



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

ISADORA RADEKE MASCARENHAS

**TENDÊNCIA DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS**

CAMPO GRANDE - MS

2025

ISADORA RADEKE MASCARENHAS

**TENDÊNCIA DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS
À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado como requisito parcial para
conclusão da Residência Multiprofissional em
Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ, de Mato
Grosso do Sul.

Orientador (a): Dra. Elen Ferraz Teston

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

CAMPO GRANDE - MS

2025

SESAU/FIOCRUZ

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

Tendência das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil e Fatores Associados

Resumo

Este estudo analisou a tendência temporal e a distribuição regional das taxas de ICSAP nas regiões brasileiras e investigou a associação com a cobertura da ESF, indicadores socioeconômicos, demográficos e estruturais. Trata-se de um estudo ecológico de séries temporais baseado em dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, integrados a indicadores socioeconômicos, demográficos e estruturais da Atenção Primária. Identificou-se redução anual média de 4,0% nas taxas de ICSAP no período, com queda adicional em 2020, possivelmente relacionada às mudanças no padrão de utilização dos serviços durante a pandemia de COVID-19. Apesar da tendência nacional de declínio, persistiram importantes desigualdades regionais, com maiores taxas nas regiões Norte e Nordeste. No modelo ajustado, maior cobertura da Estratégia Saúde da Família manteve associação negativa com as ICSAP, enquanto renda per capita, desigualdade de renda e maior proporção de idosos associaram-se a taxas mais elevadas. Os achados reforçam a relevância da Atenção Primária na redução de hospitalizações evitáveis e indicam que políticas enfrentamento das ICSAP precisam considerar, de forma integrada, a organização dos serviços, as desigualdades socioeconômicas e o envelhecimento populacional .

Palavras-chave

Atenção Primária à Saúde; Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária; Desigualdades em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Hospitalizações Evitáveis

Abstract

This study examined temporal trends and factors associated with hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions (ACSC) in Brazil from 2015 to 2024. An ecological time-series design was applied, using SIH/SUS data integrated with socioeconomic, demographic, and primary care structural indicators. A consistent annual reduction of 4% in ACSC rates was observed, with an additional decline in 2020, possibly reflecting

changes in service use during the COVID-19 pandemic. Despite this overall decrease, marked regional disparities persisted, particularly in the North and Northeast. Higher Family Health Strategy coverage and greater availability of health professionals—especially nurses—were associated with lower hospitalization rates. Conversely, income inequality, lower human development, and population aging were linked to increased ACSC. These findings highlight the central role of primary health care in preventing avoidable hospitalizations and underscore the need for intersectoral policies capable of reducing regional inequities and strengthening system performance

Keywords

Primary health care, ambulatory care-sensitive conditions,

Introdução

As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) constituem um importante indicador do desempenho dos sistemas de saúde, especialmente no que se refere à efetividade, ao acesso e à qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS). No contexto brasileiro, a lista de ICSAP foi formalmente definida pelo Ministério da Saúde em 2008, com o objetivo de subsidiar a avaliação indireta da resolutividade da atenção básica e apoiar a formulação de políticas públicas voltadas à redução de hospitalizações evitáveis¹⁻³.

Do ponto de vista conceitual, as ICSAP representam condições para as quais intervenções oportunas e eficazes no âmbito da APS poderiam evitar a necessidade de hospitalização, como complicações de doenças crônicas, infecções preveníveis e outras afecções passíveis de manejo ambulatorial⁴. Dessa forma, sua análise permite inferir, ainda que de maneira indireta, a capacidade do sistema em promover ações de prevenção, controle de doenças e acompanhamento contínuo dos usuários na rede básica.

Diversos estudos realizados no Brasil têm demonstrado que as taxas de ICSAP são influenciadas não apenas pelo desempenho dos serviços de saúde, mas também por fatores socioeconômicos, demográficos e territoriais. Análises conduzidas em diferentes municípios e regiões apontam que contextos marcados por maior vulnerabilidade social, desigualdade de renda e menor desenvolvimento humano tendem a apresentar maiores taxas de internações evitáveis⁵. Além disso, o envelhecimento populacional tem sido

consistentemente associado ao aumento das ICSAP, dado o crescimento da prevalência de doenças crônicas e da demanda por cuidados contínuos em saúde ^{6,7}.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), principal modelo organizador da APS no Brasil, tem sido amplamente reconhecida como fator protetor em relação às ICSAP, sendo associada à redução dessas internações em diferentes grupos populacionais e contextos regionais ^{8,9}. No entanto, persistem desigualdades regionais importantes, especialmente entre as regiões Norte e Nordeste em comparação às regiões Sul e Sudeste, o que revela a influência das disparidades históricas no acesso e na estruturação dos serviços de saúde ^{10,11}.

