propõe a Tipesc (EGRY, 1996), as ações de intervenção são selecionadas, a fim de que levem a superar o fenômeno a partir da faceta daquele que exhibe maior vulnerabilidade à sua transformação. Essa vulnerabilidade pode ser entendida não somente pela fragilidade do fenômeno em continuar como está, mas também é relacionada à força dos saberes que estão ao alcance daqueles que irão executar o processo de intervenção, tais como saber-saber, saber-fazer e saber-ser ético-profissional. Sendo assim, para maior possibilidade de transformação, é pertinente a participação dos sujeitos que compõem o território, como atores do processo, pois, potencialmente, todos teriam a possibilidade de se comprometerem e de se responsabilizarem pelas mudanças que viriam a ocorrer. (EGRY et al., 2018).

Nessa perspectiva, a escolha em propor a OTC como proposta de intervenção, é também no sentido desse método, que agrega pesquisa e intervenção social, viabilizar momentos oportunos para se exercitar a dinâmica nas relações entre o individual e o coletivo no território. (FONSECA; OLIVEIRA; FORNARI, 2017).

Sendo assim, o processo de captar, interpretar e intervir na realidade é um aprendizado dinâmico e contínuo, pois o educando transforma a realidade e por ela é transformado, na medida em que irá modificar e devolver o conhecimento e este permitir modificar os elementos e processos que compõem a realidade objetiva. Compreende-se que a educação é uma prática transformadora quando promove a expansão da visão crítica sobre o conjunto das relações sociais em que cada sujeito vive e atua, a partir dos conhecimentos desenvolvidos no processo. Portanto, a OTC é um espaço de construção coletiva, cujo produto é o reflexo do apoio de cada indivíduo participante. (FONSECA; AMARAL, 2012). Portanto, foi essa a escolha que se fez ao encerrar o processo de investigação aqui descrito, pois ao longo do caminho percorrido se percebeu que é necessário transformar a realidade das ICSAP de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná, pois elas representam, em parte, a inequidade que se encontram nas políticas públicas dos setores da saúde, da educação e da ação social, e que se concretizam na invisibilidade das necessidades dos adolescentes para os serviços desses setores que se encontram nos territórios.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre as limitações da presente pesquisa, se destacam as reflexões acerca do tempo exigido para uma investigação com profundidade de todas as etapas solicitadas pelo referencial teórico-metodológico da Tipesc e da abordagem da pesquisa de métodos mistos. Assim, considerando o tempo disponível para o estudo, a presente investigação delimitou seus participantes em gestores e profissionais de saúde dos três municípios com o maior número de adolescentes moradores internados. Porém, considera-se que para a abordagem qualitativa havia também a possibilidade de se realizar entrevistas com os adolescentes internados na 2ª Regional de Saúde do Paraná. Esses possíveis participantes também trariam conteúdos com potencialidades para se compreender com mais profundidade o fenômeno, mas para adolescentes há implicações éticas específicas na pesquisa devido à faixa etária, além do que, nos dados quantitativos analisados, banco de dados do SIH-SUS, era inviável identificar o atual endereço de moradia do adolescente. Para isso, seria necessário confrontar os dados com os prontuários de hospitais e com as guias de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Somente a partir dessas coletas seria possível identificar o adolescente e convidá-lo a participar, no sentido de resgatar a sua experiência no adoecimento e na internação. Uma etapa que também permitiria reflexões e discussões acerca das necessidades em saúde no território na perspectiva do adolescente. Assim, acredita-se que aqui há possibilidade para futura investigação.

A abordagem, com rigor científico de métodos mistos e na perspectiva metodológica da Tipesc, possibilitou o conhecimento com profundidade da parte, concreto observado, assim como permitiu compreender, segundo a totalidade recortada, os diferentes processos relacionados à determinação do fenômeno, visto que foi possível a elaboração abstrata sobre a realidade objetiva, ou seja, entender a realidade do fenômeno por meio dos processos presentes na dimensão particular, assim como, analisar aqueles que se encontram na dimensão estrutural da sociedade. Esses estão relacionados, de alguma maneira, à singularidade das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária dos adolescentes moradores da 2ª Regional de Saúde do Paraná.

A elaboração de meta-inferências revelou as potencialidades e fragilidades dos processos relacionados à determinação do fenômeno recortado para o estudo.

Além disso, por estar ancorada na Tipesc, a pesquisa cumpriu as três primeiras etapas: o conhecimento, a interpretação e a construção de projeto de intervenção na realidade objetiva estudada. Esta última por meio da elaboração da proposta de intervenção que é a Oficina de Trabalho Crítico-emancipatória, escolhida por ser um método formulado e sustentado na base filosófica do MHD e, conseqüentemente, convergir com o referencial desta tese. É uma proposta emancipatória, que permite aos seus participantes atuarem, de maneira crítico-reflexiva, na transformação e qualificação de práticas profissionais que considerem as particularidades e singularidades de cada território, nas suas fragilidades e potencialidades e, assim, busquem estratégias para transformar as situações de vida e saúde indesejadas, compreendendo e atuando também nos processos que as determinam.

Como enfermeira e militante na área de Saúde Coletiva, cabe registrar, neste momento, considerações sobre a luta deste setor em nossa sociedade. No Brasil, há muito tempo se luta, por meio de movimentos políticos e sociais organizados, para que ocorram mudanças no modelo de atenção à saúde que historicamente privilegiou ações hospitalocêntricas. Considera-se que a ampliação da cobertura de serviços de atenção primária é parte da concretização dessa luta. Não foi objetivo do presente estudo identificar as mudanças relacionadas à expansão dos serviços de saúde e realizar comparações para perceber como o aumento da cobertura dos serviços da atenção primária modificaram as ações do setor. Porém, cabe chamar a atenção para as mudanças nas políticas públicas adotadas nos últimos tempos e o desmonte que essas têm promovido no setor, assim como têm levado à precarização das ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos. Entre as medidas de precarização adotadas, destacam-se o corte e o contingenciamento de verbas para o setor da saúde, que ocorre com mais ênfase desde 2015. Um processo estrutural de desfinanciamento que certamente implicará na concretização de ações e modificará a realidade aqui estudada. Logo, se esses processos não forem revertidos, muitos outros adolescentes não terão acesso a serviços que atendam às suas necessidades. Da mesma forma, a população em geral não terá possibilidade de atendimento em serviço público de saúde.

9 CONCLUSÕES

Este estudo, alcançou o objetivo de compreender processos relacionados à determinação social das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de adolescentes de 10 a 19 anos na 2ª Regional de Saúde do Paraná, no período de 2013 a 2017. Considera-se que, dialeticamente, concluir é, ao mesmo tempo, chegar a uma nova trajetória de comprometimento com a pesquisa, que visa a construção de uma intervenção emancipadora em uma realidade que precisa ser superada.

O panorama das ICSAP de adolescentes, na 2ª Regional de Saúde do Paraná, acentuou as relações por idade, sexo e grupo de causas mais evidentes, e a essencialidade da categoria de análise da determinação social possibilitou aprofundar a compreensão do fenômeno delimitado para investigação.

Chama a atenção que, apesar do pequeno quantitativo de ICSAP de adolescentes, se comparado às demais faixas etárias em outras pesquisas, o estudo em tela demonstrou que esse segmento populacional interna por CSAP por não ter acesso às ações na APS, uma vez que, como já se registrou neste estudo, a prevenção de hospitalizações sensíveis está relacionada às ações, principalmente, de promoção da saúde e prevenção de agravos que devem ser desenvolvidas no serviço local do setor. Essas ações devem estar ancoradas nos princípios do Sistema Único de Saúde de acessibilidade, integralidade e resolubilidade, mas antes de tudo, na garantia de recursos financeiros para o setor.

