

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

BIANCA GIOVANNA MENNA RUIZ DIAZ

**INTERNAÇÕES DE CRIANÇAS E DE ADOLESCENTES POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, NA REDE PÚBLICA DE
PORTO ALEGRE/RS, NO PERÍODO DE 2012 A 2014**

Porto Alegre - RS

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

BIANCA GIOVANNA MENNA RUIZ DIAZ

**INTERNAÇÕES DE CRIANÇAS E DE ADOLESCENTES POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA REDE PÚBLICA DE PORTO
ALEGRE/RS, NO PERÍODO DE 2012 A 2014**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Roger Dos Santos Rosa

Porto Alegre
2016

“A maneira como os homens vivem e se organizam socialmente é geradora de saúde e doença, assim como as intervenções sobre a saúde e a doença são determinadas socialmente”

(TOSO, 2011, p. 31).

RESUMO

INTRODUÇÃO: As condições sensíveis à atenção primária (CSAP) são situações que podem ser atendidas oportuna e efetivamente nesse nível do sistema de saúde, reduzindo a necessidade de hospitalizações. Conhecer as características dessas internações pode auxiliar a melhor organizar intervenções na rede de serviços de saúde, evitando o agravamento clínico, especialmente considerando a vulnerabilidade de crianças e adolescentes. **OBJETIVO:** Descrever as características das hospitalizações por CSAP na rede pública de crianças e adolescentes (menores de 20 anos) residentes em Porto Alegre (RS), no período de 2012 a 2014. **MÉTODOS:** Exploração das hospitalizações com diagnósticos principais conforme a Lista Brasileira de Internações por CSAP (Portaria 221/2008-Ministério da Saúde), a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/SUS, disponíveis publicamente. Cálculo de indicadores por sexo, idade, permanência, letalidade e gastos por internação. **RESULTADOS:** Ocorreram 18.745 internações (6.248,3/ano; 168,7/10 mil hab./ano), tendo o sexo masculino predominado (9.973 vs. 8.772; 53,2% vs. 46,8%). As internações de <1 ano atingiram 8.587 (45,8%; 1.772,2/10 mil hab./ano) seguidas pelas de pacientes de 1-4 anos com 5.444 (29,0%; 289,9/10 mil hab./ano). Os diagnósticos principais foram doenças pulmonares (6.162; 32,9%); asma (3.965; 21,2%); e epilepsias (1.470; 7,8%). UTI foi utilizada em 885 hospitalizações (4,7%). Embora a maioria dos casos com uso de UTI tenha sido de doenças pulmonares (308; 5,0%), as maiores proporções de utilização ocorreram para insuficiência cardíaca (20; 36,4%) e diabetes mellitus (51; 31,3%). A letalidade foi baixa (0,2%). O diagnóstico mais frequente entre os óbitos foi de doenças pulmonares (13; 31,0%), seguido de pneumonias bacterianas (12; 28,6%). A média de permanência geral foi de 5,7 dias. O gasto médio anual foi R\$ 3,46 milhões e o valor médio por internação R\$ 553,50 (R\$ 541,30 para o sexo masculino e R\$ 567,40 para o feminino). O valor diário foi de R\$ 96,77 (R\$ 94,80 para masculino e R\$ 98,90 para feminino). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar da estruturação da rede de atenção primária da cidade, observa-se um número ainda expressivo de internações que poderia ter sido evitado, principalmente de doenças respiratórias em menores de um ano.

Unitermos: condições sensíveis à atenção primária, hospitalizações, crianças, adolescentes, administração e planejamento em saúde.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo faixa etária e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 2. Projeção da população residente em Porto Alegre (RS) segundo faixa etária e sexo, para 2013.

Tabela 3. Coeficientes populacionais (/10.000hab./ano) relativos às internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo faixa etária e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 4. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (CSAP) na rede pública segundo diagnóstico principal e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 5. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo diagnóstico principal CID-10 e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 6. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (CSAP) na rede pública segundo grupos de diagnóstico principal e faixa etária, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 7. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo ocorrência ou não de óbito e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 8. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo ocorrência ou não de óbito e faixa etária, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 9. Óbitos nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (CSAP) na rede pública segundo faixa etária e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 10. Óbitos nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (CSAP) na rede pública segundo grupos de diagnóstico principal e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 11. Óbitos nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo grupos de diagnóstico principal e faixa etária, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 12. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo sexo e utilização ou não de UTI, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 13. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo faixa etária e utilização ou não de UTI, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 14. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (CSAP) na rede pública segundo grupos de diagnóstico principal e utilização ou não de UTI, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 15. Óbitos nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo sexo e utilização ou não de UTI, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 16. Óbitos nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo faixa etária e utilização ou não de UTI, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 17. Óbitos nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (CSAP) na rede pública segundo grupos de diagnóstico principal e utilização ou não de UTI, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 18. Dias de permanência nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo faixa etária e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 19. Valor total pago (R\$) nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo faixa etária e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 20. Valor médio pago (R\$) nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo faixa etária e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Tabela 21. Valor médio pago por dia (R\$) nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo faixa etária e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 OBJETIVO GERAL.....	3
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	5
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	16
4. RESULTADOS.....	19
5. DISCUSSÃO.....	24
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
APÊNDICE.....	36

1. INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, o Brasil introduziu mudanças significativas em seu sistema de saúde, consolidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Constituiu-se em uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, sendo esta entendida como um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). A estruturação do SUS, segundo as Leis 8.080 e 8.142 de 1990, prevê que seja universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição dos recursos (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal proposta de modelo assistencial da Organização Mundial da Saúde (STARFIELD, 2002) e o eixo estrutural do SUS (CARDOSO et al., 2013).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo nacional de atenção primária em saúde, definido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 1997; BRASIL, 2011), e visa: possibilitar a integração e promover a organização das atividades em um território definido, com a perspectiva de trabalhar na vigilância à saúde. A ESF tem caráter substitutivo da rede básica tradicional e é entendida como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (PAIM, 2008).

A ESF inclui entre as suas diretrizes, além da integralidade, os atributos de coordenação da assistência, centralidade na família, orientação e participação comunitária e competência cultural dos profissionais de saúde, visando à efetivação dos atributos essenciais da atenção primária à saúde (STARFIELD, 2002), a fim de alcançar a resolutividade desejada em face dos principais problemas de saúde da população.

A APS é o nível de atenção que proporciona a entrada no sistema de saúde, oferece assistência aos problemas mais comuns da comunidade, acompanha as pessoas no decorrer do tempo, fundamenta e determina o trabalho de todos os

outros níveis do sistema de saúde para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Esta abordagem visa à melhoria dos indicadores de saúde, à redução das brechas de morbimortalidade, e ao consumo mais racional da tecnologia biomédica, com maior eficiência do gasto no setor (STARFIELD, 2002).

Um sistema de atenção primária adequado é capaz de reduzir a ocorrência de situações indicativas de cuidados insatisfatórios como ausência de ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, longos intervalos para visitas de seguimento, dificuldades de acesso a serviços de referência, além de um excesso de hospitalizações por problemas passíveis de resolução mediante uma atenção primária satisfatória (CASANOVA e STARFIELD, 1995).

Indicadores de saúde são necessários para auxiliar no monitoramento e na avaliação da assistência prestada, no que se refere ao desempenho da rede pública de cuidados e à qualidade da atenção primária (MELO e EGRY, 2014).

As condições sensíveis à atenção primária (CSAP) são morbidades que podem ser atendidas oportuna e efetivamente pela atenção primária, reduzindo a necessidade de hospitalização (RIZZA et al., 2007; KONSTANTYNER, MAIS e TADDEI, 2015).

As internações por CSAP constituem eventos que podem ser prevenidos. Intervenções oportunas no primeiro nível de atenção podem evitar o agravamento clínico do paciente e, portanto, sua hospitalização (CARDOSO et al., 2013).

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária foram introduzidas como um indicador de efetividade por Billings et al. (1993) nos Estados Unidos, na década de 1990, e têm se expandido como um indicador indireto da qualidade da atenção prestada, correlacionando acesso, cobertura, qualidade e o desempenho da atenção primária (NEDEL et al., 2008; CARDOSO et al., 2013; KONSTANTYNER, MAIS e TADDEI, 2015).

A apreciação das internações por CSAP permite identificar, de modo objetivo e comparável, parcelas da população carentes de adequada atenção primária à

saúde; pelo que se presume conveniente ao SUS e constitui importante ferramenta para o progresso das condições de saúde da população (NEDEL et al., 2008).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, aprovado em 1990, adota a chamada Doutrina da Proteção Integral - concepção base da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989. O referido Estatuto estabelece no artigo 7º que: “A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990c).

Este estudo procura responder as seguintes questões: as crianças e os adolescentes residentes em Porto Alegre continuam adoecendo e necessitando de internação hospitalar por doenças que poderiam ser resolvidas no nível da atenção básica em saúde? Os serviços de atenção primária à saúde têm conseguido resolver os problemas de saúde quando a família traz sua criança ou adolescente doente para atendimento?

Com vistas a compreender o processo de cuidado de atenção primária em saúde, este estudo se propõe a reconhecer e analisar as internações por CSAP de crianças e adolescentes (0 a 19 anos inclusive) residentes em Porto Alegre/RS, ocorridas na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre no período de 2012 a 2014.

1.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar as internações de crianças e adolescentes (0 a 19 anos inclusive) residentes em Porto Alegre por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública de Porto Alegre entre 2012 e 2014.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a magnitude das internações hospitalares com diagnóstico principal de doença constante na lista brasileira de CSAP;
- Calcular o coeficiente de internações para cada 10 mil habitantes;
- Aferir as variáveis demográficas (sexo e faixa etária), a ocorrência ou não de óbito, a utilização de UTI, o tempo de permanência e o valor gasto com o tratamento.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O perfil de morbimortalidade pode ser considerado um indicador relativamente sensível das condições de vida e do modelo de desenvolvimento de uma população, sendo o resultado da interação de diversos fatores interdependentes (PRATA,1992, p. 168).