Apesar desses avanços, a literatura nacional ainda apresenta importantes lacunas. A maior parte dos estudos concentra-se em recortes municipais ou estaduais e em períodos anteriores a 2020, com limitada incorporação dos efeitos da pandemia de COVID-19 e das recentes mudanças na organização e no financiamento da Atenção Primária no Brasil. Ademais, são escassas as investigações que analisam, de forma integrada, os efeitos de determinantes socioeconômicos, demográficos e estruturais — em especial as interações entre desigualdade social, envelhecimento populacional, cobertura da ESF e disponibilidade de profissionais de enfermagem — na explicação das variações regionais das ICSAP ^{5,6,12-15}.

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo analisar a tendência temporal e a distribuição regional das taxas de ICSAP nas regiões brasileiras e investigar a associação com a cobertura da ESF, indicadores socioeconômicos, demográficos e estruturais.

Método

Trata-se de um estudo ecológico com análise de tendência temporal e modelagem multivariada, de abordagem quantitativa. Foram utilizados dados secundários obtidos a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)¹⁶, disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), por meio da plataforma TABNET¹⁷.

A definição das causas incluídas como Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) seguiu a lista oficial estabelecida pelo Ministério da Saúde, conforme a Portaria nº 221/2008 e o *Manual para Utilização da Lista de ICSAP*¹⁻². As

taxas de ICSAP foram calculadas por 10.000 habitantes, empregando-se as estimativas populacionais intercensitárias fornecidas pelo IBGE (2025)¹⁸.

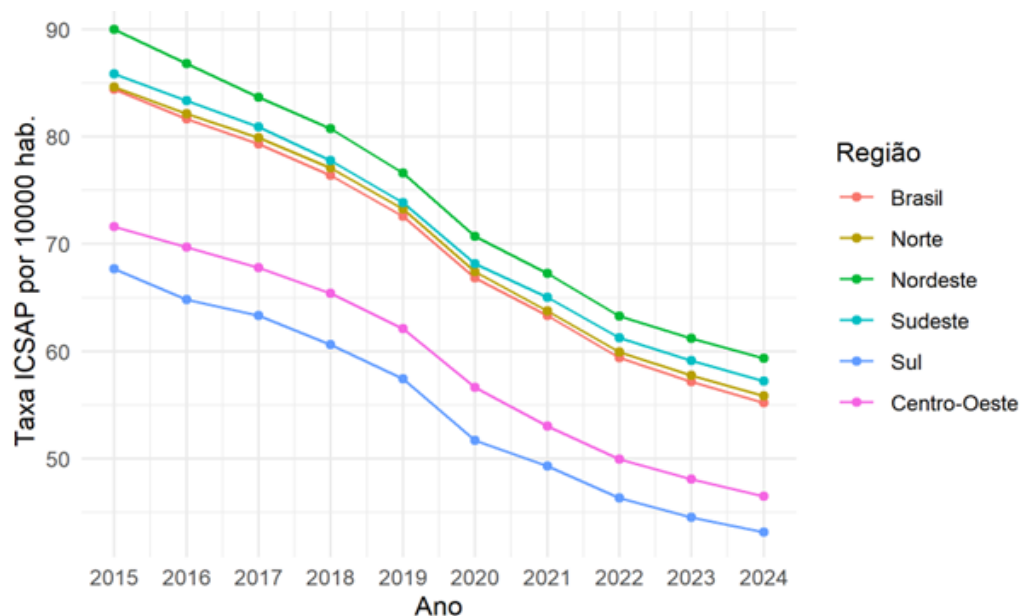
Foram analisadas as cinco grandes regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Como variáveis independentes, selecionaram-se indicadores contextuais obtidos no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil¹³ e em bases oficiais do Ministério da Saúde, sendo: proporção de idosos na população; taxa de urbanização; índice de Gini; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM ajustado); cobertura da Estratégia Saúde da Família¹⁴⁻¹⁶; densidade de médicos e de enfermeiros por mil habitantes (CNES/DATASUS)¹⁹; gasto público em saúde per capita.