As meta-inferências evidenciaram que os pressupostos teóricos e metodológicos, que referendam as ações do setor para os adolescentes, engessam e limitam as possibilidades de considerar a realidade nas suas dimensões: estrutural, particular e singular para, a partir de tal compreensão, elaborar e inovar nas ações de enfrentamento. Dessa maneira, a realidade é interpretada a partir de generalizações naturalizadas, ou seja, tem-se o real pré-estabelecido sobre a saúde e as necessidades do adolescente, assim como esses adolescentes têm um estereótipo que permite aos profissionais compreendê-los de antemão. Logo, nas práticas sanitárias, não se reflete sobre a possibilidade de promover transformação na realidade na qual se intervém.

As ações, muitas vezes, apenas reafirmam os pressupostos teóricos da concepção de risco à saúde, nos quais não se afirma a importância do vínculo entre profissionais e usuários adolescentes para a reversão da situação.

Consequentemente, não haverá referência para esse segmento populacional buscar ajuda e cuidado junto ao serviço e aos profissionais que ali atuam. Diante da sua invisibilidade e pelas ações não convergirem com suas necessidades, fica difícil para o adolescente aderir às orientações e cuidados profissionais propostos.

Destaca-se que, no planejamento e desenvolvimento de ações em saúde, é necessário a compreensão da determinação do modo de viver em um determinado território para então refletir sobre as situações que necessitam ser modificadas junto com as pessoas e coletivos que ali vivem. Assim, referenda-se que são necessárias parcerias intrasetorial e intersetorial, para o planejamento e fortalecimentos de ações que concretizem as políticas públicas na vida dos cidadãos adolescentes, assim como das coletividades em que esses vivem.

Considera-se que desvelar a realidade sobre as ICSAP pode auxiliar na elaboração de conhecimento acerca da saúde do adolescente na atenção primária à saúde, conforme as reflexões já registradas. Porém, ressalta-se que os processos que determinam a ida dos indivíduos aos serviços de saúde estão relacionados aos processos sociais, econômicos e culturais. Portanto, conhecer processos relacionados à determinação do processo saúde dos adolescentes nas dimensões particular e estrutural, as quais conformam a realidade observada – dimensão singular – fundamenta a elaboração de intervenções que objetivam a modificação das realidades de saúde encontradas na população. Ainda, permitem refletir sobre a articulação de intervenções intersetoriais que atendam às necessidades da população de adolescentes no nível local, no sentido de promover a saúde e a vida com dignidade.

Neste estudo a reflexão crítica acerca da determinação do fenômeno permitiu compreendê-lo pela inequidade presente na política de saúde, que se verifica pela histórica insuficiência de recursos financeiros, materiais e de estrutura para a rede de serviços do setor. Da mesma forma, verifica-se que, nos compromissos assumidos nos planos de saúde das gestões estadual e municipais, não consideram as necessidades em saúde dos coletivos. Ao contrário, esses são percebidos a partir de problemas, agravos, situações de risco e vulnerabilidades já identificados. Nas falas de gestores locais e dos profissionais de saúde, as questões de saúde emergiram a partir da expressão biológica de adoecimentos, assim como dos riscos em saúde a que estes estão submetidos nos territórios, convergentes com os processos advindos desde a dimensão estrutural. Na perspectiva desses achados, foi possível analisar e

entender como se tem organizado o enfrentamento às questões de saúde dos adolescentes, moradores dos territórios estudados e, conseqüentemente, identificar os processos que estão na determinação do fenômeno das ICSAP dos adolescentes moradores da 2ª Regional de Saúde do Paraná.

Conforme as bases da Saúde Coletiva, se defende que é necessário transformar a realidade descrita e estima-se que essa temática e conhecimento alcancem diferentes níveis de gestão em saúde, além dos profissionais que estão diretamente na assistência básica, a fim de subsidiar a inovação e ampliar a capacidade de promover saúde para esse segmento populacional, assim como torná-los visíveis no cotidiano dos serviços.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>>. Acesso em: 19 jun. 2018.
- 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 maio 2018.
- ALVES, M. J. H. et al. FATORES ENVOLVIDOS NA ADESÃO DE ESTUDANTES ADOLESCENTES À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Sanare**, Sobral, v. 15 n. 2, p. 37-46, 2016. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1036/582>>. Acesso em: 28 maio 2020.
- AGATHÃO, B. T.; REICHENEHIM, M. E.; MORAES, C. L. Health-related quality of life of adolescent students. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 659-668. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.27572016>>. Acesso: 28 jun. 2018.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; DUARTE, C. S. Adolescência e saúde coletiva: entre o risco e o protagonismo juvenil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3296-3296, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.19942015>>. Acesso em: 21 nov. 2020.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>>. Acesso em: 18 abr. 2018.
- ARAUJO, W. R. M. et al. Structure and work process in primary care and hospitalizations for sensitive conditions. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 75, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007033>>. Acesso em: 30 maio 2020.
- ARAÚJO, A.; ALVIM, C. G.; ROCHA, R. L. Asma na adolescência: aspectos abordados em pesquisas qualitativas. **Adolesc. Saude**, v. 10, n. 3, p. 72-78, 2013. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=382>. Acesso em: 22 out. 2020.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/>>. Acesso em: 22 nov. 2018.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA

JÚNIOR, A. G. da. (Orgs.). **Cidadania no cuidado**: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS, Cepesc-UERJ, 2011, p. 27-44.

AYRES, J. R. C. M. et al. Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Healthcare. **Interface (Botucatu)**, v. 16, n. 40, p. 67-81, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000021>>. Acesso em: 30 maio 2020.

AYRES, J. R. C. M. O social na Epidemiologia: reflexões metacríticas. In: CARVALHEIRO, J. R.; HEIMANN, L. S.; DERBLI, M. (Orgs.). **O social na epidemiologia**: um legado de Cecília Donnangelo. São Paulo: Instituto de Saúde SES-SP, 2014.

AZEVEDO, W. F. et al. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Einstein**, v. 13, n. 4, p. 618-26, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/eins/v13n4/pt_1679-4508-eins-S1679-45082015RW3127>. Acesso em: 21 nov. 2020.

BARBIANI, R. Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde. **Saúde Debate**, v. 40, n. 109, p. 200-211, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610916>>. Acesso em: 20 maio 2020.

BARBIANI, R.; NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2721, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BAHIA, L. et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 12, e00184516, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00184516>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BILLINGS J.; TEICHOLZ, N. Uninsured patients in district of Columbia Hospitals. **Health Aff**, v. 9, n. 4, p. 158-65, 1990. Disponível em: <<https://doi.org/10.1377/hlthaff.9.4.158>>. Acesso em: 19 out. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br/civil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 maio 2020.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 18055, 20 set. 1990a. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-pl.html>>. Acesso em: 29 maio 2020.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 13563, 16 jul. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 10 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação da saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente**. Bases Programáticas. 2ª ed. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf>. Acesso em: 17 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica em forma de anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 70, 18 abr. 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>. Acesso em: 10 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do Adolescente**: competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. Brasília, DF. Informações de Saúde, 2008c. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf>. Acesso em: 09 maio 2020.

_____. 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**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 24 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 48-55, 24 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 19 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 110 p., 2012.

_____. Portal Brasil. Economia e Emprego. **Entenda como é medido o Produto Interno Bruto (PIB)**. Brasília: Portal Brasil, 2016. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br>>. Acesso em: 04 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ed. 183, seção 1, p. 68, de 22 set. 2017a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 05 maio 2020.

_____. DECRETO Nº 9.255, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017. Regulamenta a Lei nº 13.152, de 29 de julho de 2015, que dispõe sobre o valor do salário-mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, edição extra, D, de 29 dez. 2017b. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2017/decreto-9255-29-dezembro-2017-786044-publicacaooriginal-154677-pe.html>>. Acesso em: 17 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 01/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 01 abril 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde. 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura Saúde da Família**. Brasília, DF. 2018b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 04 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília, DF. 2018c. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 04 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de informática do SUS** (Datasus). 2018d. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 01 out. 2018.