A saúde da criança apresenta melhora nos principais indicadores de saúde nos últimos trinta anos. Todavia, persistem gritantes desigualdades regionais e diferenças acentuadas em áreas urbanas (microáreas de risco e áreas privilegiadas) e por grupos étnicos (maior mortalidade de crianças negras, quando comparada com as brancas). Esses patamares são incompatíveis com o nível de desenvolvimento econômico e tecnológico no país (LEITE, CUNHA e VICTORA, 2011).

Na maioria dos casos, os agravos à saúde podem ser evitados se as crianças forem encaminhadas para um serviço de saúde qualificado, com uma equipe profissional preparada para atender com eficiência e agilidade. É necessário um esforço concentrado na organização da assistência à população infantil (BRASIL, 2004).

Enfrentar os fatores condicionantes e determinantes da mortalidade infantil tem sido um constante desafio para as autoridades brasileiras. Nos anos 80 do século passado, o Ministério da Saúde intensificou, a partir de 1984, sua atuação na promoção da saúde dos menores de cinco anos, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Esse programa visou promover a saúde da criança de forma integral, dando prioridade ao atendimento de crianças pertencentes a grupos de risco, melhorando a qualidade do atendimento (BRASIL, 2002).

Em 1990, o Governo brasileiro estabeleceu o Estatuto da Criança e do Adolescente para a proteção integral desses cidadãos. Determinou como dever da família, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos à proteção à vida e à saúde das crianças e adolescentes. Afirmou-se a necessidade de efetivar políticas sociais públicas que

permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso desta população, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990c).

O conceito de integralidade das ações de atenção à saúde da criança fundamentou a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) no desenvolvimento de uma iniciativa global em saúde da criança, a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) (BENGUIGUI et al., 1997). Essa estratégia surgiu como uma metodologia de atenção à saúde da criança em consonância com a APS e propôs uma avaliação sistemática dos principais fatores que afetam a saúde infantil, em busca da qualidade do atendimento (PINA et al., 2009).

A AIDPI foi adotada no Brasil em 1996, com os objetivos de: reduzir a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade; diminuir a incidência e a gravidade dos casos de doenças infecciosas e distúrbios nutricionais; garantir adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de 5 anos, tanto nos serviços de saúde quanto no domicílio e na comunidade; fortalecer a promoção da saúde e de ações preventivas na infância (BRASIL, 2002).

Em 2006, a área da saúde da criança do Ministério da Saúde articulou, entre os estados das regiões Norte e Nordeste do Brasil, a criação de uma rede de atenção ao recém-nascido gravemente doente, para enfrentar o problema da iniquidade na atenção às gestantes de risco, no parto e no nascimento. Surgiu, então, a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal (RENOSPE), na expectativa de melhorar o desempenho das unidades neonatais por meio de uma série de ações articuladas, com intervenções no campo da assistência, da gestão, da epidemiologia, da pesquisa e da educação permanente dos profissionais desses serviços (FRIAS et al., 2008 apud LEITE, CUNHA e VICTORA, 2011).

No ano de 2010 o Ministério da Saúde ampliou a especificidade no atendimento em saúde à faixa etária de 10 a 24 anos. Propôs as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, baseadas na Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Apontou a importância de construir estratégias interfederativas e intersetoriais que contribuam para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, influenciando em seu desenvolvimento saudável. Por último, salientou que investir na saúde da população de adolescentes e de jovens é custo-efetivo, pois garantir a qualidade de vida é garantir também a energia, o espírito criativo, inovador e construtivo da população jovem, que deve ser considerada com um rico potencial capaz de influenciar de forma positiva o desenvolvimento do país (BRASIL, 2010).

Em agosto de 2015, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.130, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A PNAISC estabeleceu uma explicitação da faixa etária para crianças (de 0 a 9 anos) e primeira infância (de 0 a 5 anos). Para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, a PNAISC contemplou crianças e adolescentes até a idade de quinze anos, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento.

Esta política estruturou-se em sete eixos estratégicos, com o propósito de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde. Direcionou a efetivação de medidas para o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, a redução das vulnerabilidades e riscos de adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e a morte prematura de crianças.

A PNAISC definiu como um dos sete eixos estratégicos a promoção do pleno Desenvolvimento na Primeira Infância. Os demais eixos foram atenção humanizada e qualificada à gestão, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à criança em situação de vulnerabilidades ou com deficiências; e vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

Persiste o desafio do poder público de reduzir as iniquidades através da ampliação do acesso a bens e serviços de qualidade, com implementação de políticas orientadas pelos princípios do SUS, de universalidade e equidade. É imperativo alcançar toda a população, beneficiar aqueles que apresentem maior risco de vida e aumentar a chance de sobrevivência na infância (LEITE, CUNHA e VICTORA, 2011).

A avaliação e o monitoramento das ações e resultados são fundamentais na adequação das políticas e ações implementadas (NEDEL et al., 2008) e as internações por condições sensíveis à atenção primária surgiram como proposta de indicador indireto para avaliar a qualidade da assistência prestada à saúde (ALFRADIQUE et al., 2009; NEDEL et al., 2010).

No Brasil, a Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, do Ministério da Saúde define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. A lista é composta por 19 grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte (CID-10); e constitui uma importante ferramenta para avaliar a efetividade e o desempenho dos serviços de APS no país (BRASIL, 2008).

Nedel et al. (2008), a partir de um inquérito hospitalar, estudaram a relação entre o Programa Saúde da Família e as CSAP em Bagé, no Rio Grande do Sul. Constataram que 42,6% das internações foram por condições sensíveis à atenção primária. A probabilidade de que o diagnóstico principal de internação fosse por uma dessas condições sensíveis aumentou com as seguintes características: sexo feminino, idade menor de cinco anos, escolaridade menor de cinco anos, hospitalização no ano anterior à entrevista, realização de consulta médica na emergência e internação no hospital universitário.

Ferrer, Sucupira e Grisi (2010) estudaram as causas de hospitalização de crianças entre zero e nove anos de idade na cidade de São Paulo, durante os anos 2002 e 2006, a partir de dados do DATASUS. Verificaram que 16% do total das admissões corresponderam às crianças na faixa etária selecionada, com a maioria

das crianças menores de um ano de idade. Na cidade de São Paulo, o coeficiente de admissão hospitalar aumentou 11%, e no Brasil, diminuiu 14%. As doenças respiratórias foram a causa principal de hospitalização. Em São Paulo, a segunda causa mais frequente de admissão hospitalar foram doenças originadas no período pré-natal (15,9%), e no Brasil, a segunda causa mais frequente de admissão foram as doenças infeccioso-parasitárias (21,7%).

Nedel et al. (2010), em uma revisão sistemática da literatura sobre as características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária, têm questionado a utilidade do indicador internações por CSAP para esta finalidade. Isto porque as listas de códigos de causas consideradas CSAP são construídas por consenso e não por estudos de base empírica; a hospitalização por CSAP é condicionada por aspectos não controlados pela APS, como a distância entre a residência do paciente e o hospital; as taxas frequentemente se associam de modo mais forte às condições socioeconômicas da população que aos recursos disponíveis de atenção primária; há certa inconsistência entre o número de médicos e as taxas observadas. Por outro lado, mesmo que a distância do domicílio ao hospital não seja uma característica da APS, se há pessoas sendo hospitalizadas por problemas que deveriam ser resolvidos na atenção primária antes que fosse necessária a hospitalização, este é um problema da APS. O indicador traz à tona o problema e permite a identificação de descritores que o enfoquem, facilitando a elaboração de pesquisas específicas mais acuradas.

Mendes (2010), em estudo sobre as redes de atenção à saúde, afirmou que o Brasil apresenta uma situação de saúde de tripla carga de doenças, com convivência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, por causas externas e doenças crônicas. Observou uma crise dos sistemas de saúde contemporâneos explicada à luz da incoerência entre uma situação de saúde com forte predomínio de condições crônicas e uma resposta social através de sistemas fragmentados e voltados, principalmente, para as condições agudas e as agudizações das condições crônicas. Nesses sistemas, a atenção primária à saúde não pode exercitar seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado. A solução para essa crise está em recompor a coerência entre a situação de tripla

carga de doenças com uma resposta social estruturada em sistemas integrados de saúde isto é, as redes de atenção à saúde.

Queiroz, Ribeiro e Pennafort (2010), em pesquisa qualitativa sobre a assistência ao adolescente em um serviço terciário, avaliaram o acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. Realizou-se no Hospital Geral de Fortaleza, com sete adolescentes internados na Unidade Pediátrica por meio de entrevista semiestruturada. A idade dos entrevistados variou de 13 a 17 anos. Os adolescentes demonstraram conhecimento sobre as condições de saúde e tratamento. Perceberam condições satisfatórias de acesso e acolhimento, com restrições à porta de entrada. A dificuldade de acesso ocorreu devido a uma prática burocrática e pouco acessível. Destacaram aspectos positivos da relação, comunicação e da resolubilidade dos problemas na unidade de internação. A escuta e o acolhimento foram as principais ações para satisfação durante os cuidados. Os pesquisadores indicaram a necessidade de um agir pautado na integralidade por todos os membros da equipe de saúde e em todos os espaços de produção do cuidado aos adolescentes.