A análise de tendência temporal foi conduzida por meio de modelos log-lineares com termo de intervenção, considerando o ano de 2020 como potencial ponto de mudança decorrente da pandemia de COVID-19. Para examinar as associações bivariadas entre taxas de ICSAP e variáveis contextuais, calcularam-se coeficientes de correlação de Spearman, com intervalo de confiança (IC) de 95%.

Posteriormente, foi estimado um modelo de regressão múltipla log-linear, incorporando indicadores socioeconômicos, demográficos e organizacionais. A adequação dos modelos foi avaliada mediante inspeção gráfica dos resíduos, teste de normalidade de Shapiro–Wilk e teste de autocorrelação de Durbin–Watson. A multicolinearidade foi verificada a partir do Fator de Inflação da Variância (VIF). Todas as análises foram realizadas no software R.

Resultados

Conforme apresentado na Figura 1, nota-se tendência consistente de redução das taxas de ICSAP no Brasil e em todas as regiões ao longo do período analisado. Apesar desse declínio, registraram-se 18.465.720 internações entre 2015 e 2024. A taxa nacional reduziu-se de 84,43 internações por 10 mil habitantes em 2015 para 55,22 em 2024, correspondendo a 2.075.192 internações apenas no último ano da série.



Nas análises bivariadas, verificou-se correlação negativa entre as taxas de ICSAP e os indicadores de força de trabalho em saúde. A densidade de enfermeiros apresentou a associação de maior magnitude ($\rho = -0,844$; $p < 0,001$), seguida pela densidade de médicos. Também foram identificadas correlação negativa elevada com o ano do estudo e com a cobertura da ESF. Entre as variáveis socioeconômicas, apenas o Índice de Gini mostrou correlação positiva com ICSAP, enquanto a proporção de idosos, o IDHM e a renda per capita não apresentaram associação estatisticamente significativa (Tabela 1).

Tabela 1. Correlações de Spearman entre taxas de ICSAP e variáveis contextuais selecionadas, Brasil, 2015–2024.

Variável	ρ (Spearman)	IC 95%	p-valor*	Intensidade
Idosos	-0,440	-0,645; -0,177	0,038	—
Enfermeiros	-0,844	-0,910; -0,735	<0,001*	Muito Forte
Médicos	-0,645	-0,786; -0,440	<0,001*	Forte
Ano	-0,800	-0,884; -0,666	<0,001*	Muito Forte
ESF	-0,611	-0,764; -0,394	<0,001*	Forte

IDHM	-0,405	-0,619; -0,134	0,089	—
Renda per capita	-0,405	-0,619; -0,134	0,089	—
Gini	0,537	0,296; 0,714	0,002*	Moderada
Urbanização	-0,167	-0,432; 0,126	1,000	—
Gastos saúde	-0,033	-0,316; 0,255	1,000	—

Legenda: * Estatisticamente significativas após correção de Bonferrone para FWER (Familywise Error Rate).

No modelo log-linear nacional, ajustado por tempo, cobertura da ESF e região, identificaram-se diferenças regionais nas taxas de ICSAP no Brasil. As regiões Nordeste e Sudeste apresentaram incrementos percentuais nas taxas de ICSAP, enquanto as regiões Sul e Centro-Oeste exibiram reduções, em consonância com os resultados apresentados na Tabela 2 e com o padrão temporal observado na Figura 1.

O efeito temporal manteve-se estatisticamente significativo, assim como a associação negativa entre a cobertura da ESF e as taxas de ICSAP. O período correspondente à pandemia de COVID-19 mostrou-se independentemente associado à redução das internações (Tabela 2). A tendência temporal estimada confirmou a redução progressiva das ICSAP no Brasil entre 2015 e 2024 observada na Figura 1, indicando declínio médio anual de 4,0% (IC95%: -4,2; -3,7). As taxas estimadas reduziram-se de 85,2 internações por 10 mil habitantes em 2015 para 55,1 em 2024. Em 2020, quando a taxa média era de 73 internações por 10 mil habitantes, observou-se redução estatisticamente significativa de 6%, resultando em taxa estimada de 66,22 em 2021, sem alteração significativa da tendência nos anos subsequentes.

Tabela 2. Modelo log-linear nacional ajustado para tempo, cobertura da ESF e região, 2015–2024.