BREILH. **Epidemiologia**: economia, política e saúde. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. **Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud.** Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, de 30 de setembro a 2 de outubro de 2008, México. Repositorio Institucional del Organismo Académico de la Comunidad Andina. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/159772702.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2020.

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

_____. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, R.P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

_____. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, v. 31, supl 1, p. 13-27, 2013. Disponível em: www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf. Acesso em: 10 maio 2018.

_____. Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. **Rev. Bras. epidemiol**, v. 18, n. 4, p. 972-982, 2015a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500040025>>. Acesso em: 10 maio 2018.

_____. Entrevista: Jaime Breilh. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 2, p. 533-540, maio/ago. 2015b. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00071>>. Acesso em: 22 maio 2020.

BREILH, J. SARS-CoV2: rompiendo el cerco de la ciencia del poder Escenario de asedio de la vida, los pueblos y la ciencia. In: **Posnormales.** RODRÍGUEZ AZULETA, E. 1 ed. ASPO: Tolosa, Ciudad de La Plata, 2020.

BREILH, J.; GRANDA, E. **Investigação da Saúde na Sociedade:** guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. Tradução de CAVALHEIRO, J. R. 2 ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 1989.

BRITO, U. S.; ROCHA, E. M. B. Percepção de jovens e adolescentes sobre saúde e qualidade de vida. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, v. 32, 8933, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8933>>. Acesso em: 29 maio 2020.

CAMELO, M. S.; REHEM, T. C. M. S. B. Hospitalizations due to primary pediatric care sensitive conditions in the Distrito Federal: na exploratory ecological study. **REME Rev. Min. Enferm.**, v. 23, e1269, 2019. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1269.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2020.

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. Esp., p. 252-264, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

CÁRDENAS, C. C. Reproduccion social y su influencia sobre el perfil de salud-enfermedad de los profesores del area de salud de la universidad de cuenca. 2014 - 2016. **Rev. Fac. Cienc. Méd. Univ. Cuenca**, v. 35, n. 1, p. 20-29, 2017. Disponível em: <<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/1234>>. Acesso em: 02 maio 2018.

CARNEIRO, V. B. et al. Avaliação da mortalidade e internações por condição sensível à Atenção Primária em menores de 5 anos, antes e durante o Programa Mais Médicos, no Marajó-Pará-Brasil. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 4, p. 360-371, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n4p360>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde debate**, v. 41, n. 115, p.1177-1186, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>. Acesso em: 09 maio 2020.

CAVALCANTE, D. M.; OLIVEIRA, M. R. F.; REHEM, T. C. M. S. B. 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, e00169914, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00169914>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

CECILIO, L. C. O.; LACAZ, F. A. C. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/70-Trabalho-em-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2020.

CHAVES, M. M. N.; LAROCCA, L. M.; PERES, A. M. Enfermagem em saúde coletiva: a construção do conhecimento crítico sobre a realidade de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. spe2, p. 1701-1704, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800011>>. Acesso em: 12 maio 2020.

CHAVES, M. M. N. et al. Territorialização em atenção primária à saúde/estratégia de saúde da família. In: Associação Brasileira de Enfermagem; KALINOWSKI, C. E.; CROZETA, K.; FONSECA, R. M. G. S. (Orgs.). **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 2**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2014.

COLLER, R. J. et al. Hospitalizations for Ambulatory Care-Sensitive Conditions among Children with Chronic and Complex Diseases. **Journal of Pediatrics**, St Louis, v. 194, p. 218–224, 2018. Disponível em: <[10.1016/j.jpeds.2017.10.038](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.10.038)>. Acesso em: 29 maio 2020.

COSTA JÚNIOR, F. M. da; COUTO, M. T. Geração e categorias geracionais nas pesquisas sobre saúde e gênero no Brasil. **Saude soc.**, v. 24, n. 4, p. 1299-1315, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015140408>>. Acesso em: 30 maio 2020.

COSTA, R. F. da. et al. Adolescent support networks in a health care context: the interface between health, family and education. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n. 5, p. 741-747, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500005>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

COSTA, R. F. da.; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 466-472, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300006>>. Acesso em: 22 maio 2020.

COUTO, M. T. Sexualidade masculina, gênero e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 675-677, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200038>>. Acesso em: 30 maio 2020.

CROMACK, L. M. F.; BURSZTYN I.; TURA, L. F. R. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais. **Ciênc. saúde Colet.**, v. 14, n. 2, p. 627-34, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200031>>. Acesso em: 19 maio 2020.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CUBAS, M. R. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 471-485, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711310>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

DEININGER, L. S. C. et al. Hospitalizations Due to Conditions Sensitive to Primary Care and Performance of the Care Network. **International Archives of Medicine Section: Primary Care**, v. 10, n. 107. 2017. Disponível em: <<http://imedicalpublisher.com/ojs/index.php/iam/article/view/2313/2115>>. Acesso em: 07 maio 2020.

DUARTE, S. J. H.; FERREIRA, S. F.; SANTOS, N. C. dos. Desafios de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na implantação do Programa Saúde do Adolescente. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 479-86, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.18179>>. Acesso em: 28 out. 2020.

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

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. da; OLIVEIRA, M. A. C. Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. esp, p. 119-33, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700016>>. Acesso em: 25 maio 2020.

EGRY, E. Y. et al. Nursing in Collective Health: reinterpretation of objective reality by the praxis action. **Rev. Bras. Enferm.** v. 71, supl. 1, p. 710-15, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/323833537_Nursing_in_Collective_Health_reinterpretation_of_objective_reality_by_the_praxis_action>. Acesso em: 20 nov. 2020.

EGRY, E. Y. Um olhar sobre as Boas Práticas de Enfermagem na Atenção Básica. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 3, p. 987-988, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2018710301>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

FARRE, A. G. M. C. et al. Adolescent health promotion based on community-centered arts education. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 1, p. 26-33, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0078>>. Acesso em: 12 maio 2018.

FERNANDES, E. S. F.; SANTOS, A. M. Desencontros entre formação profissional e necessidades de cuidado aos adolescentes na Atenção Básica à Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 24, e190049, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190049>>. Acesso em: 27 maio 2020.

FERRER, A. P. S.; GRISI, S. J. F. E. Assessment of access to primary health care among children and adolescents hospitalized due to avoidable conditions. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online], v. 62, n. 6, p. 513-523, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.06.513>>. Acesso em: 10 maio 2020.

FERTONANI, H. P. et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

FETTERS, M. D.; CURRY, L. A.; CRESWELL, J. W. Achieving Integration in Mixed Methods Designs—Principles and Practices. **Health Serv Res.**, v. 48, n. 6, p. 2134-2156, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>>. Acesso em: 15 out. 2020.

FONSECA, R. M. G. S. da.; EGRY, E. Y. Epidemiologia social. In: GGARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. (Org.). **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FONSECA, R. M. G. S. da.; EGRY, E. Y.; BERTOLOZZI, M. R. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. In: EGRY, E.Y., CUBAS, M.R. **O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPESC**: guia para pesquisadores. Curitiba: ABEn/EEUSP, 2006. p. 19-61.

FONSECA, R. M. G. S. **Gênero como categoria para a compreensão e a intervenção no processo saúde-doença**. PROENF - Programa de atualização em enfermagem na saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2008. v.3. p. 9-39.

FONSECA, R. M. G. S.; AMARAL, M. A. Reinterpretação da potencialidade das Oficinas de Trabalho Crítico-Emancipatórias. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 5, p. 780-7, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500010>>. Acesso em: 13 nov. 2020.

FONSECA, R. M. G. S.; OLIVEIRA, R. N. G.; FORNARI, L. F. Prática educativa em direitos sexuais e reprodutivos: a oficina de trabalho crítico-emancipatória de gênero. In: Associação Brasileira de Enfermagem, KALINOWSKI, C. E; CROZETA, K.; COSTA, M. F. B. N. A. (Orgs.). **PROENF – Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 6**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2017. p. 59-119.