Mafra (2010), em dissertação de mestrado, explorou o impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil, abrangendo os anos de 2000 a 2007. Os resultados do estudo demonstraram que a cobertura das equipes da ESF e do cadastramento da população foram associados à diminuição das taxas de internações por insuficiência cardíaca congestiva e por condições sensíveis em geral. A cobertura dos agentes comunitários de saúde (ACS) somente se mostrou associada à redução dessas internações na região Sudeste. Nas regiões Norte e Nordeste os resultados mostraram o inverso, quanto mais aumentou a cobertura dos ACS, mais se elevaram essas internações. A taxa de internações por diarreia aguda em crianças de até 5 anos apenas se mostrou negativamente afetada pelo aumento da cobertura das equipes da ESF; porém, na região Nordeste observou-se efeito contrário, provocado pela cobertura dos ACS. O aumento da cobertura das equipes da ESF e o cadastramento da população se mostraram relacionados à diminuição do tempo de permanência dos pacientes internados, assim como dos valores envolvidos com essas hospitalizações. Os resultados obtidos corroboraram a perspectiva teórica dominante de que a atenção básica tem

associação com a redução das internações hospitalares. No entanto, a associação da cobertura das ACS ao aumento de algumas taxas de internações em municípios do Norte e Nordeste poderia apontar que a Atenção Primária estaria viabilizando hospitalizações necessárias em regiões carentes de serviços de saúde.

Caldeira et al. (2011) estudaram as internações pediátricas (de zero a cinco anos de idade) por CSAP em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Realizaram inquérito hospitalar com crianças internadas em hospitais públicos e conveniados com o SUS, no período de 15 de julho de 2007 a 15 de julho de 2008. Entrevistaram 365 famílias e a prevalência de CSAP foi de 41,4%. As CSAP mais frequentes foram pneumonias, asma, gastroenterites e suas complicações e as infecções da pele e tecido subcutâneo. A duração média das internações foi de 5,4 dias e a mediana foi de 3 dias. As variáveis que se mantiveram estatisticamente associadas às internações por CSAP foram: residir em área da ESF e idade menor que dois anos.

Souza e Dias da Costa (2011) realizaram um estudo avaliando indicadores demográficos e internações por CSAP no Estado do Rio Grande do Sul. Verificaram maiores taxas de internações em regiões de baixa renda e com maiores concentrações de minorias raciais e étnicas, apontando para uma situação de iniquidade em saúde. A classe socioeconômica tem sido um importante marcador de barreira ou de acesso aos serviços de saúde, o que pode levar a compreender outros fatores que influenciam a utilização dos serviços, como transporte ou conhecimento do sistema de saúde.

Toso (2011), em tese de doutorado sobre a resolutividade do cuidado à saúde de crianças menores de cinco anos de idade hospitalizadas por causa de condições sensíveis à atenção básica, verificou que as doenças respiratórias foram responsáveis por mais da metade das hospitalizações. O cuidado recebido por essas crianças, anteriormente à hospitalização, careceu de efetividade nos níveis de atenção anteriores ao terciário. Receberam atenção em saúde em unidades básicas de saúde e unidades de atendimento continuado, com diferentes densidades tecnológicas e, mesmo assim, seu quadro se agravou culminando com a hospitalização. Quando os atributos da atenção básica não estiveram presentes na organização dos serviços de atenção à saúde, as crianças com doenças

respiratórias não tiveram resolutividade na atenção e necessitaram de hospitalização.

Barreto, Nery e Costa (2012) estudaram as mudanças no perfil de morbidade hospitalar e sua relação com a expansão da ESF no estado do Piauí, Brasil, de 2000 a 2010. Constataram que, entre as crianças menores de 1 ano, quase a metade (48,6%) das internações hospitalares ocorridas em 2010 deveu-se a CSAP. Dentre a população de 1 a 4 anos, as internações no SUS que se relacionaram com causas preveníveis chegaram a 65,5% e na população geral de menores de 5 anos, pelo menos 60,0% das hospitalizações podiam ser classificadas como CSAP. As taxas de internação hospitalar, por 10 mil habitantes na faixa etária, encontradas por CSAP nas populações analisadas podem ser consideradas altas, sendo de 859,7 para menores de um ano, 559,6 para crianças de 1 a 4 anos e 616,4 para menores de 5 anos em geral. Além disso, verificaram que a frequência e as taxas de internações em menores de cinco anos de idade foram reduzidas, sendo o declínio mais favorável nas hospitalizações causadas por doenças infecciosas e parasitárias do que nos outros dois principais grupos de causas de internação, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho digestivo.

Em termos proporcionais, entretanto, as causas mais frequentes de internação infantil no estudo de Barreto, Nery e Costa (2012) persistiram ou mesmo aumentaram, como nas internações por afecções perinatais em menores de um ano e doenças do aparelho respiratório em crianças de 1 a 4 anos. Por outro lado, as taxas de internações por CSAP entre menores de cinco anos, em 2010, foram elevadas, em especial nos três grupos mais frequentes, gastroenterites infecciosas, pneumonias bacterianas e asma. Da mesma forma que a redução das hospitalizações expressou potencial relação com a ampliação do acesso no Piauí (em função da expansão da ESF no estado), a manutenção de taxas elevadas de internações por CSAP representou a persistência do deslocamento do cuidado para o nível hospitalar, ou seja, revelaram-se potenciais barreiras de acesso e limitações à resolutividade dos serviços de Atenção Primária à saúde.

Oliveira, Costa e Mathias (2012) realizaram um estudo com o intuito de caracterizar o perfil da morbidade hospitalar, segundo diagnóstico principal de

internação, em menores de cinco anos, residentes nos municípios de Maringá, Sarandi e Paiçandu, do Estado do Paraná. Foram utilizadas informações registradas nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar, para os anos de 1998 a 2009. Seus resultados evidenciaram declínio de 16,1% de internações de menores de cinco anos, em relação ao total de internações de todas as faixas de idade. Quanto às principais causas de hospitalização, destacaram-se as doenças do aparelho respiratório (55,6%), doenças infecciosas e parasitárias (14,8%) e afecções originadas no período perinatal (12,9%), condições essas evitáveis por medidas de atenção básica, sinalizando a necessidade de intensificação das ações preconizadas pelos programas voltados à saúde da criança.

Campos e Theme-Filha (2012) estudaram a relação entre a evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a taxa de internações por CSAP em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, no período de 2000 a 2009. Foi conduzido um estudo ecológico com dados secundários do SIH/SUS. A proporção das internações por CSAP apresentou perfil descendente. Em 2000, essas hospitalizações representavam 19,03% do total de internações em Campo Grande, em 2005 declinou para 10,9%, representando uma queda de 8%. No ano de 2009, representou 10,2%. Campo Grande apresentou correlação inversa seguindo a tendência do país de redução das referidas internações. As principais causas de internação por CSAP foram as gastroenterites infecciosas, deficiências nutricionais e asma. Os resultados sugeriram que o aumento da cobertura da ESF contribuiu para a queda nas taxas de internações por CSAP.

Cardoso et al. (2013) avaliaram a contribuição das internações por CSAP no perfil das admissões pelo sistema público de saúde, ocorridas em Divinópolis, Minas Gerais, Brasil, em 2011. A prevalência de internações por CSAP foi de 36,6% para a população geral; as faixas etárias de crianças e adolescentes (de zero a 19 anos) representaram 14% desse total. Os principais diagnósticos foram doenças do aparelho circulatório (38%) e respiratório (23%). Maior frequência de internações por CSAP foi encontrada no sexo feminino, nas faixas etárias menores de 13 anos e acima de 40 anos. Um terço das internações ocorreu na unidade de pronto atendimento, que atendeu mais da metade das hospitalizações por CSAP.

Evidenciou-se uma sobrecarga dos serviços de urgência em detrimento da atenção primária à saúde.

Melo e Egry (2014), em um estudo ecológico sobre os determinantes sociais das internações por CSAP em Guarulhos, São Paulo de 2008 a 2012, observaram uma trajetória crescente nas internações por CSAP (aumento de 20%). As hospitalizações por CSAP representaram 16% do total de hospitalizações (excluídos os nascimentos). As causas mais frequentes de internação para a população em geral foram insuficiência cardíaca, as doenças cerebrovasculares e a angina. Para as crianças, as hospitalizações ocorreram principalmente na faixa etária de menores de quatro anos, para ambos os gêneros. Nesta faixa etária, os meninos hospitalizaram mais que as meninas. Asma foi a causa principal para estas hospitalizações, seguida de doença pulmonar e pneumonia bacteriana. A faixa etária de 15 a 24 anos de idade apresentou o menor percentual de internações por CSAP e teve como principais diagnósticos: infecções nos rins e trato urinário, epilepsia e infecções da pele e tecido subcutâneo. As doenças relacionadas ao pré-natal e parto foram o motivo principal de internação por CSAP para as mulheres desta faixa etária. As elevadas taxas de hospitalização por CSAP em Guarulhos provaram a fragilidade do sistema ambulatorial, especialmente da Atenção Primária, que não conseguiu suprir as necessidades e demandas das pessoas, apesar de ser a porta de entrada para tratar as principais doenças que afetam a população. Entretanto, salientou-se a necessidade de extrapolar os limites biológicos e a oferta de recursos assistenciais, atentando para as determinações sociais do processo saúde-doença.

Konstantyner, Mais e Taddei (2015) estudaram os fatores associados às hospitalizações evitáveis de crianças menores de 2 anos de idade que participaram na pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher brasileira de 2006. A ocorrência de hospitalizações por CSAP foi de 11,8%. A maior taxa de hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária foi registrada nas macrorregiões Norte (16,6%) e Sul (14,7%). Entretanto, o maior número de casos internados ocorreu no Sudeste (40,1%) e no Nordeste (21,7%). Apesar de a taxa de hospitalização no Sudeste (11,2%) não ter ido das mais altas, nesta macrorregião, 4 de cada 10 crianças no Brasil foram hospitalizadas. Os fatores associados ao risco de internar por CSAP foram: sexo masculino, baixo nível socioeconômico, filhos de

mães menores de 20 anos de idade, não amamentação no peito na primeira hora de vida e hospitalização neonatal. Pneumonia, bronquite e diarreia foram as principais causas de hospitalização.