Variável	Beta (%)	IC 95%	p-valor
Nordeste	+11	7,3; 15	< 0,001
Sudeste	+5,7	3,0; 8,4	< 0,001

Sul	-20	-23; -16	<0,001
Centro-Oeste	-13	-16; -9,6	<0,001
Ano	-4,0	-4,2; -3,7	<0,001
Cobertura ESF (%)	-0,06	-0,10; -0,02	0,009
Período COVID-19	-6,0	-7,3; -4,7	<0,001

No modelo completo, indicadores socioeconômicos, demográficos e organizacionais mantiveram associação estatisticamente significativa com às taxas de ICSAP. Renda per capita e Índice de Gini apresentaram associações positivas, enquanto o IDHM ajustado e a urbanização mostraram associações negativas. A proporção de idosos manteve associação positiva, ao passo que a cobertura da ESF permaneceu negativamente associada às taxas de ICSAP. manteve associação negativa. A densidade de enfermeiros, por sua vez, apresentou associação positiva no modelo ajustado. Além disso, foram identificadas interações estatisticamente significativas entre desigualdade econômica, composição etária e força de trabalho em enfermagem, incluindo interações duplas e tripla (Tabela 3).

Tabela 3. Modelo log-linear completo para fatores socioeconômicos, demográficos e organizacionais associados às ICSAP, Brasil.

Variável	Beta (%)	IC 95%	p-valor
Renda per capita	+0,48	0,28; 0,68	<0,001
IDHM ajustado	-318	-560; -77	0,011
Índice de Gini	+2.190	1.349; 3.031	<0,001
Urbanização (%)	-7,2	-10; -4,4	<0,001
Proporção de idosos (%)	+34	1,5; 67	0,041

Cobertura ESF (%)	-0,24	-0,47; -0,02	0,035
Densidade de enfermeiros	+290	140; 440	<0,001
ESF × Enfermeiros	+0,17	0,04; 0,30	0,010
Idosos × Enfermeiros	-24	-34; -14	<0,001
Gini × Enfermeiros	-656	-951; -360	<0,001
Gini × Idosos	-76	-141; -11	0,023
Gini × Idosos × Enfermeiros	+47	27; 67	<0,001

Discussão

Os resultados deste estudo mostraram uma tendência sustentada de redução das ICSAP no Brasil, em consonância com evidências observadas em diferentes contextos regionais e internacionais^{11,19}. Essa tendência pode refletir, ao menos em parte, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e a ampliação de estratégias voltadas à prevenção e ao manejo de condições crônicas no país ao longo das últimas décadas.

As diferenças regionais permaneceram centrais na dinâmica das ICSAP no Brasil. As maiores taxas observadas nas regiões Norte e Nordeste, refletem desigualdades históricas no acesso aos serviços de saúde, nas condições sociais de vida, na distribuição da força de trabalho em saúde e na organização das redes de atenção, já descritas em estudos comparativos nacionais e internacionais. Por outro lado, as reduções identificadas nas regiões Sul e Centro-Oeste podem estar associadas a sistemas de atenção mais consolidados, maior continuidade do cuidado e melhores indicadores de desenvolvimento regional. Esses achados reforçam que as ICSAP são sensíveis às iniquidades sociais e territoriais, e não apenas ao desempenho isolado da APS^{4,8}.

A redução de 6% nas taxas de ICSAP observada em 2020, embora estatisticamente significativa, deve ser interpretada com cautela, uma vez que provavelmente reflete

mudanças nos padrões de utilização dos serviços de saúde decorrentes da pandemia de COVID-19. Estudos nacionais apontam para queda na procura por atendimento hospitalar, adiamento de procedimentos eletivos e reorganização dos fluxos assistenciais, nesse período, fenômenos que podem ter contribuído para a redução temporária das internações evitáveis¹¹.

A associação positiva entre o índice de Gini e as taxas de ICSAP ressalta o papel estruturante da desigualdade social na ocorrência de hospitalizações evitáveis. Contextos mais desiguais tendem a apresentar maior vulnerabilidade social, fragilidades o acesso oportuno e na na continuidade do cuidado, além da distribuição desigual de recursos em saúde, aspectos amplamente discutidos na literatura da saúde coletiva ^{5,6}. De forma complementar, a associação negativa da urbanização sugere que contextos urbanos mais estruturados podem oferecer maior disponibilidade de serviços e infraestrutura, contribuindo para menores taxas de ICSAP.

Os resultados do modelo multivariado reforçam a relevância dos determinantes sociais, demográficos e estruturais na variação das ICSAP. A associação positiva entre renda per capita e internações evitáveis, concomitante ao efeito protetor do IDHM ajustado, indica que o desenvolvimento humano — mais do que o aumento isolado da renda — exerce influência decisiva sobre a capacidade dos sistemas regionais de prevenir internações. Esses achados estão alinhados a estudos que apontam maior risco de ICSAP em contextos de menor desenvolvimento humano e maior vulnerabilidade social ^{5,13}.