FREITAS, N. O.; CARVALHO, K. E. G.; ARAÚJO, E. C. Estratégia de educação em saúde para um grupo de adolescentes do Recife. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 29-36, 2017. Disponível em: <www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=633>. Acesso em: 07 jun. 2018.

FREITAS, J. S. **Internações por condições sensíveis à atenção primária de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná**. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

FREITAS, J. L. G. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças em Rondônia de 2008 a 2017. **Cogitare enferm.**, 25, e71904, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/71904/pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2020.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Situação da adolescência brasileira. **O direito de ser adolescente**: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: UNICEF, 2011. Disponível em: <<https://www.tjdft.jus.br/informacoes/infancia-e-juventude/publicacoes-textos-e-artigos/publicacoes/publicacoes-1/situacao-da-adolescencia-brasileira-2011>>. Acesso em: 14 mar. 2019.

GALVÃO, J. R. et al. Trajetórias assistenciais de usuárias pela APS em uma região de saúde: trânsito livre, pontos de lentidão e parada. **Physis**, v. 29, n. 4, e290404, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290404>>. Acesso em: 07 jun. 2020.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, e00029818, 2018. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2020.

GOMIDE, M. F. S. et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 65, p. 387-398, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>>. Acesso em: 07 jun. 2020.

GONTIJO, T. L. et al. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 741-752, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711406>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

GROSSMAN, E.; CARONI, M. M. Infecção urinária na adolescência. **Adolesc. Saude**, v. 6, n. 4, p. 41-33, 2009. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=8>. Acesso em: 27 ago. 2016.

GUETTERMAN, T. C.; FETTERS, M. D.; CRESWELL, J. W. Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. **Ann Fam Med**, v. 13, p. 554-61, 2015. Disponível em: <<https://www.annfammed.org/content/13/6/554>>. Acesso em: 15 out. 2020.

HU, T.; MORTENSEN, K. Mandatory Statewide Medicaid Managed Care in Florida and Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions. **Health Service Research**, v. 53, n. 1, p. 293-311, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/1475-6773.12613>>. Acesso em: 29 maio 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, Paraná, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=41&dados=26>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060**. Tabelas 2018. Projeções da população por sexo e idades. Rio de Janeiro: IBGE, 2018s. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 30 maio 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas por cidade e estado**. 2018b. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html>>. Acesso em: 05 maio 2018.

JAGER, M. E. et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. **Psicol. estud.**, v. 19, n. 2, p. 211-221, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-737221567004>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

JOHNSON, R. E.; GROVE, A. L.; CLARKE, A. Pillar Integration Process: A Joint Display Technique to Integrate Data in Mixed Methods Research. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 13, n. 1, 301-320, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1177/1558689817743108>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

LACERDA, W. C. et al. Infecção urinária em mulheres: revisão da literatura. **Saúde em Foco**, n. 7, 2015. Disponível em: <http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2015/artigo_inf_eccao.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

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. 133-58.

LEAL, C. B. M. et al. Nursing Assistance to the Adolescent Public in Primary Care. **Rev. Enferm. Atual In Derme**, v. 86, n. esp., 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1025180>>. Acesso em: 18 maio 2020.

LEITE, V. The adolescent sexuality from the perspective of policymakers: reflecting the ideology of adolescents as subjects of rights. **Psicol. clin.** [Online], v. 24, n. 1, p. 89-103, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652012000100007>>. Acesso em: 28 maio 2020.

LENTSCK, M. H.; LATORRE, 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, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n2/pt_1415-790X-rbepid-18-02-00372.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2019.

LEVISKY, D. L. Trauma e adolescência. **Psicanálise**, v. 7, n. 2, p. 445-463, 2005. Disponível em: <<http://sbpdepa.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/Trauma-e-adolesc%C3%A4ncia.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2020.

LIMA, A. C. M. G. de.; NICHATA, L. Y. I.; BONFIM, D. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 53, e03414, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017042103414>>. Acesso em: 16 maio 2020.

LINARD, A. G.; CASTRO, M. M. de.; CRUZ, A. K. L. da. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 3, p. 546-53, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000300016>>. Acesso em: 30 maio 2020.

LOURENÇO, R. G.; FONSECA, R. M. G. S. Primary Health Care and the Third Sector in the face of violence between intimate adolescent partners. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, e3341, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.3811.3341>>. Acesso em: 14 dez. 2020.

LUZ, R. T. et al. Lifestyle and the interface with health demands of adolescents. **Rev. Min. Enferm.**, v. 22, e1097, 2018. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180027>. Acesso em: 29 maio 2020.

MACEDO, E. O. S. CONCEIÇÃO, M. I. G. Group actions to promote adolescents' health. **Journal of Human Growth and Development**, v. 23, n. 2, p. 222-230, 2013.

Disponível em: <pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v23n2/pt_16.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2018.

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**, v. 38, n. spe, p. 319-330, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S024>>. Acesso em: 11 out. 2020.

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, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

MAGALHÃES, A. L. A.; MORAIS NETO, O. L. Intra-urban differences in rates of admissions for ambulatory care sensitive conditions in Brazil's Center-West region. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 2049-2062, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.16632016>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

MAIA, L. G. et al. Hospitalizations due to primary care sensitive conditions: an ecological study. **Rev. Saude Publica**, v. 53, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000403>>. Acesso em: 30 maio 2020.

MAIA, C.; MOREIRA, A. R.; MARTINS, C. Epilepsia em idade pediátrica: casuística da consulta de pediatria de um hospital distrital. **Nascer e Crescer**, v. 26, n. 2, p.109-113, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542017000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MALTA, D. C. et al. Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>>. Acesso em: 05 maio 2020.

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.**, v. 33, n. 3, p. 65-72, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000300009>>. Acesso em: 30 maio 2020.

MARTINS, M. M. F. et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, e00044718, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00044718>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

MELO, M. C. P. et al. Comprehensiveness and gender as theoretical basis for health care of pregnant adolescents. **Rev. Min. Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 731-735, 2013. Disponível em: <[10.5935/1415-2762.20130054](http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130054)>. Acesso em: 19 maio 2020.

MELO, M. D.; EGRY, E. Y. Determinantes sociais das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos, São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.

48, n. spe., 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600019>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

MENDES, R.; FRUTUOSO, M. F. P.; SILVA, C. R. C. e. Integralidade como processo intersubjetivo de construção de práticas em território de exclusão social. **Saúde debate**, v. 41, n. 114, p. 707-717, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711403>>. Acesso em: 28 maio 2020.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009.

MICLOS, P. V.; CALVO, M. C. M.; COLUSSI, C. F. Evaluation of the performance of actions and outcomes in primary health care. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. 86, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051006831>>. Acesso em: 05 maio 2020.

MICLOS, P. V.; CALVO, M. C. M.; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. **Saúde debate**, v. 39, n. 107, p. 984-996, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151070386>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

MONTEIRO, M. O. P. et al. 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**, v. 12, n. 3, p. 21-32, 2015. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=520&idioma=Espanhol>. Acesso em: 30 set. 2019.

MOREIRA, K. S.; VIEIRA, M. A.; COSTA, S. M. Qualidade da Atenção Básica: avaliação das Equipes de Saúde da Família. **Saúde Debate**, v. 40, n. 111, p. 117-127, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611109>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

MOREIRA, J. O.; ROSÁRIO, Â. B. do.; SANTOS, A. P. dos. Juventude e adolescência: considerações preliminares. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 4, p. 457-464, 2011. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3945234.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2020.

MORIMOTO, T.; COSTA, J. S. D. da. Interações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 891-900, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.27652016>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde Debate*, v. 42, n. spel, p. 261-274, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018s117>>. Acesso em: 08 abr. 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

NASCIMENTO, M. G.; XAVIER, P. F.; PASSOS de SÁ, R. D. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. *Adolesc. Saude*, v. 8, n. 4. p. 41-47, 2011. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=294>. Acesso em: 26 out. 2020.

NETTO, J. J. M. et al. Construção e validação de instrumento para subsidiar o cuidado ao adolescente na Atenção Primária à Saúde. *Adolesc. Saude*, v. 15, n. 2, p. 92-101, 2018. Disponível em: <www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=724>. Acesso em: 05 jun. 2018.