Prezotto, Chaves e Mathias (2015) realizaram um estudo de séries temporais do tipo ecológico, com dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS de 2000 a 2011, com a finalidade de descrever as internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de cinco anos, no Estado do Paraná. Do total das internações, 10,2% ocorreram por CSAP. Nas hospitalizações de crianças com idade entre um e dois anos, 12% ocorreram por CSAP, enquanto que para as crianças menores de um ano essa proporção foi menor, de 1,1%. Houve aumento das taxas de hospitalização por condições sensíveis em todos os grupos etários, principalmente em menores de um ano, em 50% das Regionais de Saúde. Pneumonias, gastroenterites e asma foram as principais causas de internação. As hospitalizações por pneumonias e gastroenterites, no total das hospitalizações, aumentaram. O aumento das internações revelou a necessidade de planejar ações de acesso à atenção primária e tratamento eficaz das principais condições sensíveis visando prevenir a hospitalização infantil.

Brasil e Dias da Costa (2016), em estudo ecológico, avaliaram a tendência das taxas de internações por CSAP no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, no período de 2001 a 2011. As taxas de internações por CSAP variaram de 830,2 em 2005 para 513,7 por 100 mil habitantes em 2011, correspondendo a uma diminuição de 38,1%. Os cinco grupos de agravos em saúde com taxas mais expressivas de internações por CSAP foram: pneumonias, doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica e diabetes melitus. O investimento financeiro e a expansão da Estratégia Saúde da Família foram acompanhados por reduções importantes nas taxas de internações por CSAP: na medida em que aumentavam os recursos, diminuía as hospitalizações. O aumento dos investimentos nos onze anos avaliados coincidiu com a expansão e consolidação da ESF em Florianópolis, de uma cobertura de 33,3% em 2001 até 89,3% no fim de 2011; ou seja, um crescimento observado próximo a três vezes, no período.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi realizado um estudo ecológico descritivo transversal das internações na rede pública de Porto Alegre de crianças e adolescentes (de 0 a 19 anos de idade) residentes em Porto Alegre, com diagnóstico principal de condições sensíveis à atenção primária à saúde no período de 2012 a 2014. O quadro 1 demonstra as causas de internação avaliadas no estudo.

Este trabalho teve como substrato de pesquisa os arquivos públicos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, SIH/SUS, no formato RD, disponíveis na página da internet do Departamento de Informática do SUS, DATASUS (BRASIL, 2015).

O SIH/SUS utiliza como principal instrumento de coleta de dados a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que apresenta dois modelos: (i) a AIH-1, ou Tipo Normal, para dados de identificação do paciente e registro do conjunto de procedimentos médicos e de serviços de diagnóstico realizados, e (ii) a AIH-5, ou Tipo Longa Permanência, para dados de pacientes crônicos ou psiquiátricos que necessitam de continuidade de tratamento (LESSA et al., 2000).

Para desenvolver o presente trabalho, foram utilizados os dados das AIH-1, ou tipo normal. As AIH-5, ou tipo longa permanência, não foram incluídas neste estudo.

A conferência dos dados foi realizada através de dois tabuladores disponibilizados pelo Ministério da Saúde: o sistema TabNET, que realiza cruzamentos de variáveis básicas diretamente na internet, e o TabWIN, que permite tabulações mais avançadas sobre os arquivos capturados.

Os coeficientes populacionais de internações e de óbitos hospitalares foram calculados a partir da média anual do período por 10.000 habitantes com base na projeção do Tribunal de Contas da União para os anos 2012 e 2011, aplicada para 2013. A análise dos dados foi realizada em Microsoft Excel®.

Como ferramentas de pesquisa para a revisão bibliográfica foram utilizadas bases de dados como o SCIELO, o Portal de Periódicos da CAPES, o PUBMED, o LILACS. As palavras-chave pesquisadas foram: atenção primária à saúde; sistemas de saúde; política de saúde; hospitalizações; sistema único de saúde; indicadores básicos de saúde.

Quadro 1 – Lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária - Brasil, 2008.

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

Fonte: Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008.

Os arquivos do SIH/SUS são de domínio público, disponíveis na internet e divulgados pelo Ministério da Saúde de forma a preservar a identidade dos sujeitos, garantindo a confidencialidade.

Cabe ressaltar que a pós-graduanda (aluna do curso de Especialização em Saúde Pública) e seu professor orientador não têm a declarar qualquer conflito de interesse.

4. RESULTADOS

No período de 2012 a 2014, foram registradas no Sistema Único de Saúde 33.610.036 internações de residentes no Brasil. Destas, 1.889.658 (5,6%) foram de crianças e adolescentes (de zero a dezenove anos) hospitalizados por condições sensíveis à Atenção Primária.

Os estados brasileiros com maior registro de internações por CSAP, em ordem decrescente, foram: São Paulo, Bahia, Pará, Minas Gerais, Maranhão, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Em São Paulo contabilizaram-se 254.721 internações (13,4% do total no país) e no Rio Grande do Sul, 100.173 (5,3%) internações.

Durante o período estudado, na rede pública hospitalar do país ocorreram 59.097 hospitalizações de crianças e adolescentes residentes de Porto Alegre, o que corresponde a 19,5% do número total de hospitalizações na cidade durante o mesmo período. Das internações de crianças e adolescentes, 18.745 (31,7%) ocorreram por CSAP. Estas hospitalizações foram principalmente dentro do Estado do Rio Grande do Sul (99,9%), e em Porto Alegre (18.660 internações ou 99,5%).

Ao considerar o sexo dos pacientes, verificou-se que 46,8% pertenciam ao feminino e 53,2% ao masculino e que houve uma mudança na proporção entre os sexos dos pacientes internados conforme a faixa etária. Nas faixas etárias de zero a um ano, de um a quatro anos e de cinco a nove anos de idade, a proporção de pacientes internados do sexo masculino foi maior em relação aos do sexo feminino e esta diferença foi diminuindo levemente com o avanço da idade. Na faixa dos dez aos catorze anos de idade, houve uma inversão nesta relação e as meninas passaram a hospitalizar em maior número. Na faixa etária dos quinze aos dezenove anos, a proporção de meninas internadas foi de 3:1 em relação aos meninos.

A faixa de menores de um ano de idade apresentou a maior ocorrência de internações por CSAP (45,8%), dividindo-se em 58,2% meninos e 41,8% meninas. A faixa etária de um a quatro anos representou 29,0% das internações e foi constituída em 53,7% pelo sexo masculino e 46,3% feminino. Dos cinco aos nove anos de idade, foram registradas 2.193 (11,7%) internações, correspondendo 52,3% aos

meninos e 47,7% às meninas. Na faixa etária dos dez aos catorze anos, ocorreram 6,6% das internações, 52,7% no sexo feminino. Neste grupo, verificou-se uma inversão na proporção, onde as meninas passaram a hospitalizar em maior número. Por último, entre os quinze e dezenove anos de idade, registraram-se 1.281 internações (6,8%), 965 (75,3%) do sexo feminino e 316 (24,7%) do sexo masculino.

No ano 2013, o número de internações para dez mil habitantes da população de zero a dezenove anos de idade foi de 168,7. Este coeficiente foi de 1.722,2 para menores de um ano de idade, enquanto na faixa etária de um a quatro anos o número foi de 289,9, quase seis vezes menor (isto é, os menores de um ano internaram quase seis vezes mais do que os pacientes de um a quatro anos de idade).

O grupo de menores de um ano de idade apresentou maior proporção de internações ao comparar com as demais faixas etárias e esta diferença foi incontestável. No grupo dos cinco aos nove anos de idade, o coeficiente populacional por dez mil habitantes foi de 85,6, ao passo que na faixa dos dez aos catorze foi 40,7 e no grupo dos quinze aos dezenove anos foi de 41,0.

Nas faixas etárias de menores de um ano, de um a quatro e de cinco a nove anos, os coeficientes populacionais mantiveram-se com valores mais elevados no sexo masculino e esta diferença entre os sexos foi diminuindo com o avanço da idade. No entanto, no grupo de dez a catorze anos, as meninas apresentaram coeficientes populacionais mais altos, com 43,4 por dez mil habitantes, enquanto nos meninos o coeficiente foi de 38,0. Na faixa dos quinze aos dezenove anos, a disparidade aumentou, com 61,8 para o sexo feminino e 20,2, no sexo masculino, (proporcionalmente, três vezes maior).

Os principais motivos de internação, de acordo com os grandes grupos de CSAP foram as doenças pulmonares (32,8%), asma (21,1%), e epilepsias (7,8%).

Na classificação por categoria CID-10, as doenças mais frequentes foram bronquiolite aguda (29,8%), asma (21,0%) e epilepsia (7,7%).

Os principais motivos de internação apresentaram algumas variações ao detalhar por faixa etária. A faixa de menores de um ano registrou como principais motivos de internação: doenças pulmonares (61,8%), asma (7,2%) e doenças relacionadas ao pré-natal e parto (6,3%). Na faixa etária de um a quatro anos, as causas de internação que predominaram foram asma (39,8%), doenças pulmonares (13,0%) e epilepsias (11,1%). Entre os indivíduos de cinco e nove anos de idade, os principais diagnósticos foram asma (40,7%), epilepsias (14,0%) e infecções da pele e tecido subcutâneo (13,6%). Na faixa dos dez aos catorze anos de idade predominaram as internações por asma (20,9%), infecção da pele e tecido subcutâneo (16,8%) e epilepsias (15,9%). Por último, a faixa de quinze a vinte anos de idade, teve como principais causas de internação: infecção no rim e trato urinário (30,9%), doenças relacionadas ao pré-natal e parto (18,3%) e doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos (9,8%).

Do total de internações por CSAP, 42 (0,2%) resultaram em óbito. Vinte e quatro foram no sexo feminino (57,1%) e dezoito no sexo masculino (42,9%). O percentual de óbitos hospitalares apresentou variações nas diferentes faixas etárias, de 0,2% na faixa de menores de um ano de idade; para 0,1% nas faixas de um a quatro anos e de cinco a nove anos; e 0,6% nas faixas de dez a catorze anos e de quinze a dezenove anos de idade. Assim, as últimas duas faixas etárias apresentaram a maior proporção de internações que resultaram em óbito.

Ao acrescentar a variável sexo, verificou-se que mais meninas foram ao óbito nas faixas etárias de menores de um ano, de cinco a nove e de dez a catorze anos. No grupo de um a quatro anos de idade, ocorreu o mesmo número de óbitos para ambos os sexos. Na faixa dos quinze aos dezenove anos, registraram-se maior número de óbitos de pacientes do sexo masculino.

Este padrão reiterou-se nos coeficientes populacionais de óbitos por milhão de habitantes para cada faixa etária no ano de 2013. Nos pacientes menores de um ano de idade foi 361, enquanto na faixa de um a quatro anos de idade, o coeficiente foi de 32, ou seja, dez vezes menor. Na faixa dos cinco aos nove anos de idade, ocorreu o menor número de óbitos, com 7,8 por milhão de habitantes. O grupo de

dez a catorze anos apresentou um coeficiente de 26,2 e a faixa de quinze a dezenove anos de idade, 25,6.

As diferenças entre os sexos não foram tão expressivas nos coeficientes populacionais em relação aos números absolutos, pois a população apresentou distribuição equilibrada. Ainda assim, observaram-se variações em relação à faixa etária, com predomínio de óbitos no sexo feminino nas faixas de zero a um ano e de um a quatro anos, que reincidiu no grupo de dez a catorze anos. O sexo masculino registrou 32 óbitos por milhão na faixa dos quinze aos dezenove anos de idade, quando o sexo feminino representou 19,2 óbitos por milhão.

As principais causas de internação que levaram ao óbito foram as pneumonias bacterianas (12 óbitos: 5 meninos e 7 meninas), seguidas da bronquiolite aguda (11 óbitos: 5 meninos e 6 meninas) e da insuficiência cardíaca (6 óbitos: 3 meninos e 3 meninas). Ao avaliar os óbitos em relação às CSAP, verificaram-se os motivos mais frequentes: doenças pulmonares, pneumonias bacterianas e insuficiência cardíaca.

Das internações, 885 (4,7%) utilizaram UTI e esta ocupação distribuiu-se em 489 (55,2%) pelo sexo masculino e 396 (44,7%) pelo sexo feminino. Os pacientes menores de um ano foram os que mais utilizaram UTI (6,6% das internações nesta faixa etária). As duas faixas etárias seguintes apresentaram uma queda na taxa de ocupação de UTI, com 2,6% no grupo de um a quatro anos, e de 2,5 % na faixa de cinco a nove anos. O grupo de dez a catorze anos, apresentou considerável aumento no uso de UTI, com 5,6%. Porém, na faixa dos quinze a dezenove anos de idade, houve novamente uma considerável queda no percentual de ocupação de UTI, para 4,1%.

As condições sensíveis à atenção básica que proporcionalmente promoveram maior utilização de UTI foram: doenças pulmonares (34,8%), asma (11,9%), pneumonias bacterianas (10,9%) e doenças relacionadas ao pré-natal e parto (10,9%).

Constatou-se que 4,9% das internações por doenças pulmonares acarretaram o uso de UTI. Esta proporção foi de 2,6% para as internações por asma, 8,4% para

as internações por pneumonias bacterianas e 12,1% para as internações por doenças relacionadas ao pré-natal e parto. As duas últimas CSAP mencionadas provocaram a mesma quantidade de ocupação de UTI, porém, proporcionalmente, as internações por doenças relacionadas ao pré-natal e parto necessitaram mais frequentemente do uso de UTI.

Das 42 internações que culminaram em óbitos, 31 (73,8%) fizeram utilização de UTI. Dos óbitos, a taxa de utilização de UTI foi de 83,3% no sexo masculino e 66,7% no sexo feminino. Nos óbitos de menores de um ano de idade, a proporção de uso de UTI foi 94,4% e na faixa de um a quatro anos, 66,7%. Nos dois óbitos que ocorreram na faixa dos cinco aos nove anos de idade, não houve utilização de UTI. Na faixa dos dez aos catorze anos, 75% dos óbitos foram com uso de UTI e na faixa dos quinze aos dezenove anos, 50%.

As internações por CSAP contabilizaram 107.215 dias de permanência. Destes, 56.894 para pacientes do sexo masculino e 50.321, do sexo feminino. Em média, cada internação durou 5,7 dias. A faixa etária de maior permanência foi a de menores de um ano de idade, com 6,8 dias, em média.

O valor total gasto para o período de 2012 a 2014 foi de R\$10.374.745,90. A faixa etária que gerou mais gastos foi a de menores de um ano, com R\$5.398.080,59; e a faixa de quinze a dezenove anos foi a que gerou menos gastos, com R\$638.465,81.

O valor médio pago por internação foi de R\$553,50. Os meninos da faixa etária dos quinze aos dezenove anos representaram o maior gasto por internação, com R\$774,10. Paradoxalmente, as meninas dessa faixa etária representaram o menor gasto por internação, com R\$408,10.

O valor médio pago por dia de internação foi de R\$96,77, variando de R\$94,88 para o sexo masculino a R\$98,90 para o sexo feminino. O valor mais alto por dia de internação deu-se na faixa etária de um a quatro anos, alcançando R\$106,15.

6. DISCUSSÃO

Konstantyner, Mais e Taddei (2015), a partir dos dados da pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher brasileira de 2006, observaram a ocorrência 11,8% de hospitalizações por CSAP em crianças menores de 2 anos de idade. A maior taxa de hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária foi registrada nas regiões Norte (16,6%) e Sul (14,7%).

O coeficiente de internações por CSAP registrado no presente estudo (5,6%) para crianças e adolescentes no Brasil foi menor em comparação com o dado fornecido por Konstantyner, Mais e Taddei (2015), com 11,8% em crianças menores de dois anos, no ano de 2006.

Valores semelhantes foram obtidos por Prezotto, Chaves e Mathias (2015), no Paraná, de 2000 a 2011, onde 10,2% das internações de crianças menores de cinco anos de idade ocorreram por CSAP. Campos e Theme-Filha (2012), em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, também obtiveram, coincidentemente, o mesmo percentual de hospitalizações por CSAP, que representaram 10,24% de todas as internações, abrangendo todas as faixas etárias, em 2009. Em Guarulhos, São Paulo, de 2008 a 2012, as internações por CSAP significaram 16% do total de hospitalizações no período (MELO e EGRY, 2014).

Por outro lado, os resultados do presente estudo apontaram, para as crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre no período de 2012 a 2014, taxas de internação por CSAP com valores elevados, chegando a representar 31,7% do total de hospitalizações.

Elevadas taxas de internações por CSAP foram evidenciadas por outros autores para outras regiões e períodos. Em Bagé, Rio Grande do Sul, no período de 2006 a 2007, 42,6% das internações foram por condições sensíveis à atenção primária (NEDEL et al., 2008). Em 2010, no Piauí, na população de menores de 5 anos, 60% das hospitalizações foram classificadas como CSAP (BARRETO, NERY e COSTA, 2012). Caldeira et al. (2011), em Montes Claros, Minas Gerais, constataram que 41,4% das hospitalizações decorreram de CSAP. No ano de 2011,

em Divinópolis, Minas Gerais, a proporção de internações por CSAP foi de 36,6% e as faixas etárias de crianças e adolescentes (de 0 a 19 anos) representaram 14% desse total (CARDOSO et al., 2013).

Neste estudo, a faixa etária de menores de um ano apresentou a maior ocorrência de internações por CSAP (45,8%), com 58,2% do sexo masculino e 41,8% do sexo feminino. Na faixa dos 10 a 14 anos de idade ocorreram 6,6% das internações e houve uma inversão na proporção entre os sexos: as meninas passaram a hospitalizar em maior número. A faixa etária dos 15 a 19 anos registrou 6,8% das internações por CSAP. Neste grupo, a proporção de meninas internadas foi três vezes maior que a de meninos internados (75,3% e 24,7%, respectivamente).

Melo e Egry (2014), em um estudo em Guarulhos, São Paulo, verificaram, no período de 2008 a 2012, que as hospitalizações de crianças ocorreram principalmente na faixa etária de menores de quatro anos, para ambos os gêneros. Nesta faixa etária, os meninos hospitalizaram mais que as meninas. A faixa etária de 15 a 24 anos de idade apresentou o menor percentual de internações por CSAP.

Apesar da existência de diferentes listas de condições sensíveis em diferentes países, o agrupamento de causas que geralmente leva à hospitalização de crianças é universal.

A literatura consultada apontou como principais causas de internações por condições sensíveis à atenção primária, em crianças e em adolescentes, as doenças respiratórias (FERRER, SUCUPIRA e GRISI, 2010; CALDEIRA et al., 2011; OLIVEIRA, COSTA e MATHIAS, 2012; MELO e EGRY, 2014; KONSTANTYNER, MAIS e TADDEI, 2015; PREZOTTO, CHAVES e MATHIAS, 2015; BRASIL e DIAS DA COSTA, 2016), as gastroenterites e as infecções originadas no período perinatal (FERRER, SUCUPIRA e GRISI, 2010; CALDEIRA et al., 2011; OLIVEIRA, et al., 2012; KONSTANTYNER, MAIS e TADDEI, 2015; PREZOTTO, CHAVES e MATHIAS, 2015). No presente estudo, as principais causas de internação, de acordo com os grandes grupos de CSAP, foram doenças pulmonares e asma, seguidas por epilepsias e gastroenterites.

No corrente estudo, constatou-se, para o ano 2013, que o número de internações para dez mil habitantes da população de zero a dezenove anos de idade foi de 168,7. Este coeficiente foi de 1.722,2 para menores de um ano de idade, enquanto na faixa etária de um a quatro anos o número foi de 289,9, quase seis vezes menor. O grupo de menores de um ano de idade apresentou maior proporção de internações ao comparar com as demais faixas etárias, e esta diferença foi incontestável.