NETTO, J. J. M. et al. Atenção à saúde do adolescente na estratégia Saúde da Família: do individual ao grupal. *Adolesc. Saude*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 189-193, 2017. Disponível em: <www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=664>. Acesso em: 05 jun. 2018.

NUNES, R. P. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA *Rev. APS*, v. 21, n. 3, p. 450-60, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16422>>. Acesso em: 09 maio 2020.

OLIVEIRA, J. L. C. INTEGRAÇÃO DE DADOS EM PESQUISAS DE MÉTODOS MISTOS: DESAFIO E OPORTUNIDADE PARA A ENFERMAGEM. *Texto Contexto -Enferm.*, v. 29, e20200203, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0002-0003>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

OLIVEIRA, A. R.; LYRA, J. Direitos Sexuais e Reprodutivos de Adolescentes e as Políticas Públicas de Saúde: desafios à Atenção Básica. In: LYRA, J. et al. (Orgs.). *Juventude, mobilização social e saúde: interlocuções com políticas públicas*. 2. ed. Recife: Instituto Papai/ MAB/Canto Jovem, 2010, p. 49-74. Disponível em: <<https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ena.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2020.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 66, esp, p. 158-64, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2020.

OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. Integralidade: Algumas reflexões. **Rev. bras. educ. med.**, v. 42, n. 3, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170102r1>>. Acesso em: 06 maio 2020.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 1, p. 9-15, 2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a02.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377 n. 9779, p. 1778 -1797, 2011.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019** – Curitiba: SESA, 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PR_PlanoEstadualSaude2016MioloAlt.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná **Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015** – Curitiba: SESA, 2013. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-03/plano_estadual_de_saude-versao_final.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Sistema Único de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização** – Curitiba: SESA, 2015. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/pdr_compilado_final_correcao_em_08_07_2016_0.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

_____. Instituto paranaense de desenvolvimento econômico e social (Iparades). **Cadernos Municipais 2017**. Curitiba: IPARDES, 2017. Disponível em: <<http://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Cadernos-municipais>>. Acesso em: 12 set. 2020.

_____. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (Iparades). **Caderno Estatístico Estado do Paraná**. Curitiba, 2018a. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=19>>. Acesso em: 08 julho 2018.

_____. Instituto paranaense de desenvolvimento econômico e social (Iparades). **Perfil Avançado dos Municípios**. 2018b. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=29>. Acesso em: 19 jun. 2018.

_____. Instituto paranaense de desenvolvimento econômico e social (Iparades). **Caderno Estatístico – Município de Curitiba**. 2021a. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=80000&btOk=ok>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

_____. Instituto paranaense de desenvolvimento econômico e social (Iparades). **Caderno Estatístico – Município de São José dos Pinhais**. 2021b. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=83000&btOk=ok>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

_____. Instituto paranaense de desenvolvimento econômico e social (Ipardes). **Caderno Estatístico – Município de Colombo**. 2021c. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=83400&btOk=ok>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

_____. Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba (COMEC). Secretaria do Desenvolvimento Urbano. Região Metropolitana e Curitiba. **Revista da Região Metropolitana de Curitiba**. 2017. Disponível em: <http://www.comec.pr.gov.br/arquivos/File/RMC/Revista_fev_2017.pdf>. Acesso em: 14 maio 2018.

_____. 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. Disponível em: <http://www.comec.pr.gov.br/arquivos/File/PDI_2006.pdf>. Acesso em: 14 maio 2018.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). Regionais de Saúde. **Mapa das regionais**, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Regionais-de-Saude#>>. Acesso em: 30 ago. 2020.

PAULA, C. C. et al. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 17, n. 4, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31084>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

PAULA, C. C et al. Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 8, n. 1, p. 4056-4078, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.4056-4078>>. Acesso em: 05 junho 2018.

PAZÓ, R. G. et al. Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-12, 2017. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1546](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1546)>. Acesso em: 29 out. 2020.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. Perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1008-1017, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420161070142>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

PERES, F.; ROSENBERG, C. P. Desvelando a concepção de adolescência/ adolescente presente no discurso da Saúde Pública. **Saúde Soc.**, v. 7, n. 1, p. 53-86, 1998. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12901998000100004>>. Acesso em: 22 maio 2020.

PERNA, P. O.; CHAVES, M. M. N. O materialismo histórico-dialético e a teoria da intervenção praxica da enfermagem em saúde coletiva: a demarcação do coletivo

para a ação da enfermagem. **Trabalho Necessário**, v. 6, n. 6, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.22409/tn.6i6.p4631>>. Acesso em: 06 maio 2020.

PETTRES, A. A.; DA ROS, M. A. A Determinação Social da Saúde e a Promoção da Saúde. **Arq. Catarin. Med.**, v. 47, n. 3, p. 183-196, 2018. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/375>>. Acesso em: 22 maio 2020.

PREZOTTO, K. H. et al. Hospitalizações de crianças por condições evitáveis no Estado do Paraná: causas e tendência. **Acta Paul Enferm.**, v. 30, n. 3, p. 254-261, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201700039>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

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**, v. 49, n. 1, p. 44-53, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100006>>. Acesso em: 18 ago. 2020.

PINTO JUNIOR, E. P. et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 1-11, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n2/e00133816/>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

PINTO, L. P. et al. Hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC) between 2009 and 2018 in Brazil's Federal District as compared with other state capitals. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2105-2114, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n6/2105-2114/en/>>. Acesso em: 25 maio 2020.

PIOVESAN, G. et al. QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS: SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM HIV. **Texto contexto – enferm**, v. 26, n. 2, e00180016, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017000180016>>. Acesso em: 29 maio 2020.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Ranking IDHM Municípios**. 2010. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/RankingIDHM-Municipios-2010.aspx>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

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.**, v. 41, n. 1, p. 26-33, 1988. Disponível em: <http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/areas/bases_metodologicas_ass_enfermag_e_m.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2018.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista em Pauta**, v. 6, n. 23, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/rep.2009.450>>. Acesso em: 25 maio 2020.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E.Y. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4755-66, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300024>. Acesso em: 12 out. 2020.

REHEM, T. C. M. S. B. et al. Quais aspectos contribuem para a ocorrência de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária? **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, v. 29, n. supl., p. 138-147, 2016. Disponível em: <periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6415>. Acesso em: 05 jun. 2018.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 59, n. 2, p. 120-127, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2012.11.001>>. Acesso em: 02 nov. 2020.

ROMANO, C. M. C.; SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Physis**, v. 25, n. 4, p. 1095-1115, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2015.v25n4/1095-1115/>>. Acesso em: 17 nov. 2020.

SAMPAIO, J. C. S. et al. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária relacionadas à cobertura da estratégia saúde da família em Anápolis-Go, de 2001 a 2017. **Rev. Educ. Saúde**, v. 6, n. 1, p. 1-9, 2018. Disponível em: <<http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/ic-uni/article/view/1549>>. Acesso em: 8 out. 2020.

SANTOS, J. L. G. dos. et al. INTEGRAÇÃO ENTRE DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS EM UMA PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS. **Texto Contexto - Enferm**, v. 26, n. 3, e1590016, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>>. Acesso em: 16 nov. 2020.

SANTOS, J. L. G. et al. Characterization of mixed methods research in nursing published in the Journal of Mixed Methods Research. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 9, e7, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.5902/2179769241298>>. Acesso em: 13 nov. 2020.

SANTOS, L. A.; OLIVEIRA, V. B.; CALDEIRA, A. P. Hospitalizations for conditions susceptible to primary care among children and adolescents in Minas Gerais, Brazil, 1999-2007. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 16, n. 2, p. 179-188, 2016.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000200006>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

SANTOS, A. M. dos.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde debate**, v. 40, n. 108, p. 48-63, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080004>>. Acesso em: 07 jun. 2020.

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, 2015.