Em 2010, no Piauí, as taxas de internação hospitalar, por 10 mil habitantes, encontradas por CSAP, foram consideradas altas: 859,7 para menores de 1 ano, 559,6 para crianças de 1 a 4 anos e 616,4 para menores de 5 anos em geral (BARRETO, NERY e COSTA, 2012).

Lactentes são mais susceptíveis às doenças de modo geral e, quando doentes, geram maiores preocupações para suas famílias e mesmo para os profissionais de saúde, que ficam mais predispostos a recomendarem a hospitalização. As internações por CSAP para este grupo etário podem denotar acesso limitado aos serviços de saúde. Esse aspecto implicaria em agravamento ou complicações de quadros clínicos banais. Por outro lado, o resultado pode significar também dificuldades de manejo de condições clínicas em crianças mais jovens pelos profissionais da atenção primária (CALDEIRA et al., 2011).

No presente estudo, do total de internações por CSAP, 42 resultaram em óbito (0,2%). As principais causas de internação que levaram ao óbito foram: pneumonias bacterianas, bronquiolite aguda e insuficiência cardíaca.

Em estudo no Piauí, as afecções perinatais figuraram como o principal grupo de causas de óbitos neonatais no Brasil e representaram, principalmente, problemas relacionados com a qualidade da assistência pré-natal, atribuição da ESF, mas também ao parto e neonato, de competência dos serviços hospitalares (BARRETO, NERY e COSTA, 2012).

No presente estudo, as CSAP que proporcionalmente mais utilizaram UTI foram: doenças pulmonares, asma, pneumonias bacterianas e doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Das internações que culminaram em óbitos, 73,8% fizeram utilização de UTI. Dos óbitos, a taxa de utilização de UTI foi de 83,3% no sexo masculino e 66,7% no sexo feminino. Nos óbitos de menores de um ano de idade, a proporção de uso de UTI foi 94,4%. Na faixa dos dez aos catorze anos, 75% dos óbitos foram com uso de UTI e na faixa dos quinze aos dezoito anos, 50%.

A literatura consultada, no entanto, não fez menção à utilização de UTI nas internações por condições sensíveis à atenção primária. Este motivo impossibilitou a discussão desses dados.

As internações por CSAP contabilizaram 107.215 dias de permanência. Em média, cada internação durou 5,7 dias. A faixa etária de maior permanência foi a de menores de um ano de idade, com 6,8 dias, em média.

O valor total gasto para o período de 2012 a 2014 foi de R\$10.374.745,90. A faixa etária que gerou mais gastos foi a de menores de um ano, com R\$5.398.080,59; e a faixa de quinze a dezoito anos foi a que gerou menos gastos, com R\$638.465,81.

O valor pago por internação foi de R\$553,50. Os meninos da faixa etária dos quinze aos dezoito anos representaram o maior gasto por internação, com R\$774,10. Paradoxalmente, as meninas dessa faixa etária representaram o menor gasto por internação, com R\$408,10.

Brasil e Dias da Costa (2016), em estudo Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, no período de 2001 a 2011 verificaram que o investimento financeiro e a expansão da Estratégia Saúde da Família foram acompanhados por reduções importantes nas taxas de internações por CSAP.

A hospitalização infantil é, seguramente, um evento complexo, que muitas vezes decorre de uma assistência fragmentada e pontual. O Ministério da Saúde propõe atenção integral à saúde com abordagem de múltiplos aspectos que incluem a promoção e a recuperação da saúde, além da prevenção da doença.

A atenção primária oferecida por equipes de saúde da família pode resultar em melhores indicadores de saúde infantil (CARDOSO et al., 2013). Mas é preciso considerar para a ESF que o contexto de sua implantação e as condições sociais podem interferir nos resultados das equipes (CALDEIRA et al., 2011).

O uso da proporção de hospitalizações por CSAP como um indicador de qualidade da atenção primária não está isento de limitações. Deve-se ponderar a cultura do uso dos serviços de saúde pela população, a política de internação hospitalar, a morbidade e prevalência da patologia, os fatores relacionados à hospitalização que estão fora do âmbito da atenção primária (por exemplo, nível de escolaridade) e os critérios para considerar uma patologia “sensível” ou não, que podem ser tão subjetivos quanto baseados em evidências científicas (CALDEIRA et al., 2011).

As CSAP não avaliam determinantes pessoais da condição clínica do paciente ou a qualidade do ato médico que leva à hospitalização, mas o resultado de políticas e ações executadas frente a tais problemas de saúde (NEDEL et al., 2008).

O presente estudo foi desenvolvido com base na proporção de internações por condições sensíveis, o que não permite inferência sobre o risco de internar por tais condições. Assim, as associações observadas devem ser assumidas como variáveis associadas para a população hospitalizada e não para a população em risco de hospitalização (NEDEL et al., 2010). Tal distinção é necessária porque, muito provavelmente, a população estudada apresenta um viés de seleção com sobre-representação de pessoas com exposições a maiores riscos e em piores condições de saúde do que a população geral (CALDEIRA et al., 2011).

A delimitação da pesquisa às hospitalizações do SUS não possibilita a generalização dos dados, embora seja reconhecido o fato de que as crianças de

melhores níveis socioeconômicos raramente são internadas (CALDEIRA et al., 2011).

As hospitalizações por CSAP também podem ocorrer nos serviços privados, contudo, historicamente, a qualidade da atenção primária tem sido uma preocupação maior nos serviços públicos (CARDOSO et al., 2013).

As internações ocorridas nas unidades de pronto atendimento não podem ser incluídas no estudo, pois não exigem uma autorização de internação hospitalar e não entram nas estatísticas oficiais do Ministério da Saúde, disponibilizadas no banco do DATASUS (CARDOSO et al., 2013).

Frequentemente a família do paciente procura espontaneamente os serviços hospitalares de pronto-socorro por avaliarem tais serviços como mais resolutivos. A observação das principais causas de internações evidencia que quase sempre se tratam de condições agudas e o registro de que o profissional que solicitou a hospitalização foi o médico do pronto-socorro (CALDEIRA et al., 2011).

Deste modo, emergem questionamentos sobre o acesso e efetividade dos serviços de atenção primária e também sobre a política de internação dos hospitais, a oferta de leitos pediátricos e a rede de referência adotada pela população.

Avaliar o impacto do modelo de cuidado vigente é um tema de grande relevância e necessidade. A utilização do índice de internações por CSAP é uma valiosa ferramenta no monitoramento e avaliação da atenção primária em saúde, para auxiliar os gestores na tomada de decisão, para implantação de melhorias de programas e serviços em saúde (CARDOSO et al., 2013).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No período de 2012 a 2014, as internações por CSAP representaram 31,7% do total de internações de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre. As principais causas foram doenças pulmonares, asma e epilepsias.

No ano 2013, o número de internações para dez mil habitantes da população de zero a dezenove anos de idade foi de 168,7. Como esperado, o maior coeficiente de internações por CSAP foi constatado no grupo de menores de um ano de idade, com 1.722,2 por dez mil habitantes.

Até os nove anos de idade, a proporção de pacientes internados do sexo masculino foi maior em relação aos do sexo feminino e esta diferença foi diminuindo com o avanço da idade. A partir dos dez anos, as meninas passaram a hospitalizar em maior número; e no grupo dos quinze aos dezenove anos, a proporção de meninas internadas foi de 3:1 em relação aos meninos.

As internações por CSAP contabilizaram 107.215 dias de permanência. Destes, 56.894 para pacientes do sexo masculino e 50.321, do sexo feminino. Em média, cada internação durou 5,7 dias. A faixa etária de maior permanência foi a de menores de um ano de idade, com 6,8 dias, em média.

Do total de internações por CSAP, 42 resultaram em óbito (0,2%). Vinte e quatro foram no sexo feminino (57,1%) e dezoito no sexo masculino (42,9%).

Das internações, 885 utilizaram UTI (4,7%), e os pacientes menores de um ano foram os que mais utilizaram (6,6% das internações nesta faixa etária). As condições sensíveis à atenção básica que proporcionalmente promoveram maior utilização de UTI foram: doenças pulmonares, asma, pneumonias bacterianas e doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

O valor total gasto para o período de 2012 a 2014 foi de R\$10.374.745,90. A faixa etária que gerou mais gastos foi a de menores de um ano, com

R\$5.398.080,59. O valor pago por internação foi de R\$553,50 e por dia de internação foi de R\$96,77.

Os resultados evidenciam a necessidade de aprofundar a reflexão sobre os determinantes das hospitalizações por causas evitáveis. As internações por condições sensíveis, isoladamente, não são suficientes para avaliar a atenção primária. Entretanto, permitem pensar a organização da rede de saúde, em busca dos princípios de integralidade, acessibilidade, universalidade e intersetorialidade.

As informações apresentadas poderão ser utilizadas pelos profissionais da atenção primária no desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica, bem como na cooperação entre profissionais, gestores e a comunidade, com vistas a melhorar a abordagem específica de alguns problemas de saúde responsáveis por um grande contingente de internações.

Estudos futuros poderiam identificar espaços para o aprimoramento da atenção primária à saúde em Porto Alegre. Isto poderia resultar em menor sofrimento para a população, assim como em menores gastos em procedimentos de alta complexidade e na otimização dos recursos disponíveis.

A situação atual da saúde da criança é considerada incompatível com o nível de desenvolvimento econômico e tecnológico alcançado no país. Faz-se necessário aumentar o compromisso social do Estado e da sociedade com a qualidade de vida de suas crianças. Assim, torna-se essencial a adoção de políticas públicas que ampliem o acesso a bens e serviços e, simultaneamente, os investimentos em educação e geração de emprego para as famílias, a fim de que a eficácia dessas políticas seja duradoura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira 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.

BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526, 2012.

BENGUIGUI, Yehuda et al. **Ações de saúde materno-infantil a nível local:** segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância. Organização Pan-Americana da Saúde(OPAS).Washington,1997.283 f.

BILLINGS, John et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Aff**, Millwood, v. 12, n. 1, p. 162-173, 1993.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, 05 out. 1988. Seção 191, p.1

BRASIL, Governo Federal et al. **Lei nº 8080**, 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, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. **Lei nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p.25694.

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, 27 ago. 1990c. Seção 1, p. 18551.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1997. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância:** curso de capacitação: introdução: módulo 1. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2004. 80 f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221**, de 17 de abril 2008. Define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis da Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 abril 2008. Seção 1, 70 f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2010, 132 f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2488**, 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, 21 out 2011. Seção 1, 7f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1130**, de 5 de agosto 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 agosto 2015. Seção 1, p.38.

BRASIL, V. P.; DIAS DA COSTA, J. S. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina – estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 75-84, 2016.

CALDEIRA, Antônio Prates et al. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Ver. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n. 1, p. 61-71, 2011.

CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012.

CARDOSO, Clareci Silva et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Rev. Panam. Salud Públ.**, Washington, v. 34, n. 4, p. 227-234, 2013.

CASANOVA, C.; STARFIELD, B. Hospitalizations of children and acces to primary care: a cross-national comparison. **International Journal of Health Service**, New York, v. 25, n. 2, p. 283-294, abr-jun. 1995.

FERRER, A. P. S.; SUCUPIRA, A. C. S. L.; GRISI, S. J. F. E. Causes of hospitalization among children ages zero to nine years old in the city of São Paulo, Brazil. **Clinics**, São Paulo, v. 65, n. 1, p. 35-44, 2010.

KONSTANTYNER, T.;MAIS, L. A.; TADDEI, J. A. A. C. Factors associated with avoidable hospitalisation of children younger than 2 years old: the 2006 Brazilian National Demographic Health Survey. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 14, n. 1, p. 69, 2015.

LEITE, A. J. M.; CUNHA, A. J. L. A.; VICTORA, C. G. Epidemiologia da saúde da criança. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 343-354.

LESSA, Fábio José Delgado et al. Novas metodologias para vigilância epidemiológica: uso do Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 3-19, 2000.

MAFRA, Fábio. **O impacto da Atenção Básica em Saúde em Indicadores de Internação Hospitalar no Brasil**. 2010. 129 f. Dissertação (Mestrado em Regulação e Gestão de Negócios) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da informação e Documentação, Universidade de Brasília, Brasília.

MELO, M. D.; EGRY, E. Y. Determinantes sociais das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos, São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 133-140, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. 2002. 89 f. Monografia -Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza.

NEDEL, Fúlvio Borges et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-1052, 2008.

NEDEL, Fúlvio Borges et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 61-75, 2010.

OLIVEIRA, R. R.; COSTA, J. R.; MATHIAS, T. A. F. Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 08, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelo de atenção à saúde no Brasil. In: SECRETARIA DE SAÚDE. Escola Estadual de Saúde Pública. **Coletânea de Textos Utilizados no Estágio de Vivência no SUS**. Salvador: Secretaria da Saúde, 2008.p. 88-115.

PINA, Juliana Coelho et al. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 142-148, 2009.

PRATA, P.R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 168-175, 1992.

PREZOTTO, K. H.; CHAVES, M. M. N.; MATHIAS, T. A. F. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm.USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 44-53, 2015.

QUEIROZ, M. V. O.; RIBEIRO, E. M. V.; PENNAFORT, V. P. S. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 291-299, 2010.

RIZZA, Paolo et al. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. **BMC Health Services Research**, London, v. 7, n. 1, p. 134-141, 2007.

SOUZA, L. L.; DIAS DA COSTA, J. S. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 765-772, 2011.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TOSO, Beatriz Rosâna Gonçalves de Oliveira. **Resolutividade do cuidado à saúde das crianças menores de cinco anos hospitalizadas por causas sensíveis a atenção básica**. 2011. 373 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

APÊNDICE

Tabela 1. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo faixa etária e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
<1a	4.996	3.591	8.587
1-4a	2.926	2.518	5.444
5-9a	1.148	1.045	2.193
10-14a	587	653	1.240
15-19a	316	965	1.281
Total	9.973	8.772	18.745

Tabela 2. Projeção da população residente em Porto Alegre (RS) segundo faixa etária e sexo, para 2013.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
<1a	8.358	8.262	16.620
1-4a	31.800	30.794	62.594
5-9a	43.619	41.797	85.417
10-14a	51.498	50.116	101.614
15-19a	52.150	52.035	104.186
20-24a	58.571	60.256	118.826
25-29a	63.822	67.471	131.293
30-34a	56.521	61.588	118.109
35-39a	46.826	51.349	98.174
40-44a	42.982	50.048	93.030
45-49a	44.985	55.219	100.205
50-54a	41.965	53.091	95.055
55-59a	34.991	46.291	81.282
60-64a	27.032	37.748	64.781
65-69a	19.216	28.462	47.677
70-74a	14.137	23.092	37.228
75-79a	10.072	18.767	28.839
80e+a	10.126	24.828	34.954
Ignorado	0	0	0
Total	658.672	761.213	1.419.884

Nota: a partir dos dados TCU 2012/2011.

Tabela 3. Coeficientes populacionais (/10.000hab./ano) relativos às internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo faixa etária e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
<1a	1.992,6	1.448,7	1.722,2
1-4a	306,7	272,6	289,9
5-9a	87,7	83,3	85,6
10-14a	38,0	43,4	40,7
15-19a	20,2	61,8	41,0
Total	177,4	159,8	168,7

Tabela 4. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (CSAP) na rede pública segundo diagnóstico principal e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

CSAP	Masculino	Feminino	Total
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	228	240	468
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	617	564	1.181
3. Anemia	14	9	23
4. Deficiências nutricionais	31	39	70
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	397	332	729
6. Pneumonias bacterianas	604	543	1.147
7. Asma	2.222	1.743	3.965
8. Doenças pulmonares	3.744	2.418	6.162
9. Hipertensão	7	4	11
10. Angina	0	0	0
11. Insuficiência cardíaca	24	31	55
12. Doenças cerebrovasculares	13	14	27
13. Diabetes melitus	79	84	163
14. Epilepsias	782	688	1.470
15. Infecção no rim e trato urinário	276	885	1.161
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	652	489	1.141
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	138	138
18. Úlcera gastrointestinal	19	18	37
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	264	533	797
Total	9.973	8.772	18.745

Tabela 5. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo diagnóstico principal CID-10 e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Diagnóstico CID-10 (categoria)	Masculino	Feminino	Total
A00 Cólera	1	1	2
A01 Febres tifoide e paratifoide	1	0	1
A02 Outras infecções p/Salmonella	2	2	4
A03 Shigelose	6	2	8
A04 Outras infecções intestinais bacterianas	163	167	330
A05 Outras intoxicações alimentares bacterianas NCOP	0	1	1
A07 Outras doenças intestinais p/protozoários	0	1	1
A08 Infecções intestinais virais outras e as NE	100	111	211
A09 Diarreia e gastroenterite originadas por infecções presumidas	233	191	424
A15 Tuberculose respiratória c/confirmação bacteriológica e histológica	28	37	65
A16 Tuberculose respiratória s/confirmação bacteriológica e histológica	1	1	2
A17 Tuberculose do sistema nervoso	2	0	2
A18 Tuberculose de outros órgãos	4	1	5
A19 Tuberculose miliar	3	1	4
A35 Outros tipos de tétano	1	0	1
A37 Coqueluche	94	108	202
A46 Erisipela	18	6	24
A50 Sífilis congênita	264	279	543
A51 Sífilis precoce	0	3	3
A52 Sífilis tardia	5	3	8
A53 Outras formas e as NE da sífilis	61	58	119
B05 Sarampo	1	2	3
B06 Rubéola	1	0	1
B26 Caxumba	6	2	8
B77 Ascariíase	17	18	35
D50 Anemia p/deficiência de ferro	14	9	23
E10 Diabetes mellitus insulino-dependente	58	52	110
E11 Diabetes mellitus não-insulino-dependente	7	2	9
E13 Outros tipos específicos de diabetes mellitus	0	1	1
E14 Diabetes mellitus NE	14	29	43
E43 Desnutrição proteico-calórica grave NE	5	4	9
E44 Desnutrição proteico-calórica grau moderada a leve	6	8	14
E45 Atraso desenvolvimento devido a desnutrição proteico-calórica	0	3	3
E46 Desnutrição proteico-calórica NE	20	24	44
E86 Depleção de volume	111	88	199
G40 Epilepsia	775	682	1.457
G41 Estado de mal epiléptico	7	6	13
H66 Otite média supurativa e as NE	33	46	79
I00 Febre reumática s/menção de comprometimento do coração	1	3	4
I01 Febre reumática c/comprometimento do coração	1	2	3
I02 Coreia reumática	2	1	3
I10 Hipertensão essencial	6	2	8
I11 Doença cardíaca hipertensiva	1	2	3
I50 Insuficiência cardíaca	24	30	54

I63	Infarto cerebral	2	5	7
I64	Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico isquêmico	6	6	12
I67	Outras doenças cerebrovasculares	2	2	4
I69	Sequelas de doenças cerebrovasculares	3	1	4
J01	Sinusite aguda	2	3	5
J03	Amigdalite aguda	18	30	48
J06	Infecções agudas das vias aéreas superiores loc mult NE	344	253	597
J13	Pneumonia dev Streptococcus pneumoniae	34	17	51
J14	Pneumonia dev Haemophilus influenzae	1	0	1
J15	Pneumonia bacteriana NCOP	562	523	1.085
J18	Pneumonia p/microrganismos NE	7	3	10
J20	Bronquite aguda	1	0	1
J21	Bronquiolite aguda	3.409	2.185	5.594
J40	Bronquite NE como aguda ou crônica	15	5	20
J41	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	4	2	6
J42	Bronquite crônica NE	8	1	9
J43	Enfisema	1	1	2
J44	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	298	218	516
J45	Asma	2.215	1.739	3.954
J46	Estado de mal asmático	7	4	11
J47	Bronquectasia	8	6	14
J81	Edema pulmonar NE de outras formas	0	1	1
K25	Úlcera gástrica	4	1	5
K26	Úlcera duodenal	2	0	2
K27	Úlcera péptica de localização NE	1	0	1
K92	Outras doenças do aparelho digestivo	12	17	29
L01	Impetigo	76	67	143
L02	Abscesso cutâneo furúnculo e antraz	165	155	320
L03	Celulite	377	249	626
L04	Linfadenite aguda	3	3	6
L08	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	13	9	22
N10	Nefrite túbulo-intersticial aguda	53	163	216
N11	Nefrite túbulo-intersticial crônica	30	115	145
N12	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	0	4	4
N30	Cistite	24	59	83
N34	Uretrite e síndrome uretral	0	2	2
N39	Outros transtornos do trato urinário	169	542	711
N70	Salpingite e ooforite	0	34	34
N73	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	0	84	84
N75	Doença da glândula de Bartholin	0	19	19
N76	Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	0	1	1
O23	Infecção do trato geniturinário na gravidez	0	254	254
Total		9.973	8.772	18.745