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, 2015.

SANTOS, L. Dilemas, desafios e limites do SUS. In: OLIVEIRA, N. A. (Org.). **Direito Sanitário**: Oportuna Discussão via Coletânea de textos do blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. 1.ed. Brasília: ANVISA, CONASEMS, CONASS. Brasília: 2012.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde (online)**, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>>. Acesso em: 07 maio 2018.

SCHAEFER, R. et al. Adolescent and youth health policies in the Portuguese-Brazilian context: specificities and approximations. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 9, p. 2849-2858, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.11202018>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

SENHEM, G. D. et al. Experiences of teenagers related to hospitalization for sensitive conditions primary health care. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 6, e08963330, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3330>>. Acesso em: 15 maio 2020.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 16, n. 2, p. 217-229, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15309/15psd160208>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

SILVA, C. R. A. DA; CARDOSO, I. S. Z. O.; MACHADO, N. R. Considerações sobre epilepsia. **Bol. Cient. Pediatr.**, v. 2, n. 3, p. 71-76, 2013. Disponível em: <http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/140324183248bcped_13_03_02.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2020.

SILVA, F. C. S. O princípio da integralidade e os desafios de sua implicação na Saúde Coletiva. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n. 4, 2015. Disponível

em:

<<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/373/274>>. Acesso em: 29 maio 2020.

SILVA, L. M. V.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. A. **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

SILVA, M. V. S. da.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. de. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 62, p. 589-599, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>. Acesso em: 29 maio 2020.

SILVA, C. S. O. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4407-4415, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.14122013>>. Acesso em: 29 maio 2020.

SILVA, C. S. O. et al. O adolescente na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa de literatura. **Adolesc. Saude**, v. 13, n. 3, p. 76-87, 2016. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=609>. Acesso em: 28 maio 2020.

SILVA, M. F. F. et al. Integralidade na atenção primária à saúde. **REFACS (online)**, v. 6, supl. 1, p. 394-400, 2018. Disponível em: <<http://www.seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs>>. Acesso em: 29 maio 2020.

SILVA, A. C. S. da. et al. A Atenção Primária sob a ótica dos usuários do Sistema Único de Saúde: uma revisão bibliográfica. **Revista Sustinere**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 46 - 72, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/sustinere.2019.36184>>. Acesso em: 07 jun. 2020.

SILVA, C. R. et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1109-20, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>. Acesso em: 19 nov. 2020.

SIMONELLI, C. E. **A vivência da ambiguidade: um estudo fenomenológico da adolescência**. 93p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2017.

SKINNER, H. G. et al. The effects of multiple chronic conditions on hospitalization costs and utilization for ambulatory care sensitive conditions in the United States: a nationally representative cross-sectional study. **BMC health serv res**, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1304-y>>. Acesso em: 23 out. 2020.

SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S.; YONEKURA, T. Marxismo como referencial teórico-metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 6, p. 1403-1409, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600022>>. Acesso em: 07 maio 2020.

SODER, R. et al. Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Enferm. Foco**, v. 9, n. 3, p. 76-80, 2018. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1496>>. Acesso em: 08 maio 2020.

SOUSA, N. P. de. et al. Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 1, p. 118-125, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690116i>>. Acesso em: 30 maio 2020.

SOUZA, F. N.; COSTA, A. P.; MOREIRA, A. **Análise de dados qualitativos suportada pelo software webQDA**. Atlas da VII Conferência internacional de TIC, na educação: perspectivas de Inovação, 12 a 13 de maio de 2011, Braga; Portugal. 2011. p 49-56. Disponível em: <<http://www.webqda.com/wpcontent/uploads/2012/06/artigoChallanges2011.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

SOUZA, I. F. P. de; MENDES, A.; CARNUT, L. História política e pensamento epidemiológico: Breilh e a economia política da saúde. **Rev. Guillermo de Ockham**, v. 17, n. 1, p. 77-84, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.21500/22563202.4039>>. Acesso em: 29 maio 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STRAUB, M. **A participação de serviços privados na atenção especializada e hospitalar como expressão da privatização do Sistema Único de Saúde: o caso do Paraná**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

TONG, A.; SAINSBURY P.; CRAIG, J. Consolidated criterio for reporting qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus group. **International Journal of Qualitative in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

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**. Relatório de Pesquisa. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3261.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2020.

URQUIZA, M. A.; MARQUES, D. B. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. **Entretextos**, v. 16, n. 1, p. 115-144, 2016. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/entretextos/article/view/20988>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

VALE, C. C. et al. Análise das internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde no município de Conceição do Araguaia-Pará. **REAS**, v. 24. e721, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e721.2019>>. Acesso em: 28 maio 2020.

VERDUGO ARAUJO, L. M.; REYES GARCÍA, S. I. Modelo crítico en Salud para el abordaje de la situación de inseguridad alimentaria: hacia una nueva política alternativa. **Margen**, Argentina, n. 85, p. 1-11, 2017. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6078450>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 55, p. 1089-1100, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>>. Acesso em: 29 maio 2020.

VINAGRE, M. G.; BARROS, L. Preferências dos adolescentes sobre os cuidados de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1627-1636, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04362019>>. Acesso em: 20 maio 2020.

WOLFFENBÜTTEL, A. O que é? **Índice de Gini**. Desafios do Conhecimento, Brasília, a.1, 4 ed., 2004. Disponível em: <http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2048:catid=28>. Acesso em: 29 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent health**. Genebra: Who; 2019. Disponível em: <http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/>. Acesso em: 30 maio 2020.

APÊNDICE A – LISTA BRASILEIRA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA COM DESCRIÇÃO DAS DOENÇAS PELA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)

QUADRO A – LISTA BRASILEIRA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA. CURITIBA, 2020.

(continua)

Grupo	Diagnóstico	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A33-A35 Tétano, A36 Difteria, A37 Coqueluche, A95 Febre Amarela, B05 Sarampo, B06 Rubéola, B16 Hepatite B, B26 Parotidite, G00.0 Meningite por Haemophilus, A17.0 Meningite Tuberculosa, A19 Tuberculose miliar, A15.0-A17.9 Tuberculose Pulmonar, A18 Outras Tuberculoses, I00-I02 Febre reumática, A51-A53 Sífilis, B50-B54 Malária, B77 Ascariíase.
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	E86 Desidratação, A00-A09 Gastroenterites.
3	Anemia	D50 Anemia por deficiência de ferro.
4	Deficiências nutricionais	E40-E46 Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico-calórica, E50-E64 Outras deficiências nutricionais.
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66 Otite média supurativa, J00 Nasofaringite aguda [resfriado comum, J01 Sinusite aguda, J02 Faringite aguda, J03 Amigdalite aguda, J06 Infecção Aguda VAS, J31 Rinite, nasofaringite e faringite crônicas.
6	Pneumonias bacterianas	J13 Pneumonia Pneumocócica, J14 Pneumonia por Haemophilus influenzae, J15.3-J15.4 P pneumonia por Streptococcus, J15.8-J15.9 Pneumonia bacteriana NE, J18.1 P pneumonia lobar NE.
7	Asma	J45-J46 Asma.
8	Doenças pulmonares	J20-J21 Bronquite aguda, J40 Bronquite não especificada como aguda ou crônica, J41 Bronquite crônica simples e a mucopurulenta, J42 Bronquite crônica não especificada, J43 Enfisema, J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas, J47 Bronquectasia.
9	Hipertensão	I10 Hipertensão essencial, I11 Doença cardíaca hipertensiva.
10	Angina	I20 Angina pectoris.
11	Insuficiência cardíaca	I50 Insuficiência Cardíaca, J81 Edema agudo de pulmão.
12	Doenças cerebrovasculares	I63-I67, I69, G45-G46 Doenças Cerebrovasculares.

QUADRO A – LISTA BRASILEIRA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA. CURITIBA, 2020.