Tabela 6. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (CSAP) na rede pública segundo grupos de diagnóstico principal e faixa etária, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

CSAP	<1a	1-4a	5-9a	10-14a	15-19a
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	295	68	25	30	50
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	323	515	180	92	71
3. Anemia	12	9	0	0	2
4. Deficiências nutricionais	44	16	1	4	5
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	318	235	90	63	23
6. Pneumonias bacterianas	316	452	171	129	79
7. Asma	620	2.169	893	260	23
8. Doenças pulmonares	5.313	710	67	41	31
9. Hipertensão	0	0	2	6	3
10. Angina	0	0	0	0	0
11. Insuficiência cardíaca	14	9	11	6	15
12. Doenças cerebrovasculares	3	3	2	8	11
13. Diabetes melitus	1	10	22	57	73
14. Epilepsias	294	605	308	198	65
15. Infecção no rim e trato urinário	349	202	115	99	396
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	139	430	299	209	64
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0	3	9	126
18. Úlcera gastrointestinal	3	11	4	10	9
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	543	0	0	19	235
Total	8.587	5.444	2.193	1.240	1.281

Tabela 7. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo ocorrência ou não de óbito e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Óbitos	Masculino	Feminino	Total
Com óbito	18	24	42
Sem óbito	9.955	8.748	18.703
Total	9.973	8.772	18.745

Tabela 8. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo ocorrência ou não de óbito e faixa etária, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Óbitos	<1a	1-4a	5-9a	10-14a	15-19a	Total
Com óbito	18	6	2	8	8	42
Sem óbito	8.569	5.438	2.191	1.232	1.273	18.703
Total	8.587	5.444	2.193	1.240	1.281	18.745

Tabela 9. Óbitos nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (CSAP) na rede pública segundo faixa etária e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
<1a	8	10	18
1-4a	3	3	6
5-9a	0	2	2
10-14a	2	6	8
15-19a	5	3	8
Total	18	24	42

Tabela 10. Óbitos nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (CSAP) na rede pública segundo grupos de diagnóstico principal e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

CSAP	Masculino	Feminino	Total
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	1	2	3
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	1	1	2
3. Anemia	0	0	0
4. Deficiências nutricionais	0	0	0
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0	0
6. Pneumonias bacterianas	5	7	12
7. Asma	0	1	1
8. Doenças pulmonares	6	7	13
9. Hipertensão	0	0	0
10. Angina	0	0	0
11. Insuficiência cardíaca	3	3	6
12. Doenças cerebrovasculares	2	0	2
13. Diabetes melitus	0	0	0
14. Epilepsias	0	0	0
15. Infecção no rim e trato urinário	0	0	0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	0	0	0
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0	0
18. Úlcera gastrointestinal	0	1	1
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	2	2
Total	18	24	42

Tabela 11. Óbitos nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo grupos de diagnóstico principal e faixa etária, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

CSAP	<1a	1-4 ^a	5-9a	10-14a	15-19a
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	0	0	0	2	1
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	1	1	0	0	0
3. Anemia	0	0	0	0	0
4. Deficiências nutricionais	0	0	0	0	0
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0	0	0	0
6. Pneumonias bacterianas	2	1	1	4	4
7. Asma	0	0	0	0	1
8. Doenças pulmonares	10	2	0	1	0
9. Hipertensão	0	0	0	0	0
10. Angina	0	0	0	0	0
11. Insuficiência cardíaca	3	1	1	0	1
12. Doenças cerebrovasculares	0	1	0	0	1
13. Diabetes melitus	0	0	0	0	0
14. Epilepsias	0	0	0	0	0
15. Infecção no rim e trato urinário	0	0	0	0	0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	0	0	0	0	0
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0	0	0	0
18. Úlcera gastrointestinal	0	0	0	1	0
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	2	0	0	0	0
Total	18	6	2	8	8

Tabela 12. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo sexo e utilização ou não de UTI, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Sexo	Sim	Não	Total
Masculino	489	9.484	9.973
Feminino	396	8.376	8.772
Ignorado	0	0	0
Total	885	17.860	18.745

Tabela 13. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo faixa etária e utilização ou não de UTI, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Faixa etária	Sim	Não	Total
<1a	567	8.020	8.587
1-4a	141	5.303	5.444
5-9a	55	2.138	2.193
10-14a	69	1.171	1.240
15-19a	53	1.228	1.281
Total	885	17.860	18.745

Tabela 14. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (CSAP) na rede pública segundo grupos de diagnóstico principal e utilização ou não de UTI, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

CSAP	Sim	Não	Total
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	51	417	468
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	26	1.155	1.181
3. Anemia	2	21	23
4. Deficiências nutricionais	3	67	70
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	10	719	729
6. Pneumonias bacterianas	97	1.050	1.147
7. Asma	106	3.859	3.965
8. Doenças pulmonares	308	5.854	6.162
9. Hipertensão	0	11	11
10. Angina	0	0	0
11. Insuficiência cardíaca	20	35	55
12. Doenças cerebrovasculares	6	21	27
13. Diabetes melitus	51	112	163
14. Epilepsias	73	1.397	1.470
15. Infecção no rim e trato urinário	16	1.145	1.161
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	11	1.130	1.141
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	138	138
18. Úlcera gastrointestinal	8	29	37
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	97	700	797
Total	885	17.860	18.745

Tabela 15. Óbitos nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo sexo e utilização ou não de UTI, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Sexo	Sim	Não	Total
Masculino	15	3	18
Feminino	16	8	24
Ignorado	0	0	0
Total	31	11	42

Tabela 16. Óbitos nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo faixa etária e utilização ou não de UTI, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Faixa etária	Sim	Não	Total
<1a	17	1	18
1-4a	4	2	6
5-9a	0	2	2
10-14a	6	2	8
15-19a	4	4	8
Total	31	11	42

Tabela 17. Óbitos nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (CSAP) na rede pública segundo grupos de diagnóstico principal e utilização ou não de UTI, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

CSAP	Sim	Não	Total
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	1	2	3
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	2	0	2
3. Anemia	0	0	0
4. Deficiências nutricionais	0	0	0
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0	0
6. Pneumonias bacterianas	7	5	12
7. Asma	1	0	1
8. Doenças pulmonares	11	2	13
9. Hipertensão	0	0	0
10. Angina	0	0	0
11. Insuficiência cardíaca	5	1	6
12. Doenças cerebrovasculares	1	1	2
13. Diabetes melitus	0	0	0
14. Epilepsias	0	0	0
15. Infecção no rim e trato urinário	0	0	0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	0	0	0
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0	0
18. Úlcera gastrointestinal	1	0	1
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	2	0	2
Total	31	11	42

Tabela 18. Dias de permanência nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo faixa etária e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
<1a	33.536	24.660	58.196
1-4a	12.962	11.547	24.509
5-9a	5.122	4.986	10.108
10-14a	3.125	3.844	6.969
15-19a	2.149	5.284	7.433
Total	56.894	50.321	107.215

Tabela 19. Valor total pago (R\$) nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo faixa etária e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
<1a	2.961.990,97	2.436.089,62	5.398.080,59
1-4a	1.356.997,03	1.244.666,50	2.601.663,53
5-9a	522.137,50	483.641,82	1.005.779,32
10-14a	312.204,35	418.552,30	730.756,65
15-19a	244.616,81	393.849,00	638.465,81
Total	5.397.946,66	4.976.799,24	10.374.745,90

Tabela 20. Valor médio pago (R\$) nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo faixa etária e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
<1a	592,9	678,4	628,6
1-4a	463,8	494,3	477,9
5-9a	454,8	462,8	458,6
10-14a	531,9	641,0	589,3
15-19a	774,1	408,1	498,4
Total	541,3	567,4	553,5

Tabela 21. Valor médio pago por dia (R\$) nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública segundo faixa etária e sexo, de crianças e adolescentes residentes em Porto Alegre (RS), 2012-2014.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
<1a	88,32	98,79	92,76
1-4a	104,69	107,79	106,15
5-9a	101,94	97,00	99,50
10-14a	99,91	108,88	104,86
15-19a	113,83	74,54	85,90
Total	94,88	98,90	96,77

Bianca Giovanna Menna Ruiz Diaz

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2007), especialização em Ortodontia pela FAMOSP (2015) e especialização em Prótese Dentária pela Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic (2011). Atualmente é Cirurgiã-dentista do Instituto Municipal Estratégia Saúde da Família em Porto Alegre.

Iniciou sua trajetória profissional realizando atendimento de pacientes na clínica geral, aplicando procedimentos das principais especialidades odontológicas. Com o tempo, foi sentindo a necessidade de aprimorar recursos e técnicas para tratar melhor de seus pacientes e ampliar seu campo de atuação.

Entende que o trabalho na área da saúde oportuniza interferir positivamente na vida das pessoas. Uma melhor compreensão do processo saúde-doença se faz necessária para efetivamente agir em prol do ser humano. Foi esse um dos motores que a direcionou para o setor público.