(conclusão)

13	Diabetes mellitus	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1 Com coma ou cetoacidose, E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8 Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE), E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9 Sem complicações específicas.
14	Epilepsias	G40-G41 Epilepsias.
15	Infecção no rim e trato urinário	N10 Nefrite túbulo-intersticial aguda, N11 Nefrite túbulo-intersticial crônica, N12 Nefrite túbulo-intersticial NE aguda e crônica, N30 Cistite, N34 Uretrite, N39.0 Infecção do trato urinário de localização NE.
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46 Erisipela, L01 Impetigo, L02 Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo, L03 Celulite, L04 Linfadenite aguda, L08 Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo.
17	Doença Inflamatória em órgãos pélvicos femininos	N70 Salpingite e ooforite, N71 Doença inflamatória do útero exceto o colo, N72 Doença inflamatória do colo do útero, N73 Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas, N75 Doenças da glândula de Bartholin, N76 Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva.
18	Úlcera gastrointestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2 Úlcera gastrointestinal.
19	Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23 Infecção no Trato Urinário na gravidez, A50 Sífilis congênita, P35.0 Síndrome da Rubéola Congênita.

FONTE: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde (2008a).

APÊNDICE B – TELA DE ACESSO PARA CONSULTAR HISTÓRICO DE COBERTURA DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA POR MUNICÍPIO

DAB ▾ Saúde Mais Perto de Você ▾ Ações, Programas e Estratégias ▾ Profissional ▾ Gestor ▾ Cidadão ▾ Políticas ▾ Serviços ▾

Unidade Geográfica

☒ Brasil
☐ Região
☐ Estado
☒ Municípios
☐ Capitais

Estado: PARANA
Município: ADRIANÓPOLIS

Período

+ Início
Mês: Janeiro Ano: 2016

+ Fim
Mês: Dezembro Ano: 2016

Campos a serem exibidos no relatório

- ☒ População
- ☐ Teto de ACS
- ☐ Nº de ACS credenciados pelo Ministério da Saúde
- ☐ Nº de ACS cadastrados no sistema

notificações de consultas pelo celular - 18/07/2018

Atualização do sistema e-SUS AB também permite registrar vacinação dos usuários no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)

Descredenciamento de equipes que atuam na Atenção Básica - 17/07/2018

Confira a nota técnica que traz orientações às gestões municipais

Confira vídeo do segundo Encontro Estadual de Minas Gerais - 17/07/2018

Reportagem mostra como foi o evento que aconteceu em Uberlândia nos dias 11 e 12 de julho

» Todas as Notícias

FONTE: Portal do Departamento de Atenção Básica, 2020.

Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Título da pesquisa: A DETERMINAÇÃO SOCIAL DAS INTERNAÇÕES DE ADOLESCENTES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Pesquisadoras: Jéssyca Slompo Freitas e Maria Marta Nolasco Chaves

Data: ____/____/____

Questionário nº: _____

I - DADOS DO PARTICIPANTE

Nome (SIGLAS): _____ Idade: _____

Sexo: _____

Formação: _____

Ocupação: _____

Tempo no cargo: _____

II - ROTEIRO DE PERGUNTAS

1 - Comente sobre as ações de saúde para os adolescentes no seu município.

2 - Quais são as ações de saúde-realizadas para o adolescente na atenção primária no seu município?

3 - Aponte as facilidades que você percebe para o desenvolvimento dessas ações na AP:

- Facilidades com a abordagem da equipe de saúde com a população de adolescentes e seus responsáveis;
- Facilidades na estrutura dos serviços e recursos materiais para as ações de saúde na AP;
- Facilidades na articulação da rede de serviços de saúde com outros setores presentes no município.

4 - Aponte as dificuldades que você percebe para o desenvolvimento dessas ações na AP:

- Dificuldades com a abordagem da equipe de saúde com a população de adolescentes e seus responsáveis;
- Dificuldades na estrutura dos serviços e recursos materiais para as ações de saúde na AP;
- Dificuldades na articulação da rede de serviços de saúde com outros setores presentes no município.

5 - Fale sobre as ações de saúde para adolescentes previstas no Plano Municipal de Saúde do seu município.

6 - Como é o preparo das equipes de saúde da AP do município para lidar com adolescentes?

Introdução da temática ICSAP: A pesquisadora irá apresentar dados do município conforme a listagem de diagnósticos que foram mais frequentes, segundo levantamento em bancos de dados secundários realizado com antecedência – 1ª fase do estudo,

7- Segundo os dados apresentados, essas são realmente as causas das internações por CSAP de adolescentes moradores do seu município?

8 - Quais as dificuldades da atenção primária para a resolutividade das demandas dos adolescentes moradores deste município no sentido de evitar as ICSAP?

9 - Como o setor saúde tem planejado ações para reverter a situação de ICSAP em adolescentes moradores deste município?

10 - Tem algo que não foi perguntado, que o Sr.(a) gostaria de comentar, relacionado ao tema de ICSAP em adolescentes moradores deste município?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a),

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “A DETERMINAÇÃO SOCIAL DAS INTERNAÇÕES DE ADOLESCENTES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA”, sob a responsabilidade de Jéssyca Slompo Freitas e Maria Marta Nolasco Chaves, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, cujo objetivo é reconhecer a determinação social das ocorrências das internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária de adolescentes na 2ª Regional de Saúde do Paraná, no período de 2013 a 2017. Este estudo é necessário porque irá gerar um melhor conhecimento sobre as dificuldades e as necessidades enfrentadas por adolescentes, podendo assim melhorar a atenção à promoção, proteção e recuperação da saúde dessa população.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao aceitar colaborar nesta pesquisa, o (a) senhor (a) precisará responder algumas perguntas relacionadas à rede de serviços de saúde do seu município, o desenvolvimento de ações de saúde para os adolescentes e as perspectivas com relação a Internações de adolescentes por Condições Sensíveis a Atenção Primária. Essa entrevista acontecerá em local, data e horário de sua preferência e será gravada em áudio, para melhor análise das respostas, com previsão de duração máxima de 30 minutos.

Lembramos que a sua participação é voluntária, tendo a liberdade de não querer participar, e pode desistir, a qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista, sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o desconforto em responder as perguntas e receber o pesquisador no local de trabalho ou se deslocar até o local escolhido para a entrevista. Para minimizar os possíveis riscos, a entrevista será agendada de acordo com a sua disponibilidade e será assegurado que poderá interromper, a qualquer momento, a sua participação na pesquisa.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de auxiliar na compreensão das razões de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e proporcionar informações que poderão ser úteis na melhoria da atenção à saúde dos adolescentes. Além disso, o (a) senhor (a) poderá contribuir para o avanço da ciência.

4. CONFIDENCIALIDADE: As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: a pesquisadora principal e a orientadora da pesquisa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isso será feito sob forma codificada, para que **a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**. O material obtido em forma de entrevista será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído ao término do estudo, dentro de cinco anos. A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável e/ou orientador da pesquisa.

A pesquisadora Jéssyca Slompo Freitas, Enfermeira, Doutoranda da Universidade Federal do Paraná, responsável por este estudo, poderá ser contatada pelo email

jessyca_sfreitas@hotmail.com e/ou pelo telefone (42) 99985-9399, no horário das 08:00 às 17:00 de 2ª a 4ª feira. A orientadora deste estudo, Maria Marta Nolasco Chaves, Enfermeira, professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, poderá ser localizada na Avenida Pref. Lothário Meissner, 632, 4º andar – Jardim Botânico CEP: 80210-170 Curitiba – PR, ou poderá ser contatada pelo email mnolascochaves@gmail.com e/ou pelo telefone (41) 3361-3756 no horário das 13:30 às 17:00, na 3ª feira. Ambas podem esclarecer eventuais dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que precisar, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o (a) senhor (a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. ANUÊNCIA DA TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA: O (a) senhor (a) precisará informar um endereço eletrônico (*e-mail*) para que, após sua participação, o (a) senhor (a) receba a transcrição da sua fala, assine anuência ao final do documento e reencaminhe para a pesquisadora em um prazo de 05 dias úteis, contando da data de recebimento. Caso não haja a devolutiva da sua anuência, conforme o prazo estabelecido, o (a) senhor (a) estará aprovando a transcrição realizada pela pesquisadora.

8. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o (a) senhor (a) estiver de acordo em participar, deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-informado que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com o (a) senhor (a).

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu _____, portador (a) da cédula de identidade _____, declaro que, após leitura minuciosa do TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelas pesquisadoras, estou ciente dos objetivos e da minha contribuição na pesquisa, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assino o presente termo.

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Prof.^a Dr.^a Maria Marta Nolasco
Chaves
(Orientadora)

Jéssyca Slompo Freitas
(Pesquisadora)

APÊNDICE E – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

OFICINA DE TRABALHO CRÍTICO-EMANCIPATÓRIA: ICSAP DE ADOLESCENTES NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Objetivos:

- Refletir sobre a Determinação Social das ICSAP de adolescentes dos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná;
- Elaborar coletivamente possibilidades de enfrentamento da realidade das ICSAP de adolescentes nos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná.
- Sintetizar as propostas de enfrentamento da realidade das ICSAP de adolescentes na perspectiva da Determinação Social da Saúde.

Participantes: Gestores do setor, profissionais de saúde inseridos na rede de serviços da Atenção Primária em Saúde (APS), e representantes do movimento social organizado dos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná.

Responsáveis: Pesquisadores da área de Saúde Coletiva – Jéssyca Slompo Freitas, Rafaela Gessner Lourenço e Maria Marta Nolasco Chaves.

Duração: Sessão única com 4 horas.

QUADRO E – ROTEIRO PARA OFICINA DE TRABALHO CRÍTICO-EMANCIPATÓRIA. CURITIBA, 2020.

(continua)

Momento	Conteúdo	Estratégia/ Material
Introdução 20 minutos	1. Construção de crachá de identificação; 2. Apresentação dos responsáveis pela oficina; 3. Apresentação dos participantes; 4. Apresentação da oficina: finalidades, objetivos, atividades e dinâmicas relacionadas ao desenvolvimento da oficina.	Apresentação dos participantes – Dinâmica do barbante. Material: barbante, canetas, crachás de identificação; papel sulfite colorido.
Aquecimento 25 minutos	Dinâmica – “Morar no paraíso”. Texto de reflexão sobre coletividade.	Balas coloridas.
Desenvolvimento		
ICSAP e resultados da pesquisa 45 minutos	1º momento: Apresentação do conceito de ICSAP; Apresentação, por meio do Processo de Integração do Pilar, dos resultados e análises da pesquisa intitulada ‘A determinação social das interações de adolescentes por condições sensíveis à atenção primária’.	Exposição dialogada pelos responsáveis pela oficina. Material – computador, multimídia.

QUADRO E – ROTEIRO PARA OFICINA DE TRABALHO CRÍTICO-EMANCIPATÓRIA. CURITIBA, 2020.

(continua)

Chuva de ideias individuais dos participantes-sentimentos 40 minutos	2º momento: <i>Brainstorm</i>/ “Chuva de ideias” com <i>post-its</i>. Questão para disparar a atividade: -“O que você pensa e sente a partir dos resultados apresentados sobre ICSAP de adolescentes na 2ªRS do PR?”.	Reflexão individual: Cada participante escreverá em um bloco autoadesivo colorido uma palavra/frase sobre o que pensa e sente a partir da apresentação dos resultados e análise da pesquisa sobre ICSAP de adolescentes na 2ªRS do PR. As reflexões serão colocadas em um painel organizado pelos responsáveis pela oficina. Material - canetas, cartolina e <i>post-its</i>.
Intervalo 10 minutos		
Chuva de ideias de grupo de participantes - enfrentamento 35 minutos Apresentação em plenária 35 minutos	3º momento: Questão para disparar a atividade: “Como vocês organizariam o enfrentamento da realidade de ICSAP de adolescentes nos municípios da 2ªRS do PR a partir dos seus locais de trabalho?”.	Reflexão grupal: (máximo 4 participantes por grupo), elaborar possibilidades individuais e/ou coletivas para transformar a realidade das ICSAP de adolescentes dos municípios da 2ªRS do PR. Elaboração das respostas por escrito, colagem, nuvem de palavras etc. para exposição (cartaz em cartolina). Material - cartolina, canetas e canetinhas coloridas, revistas, cola. Apresentação em plenária.
Síntese		
Síntese pelas responsáveis pela oficina - 30 minutos	Sintetizar as propostas de enfrentamento da realidade das ICSAP de adolescentes na perspectiva da Determinação Social da Saúde.	Elaboração do Infográfico - Para sintetizar as proposições elaboradas na reflexão grupal, as responsáveis pela oficina conduzirão a elaboração de um infográfico, a partir das dimensões da realidade - estrutural, particular e singular. Material – computador, projetor multimídia.
Encerramento		
10 minutos	Avaliação da oficina.	Manifestação individual de opinião; Ficha de avaliação – impressa em papel sulfite.

QUADRO E – ROTEIRO PARA OFICINA DE TRABALHO CRÍTICO-EMANCIPATÓRIA. CURITIBA, 2020.

(continua)

Referências
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 maio 2018. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica em forma de anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 70, 18 abr. 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>. Acesso em: 10 maio 2018. BILLINGS J.; TEICHOLZ, N. Uninsured patients in district of Columbia Hospitals. Health Aff, v. 9, n. 4, p. 158-65, 1990. Disponível em: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.9.4.158>. Acesso em: 19 out. 2019. BREILH. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. BREILH. Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, de 30 de setembro a 2 de outubro de 2008, México. Repositorio Institucional del Organismo Académico de la Comunidad Andina. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/159772702.pdf>. Acesso em: 21 maio 2020. BREILH. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública, v. 31, supl 1, p. 13-27, 2013. Disponível em: www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf. Acesso em: 10 maio 2018. BREILH. Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. Rev. Bras. epidemiol, v. 18, n. 4, p. 972-982, 2015a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500040025>. Acesso em: 10 maio 2018. BREILH. Entrevista: Jaime Breilh. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 13 n. 2, p. 533-540, maio/ago. 2015b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00071>. Acesso em: 22 maio 2020. EGRY, E. Y. Saúde coletiva: Construindo um Novo Método em Enfermagem. São Paulo: Editora Ícone, 1996. EGRY, E. Y. et al. Nursing in Collective Health: reinterpretation of objective reality by the praxis action. Rev. Bras. Enferm. v. 71, supl. 1, p. 710-15, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/323833537_Nursing_in_Collective_Health_reinterpretation_of_objective_reality_by_the_praxis_action>. Acesso em: 20 nov. 2020. FONSECA, R. M. G. S.; AMARAL, M. A. Reinterpretação da potencialidade das Oficinas de Trabalho Crítico-Emancipatórias. Rev. Bras. Enferm., v. 65, n. 5, p. 780-7, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500010>. Acesso em: 13 nov. 2020. FONSECA, R. M. G. S.; OLIVEIRA, R. N. G.; FORNARI, L. F. Prática educativa em direitos sexuais e reprodutivos: a oficina de trabalho crítico-emancipatória de gênero. In: Associação Brasileira de Enfermagem, KALINOWSKI, C. E; CROZETA, K.; COSTA, M. F. B. N. A. (Orgs.). PROENF – Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 6. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2017. p. 59-119.

QUADRO E – ROTEIRO PARA OFICINA DE TRABALHO CRÍTICO-EMANCIPATÓRIA. CURITIBA, 2020.

(conclusão)

LOURENÇO, R. G.; FONSECA, R. M. G. S. Primary Health Care and the Third Sector in the face of violence between intimate adolescent partners. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, e3341, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.3811.3341>>. Acesso em: 14 dez. 2020.

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.**, v. 41, n. 1, p. 26-33, 1988. Disponível em: <http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/areas/bases_metodologicas_ass_enfermage_m.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2018.

FONTE: A autora (2021).