A associação positiva entre proporção de idosos e ICSAP confirma a maior suscetibilidade dessa população a condições crônicas e descompensações clínicas^{6,7}. Entretanto, a interação entre envelhecimento populacional e densidade de enfermeiros apresentou efeito protetor, sugerindo que equipes de enfermagem mais numerosas podem mitigar riscos associados à complexidade clínica de populações envelhecidas. A associação positiva entre a densidade de enfermeiros e ICSAP identificada no modelo ajustado não implica relação causal, mas aponta para a necessidade de interpretações que considerem efeitos modificadores e a complexidade da organização dos serviços. Esses achados reforçam o papel estratégico da enfermagem na coordenação do cuidado, no acompanhamento longitudinal e na prevenção de complicações^{6,12}. A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) manteve associação negativa com as taxas de ICSAP,

ainda que de magnitude modesta, corroborando evidências sobre sua relevância na redução de internações evitáveis, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social⁴. Esse achado reafirma a centralidade da ESF na estruturação da APS como porta de entrada qualificada do Sistema Único de Saúde.

Em conjunto, os resultados reafirmam as ICSAP como indicador indireto útil para avaliar o desempenho da APS^{3,20}, ao mesmo tempo em que evidenciam a necessidade de interpretar esse indicador à luz das desigualdades sociais, dos perfis demográficos e da organização regional dos serviços. Embora o estudo apresente limitações inerentes ao desenho ecológico e ao uso de dados secundários, a utilização de bases nacionais consolidadas e de modelos analíticos robustos confere consistência aos achados e reforça sua utilidade para o planejamento e a formulação de políticas públicas em saúde no Brasil.

Conclusão

O presente estudo evidenciou uma tendência de redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil ao longo do período analisado, ainda que marcada por importantes desigualdades regionais. As maiores taxas observadas nas regiões Norte e Nordeste indicam a persistência de iniquidades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, bem como a influência dos determinantes sociais sobre as hospitalizações evitáveis.

Os resultados demonstraram que fatores socioeconômicos, como a desigualdade de renda, e demográficos, como o envelhecimento populacional, exercem impacto relevante sobre as taxas de ICSAP. A maior cobertura da Estratégia Saúde da Família manteve associação consistente com a redução dessas internações, reforçando o papel central da Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado. A força de trabalho em enfermagem mostrou associações complexas, com efeitos condicionados ao contexto sociodemográfico, sugerindo potencial papel protetor em cenários marcados por maior envelhecimento populacional e desigualdade econômica.

Em conjunto, os achados indicam que, embora exista uma tendência nacional de redução das ICSAP, persistem desigualdades regionais relevantes e desafios para que a expansão da ESF se traduza em impactos proporcionais à sua cobertura. Esses resultados reforçam a necessidade de fortalecer os atributos essenciais da atenção primária, ampliar

investimentos em regiões mais vulneráveis e promover maior integração entre os serviços de saúde, especialmente em contextos de crise sanitária, como a pandemia de COVID-19.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Define a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual para utilização da lista de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
3. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Costa MFL, Macinko J, Mendonça CS, 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 Saude Publica*. 2009;25(6):1335–45.
4. Oliveira SC, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil no período de 2000 a 2022: tendências e desafios. *Cien Saude Colet*. 2025; ahead of print. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/internacoes-por-condicoes-sensiveis-a-atencao-primaria-no-brasil-no-periodo-de-2000-a-2022-tendencias-e-desafios/19687>
5. Lima MF, Santos IS, Macinko J, Vieira LA. Association between hospitalizations for sensitive conditions and primary health care quality in Brazilian municipalities: an ecological study, 2010–2019. *Rev Saude Publica*. 2024;58:39.
6. Ferreira CR, Nascimento CF, Veras RP, Azevedo ZMA. Internações de pessoas idosas por condições sensíveis à atenção primária: revisão integrativa da literatura. *Cien Saude Colet*. 2022;27(5):1839–50.
7. Rocha JVM, Sarmiento J. Aspectos de pesquisa comparativa em internações por condições sensíveis à atenção primária: o caso de Brasil e Portugal. *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1350–9.

8. Silva SS, Lana FCF, Pinheiro RS. Análise espacial dos fatores associados às internações por condições sensíveis à atenção primária entre idosos de Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24:e210016.
9. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saude Debate*. 2018;42(Supl 1):102–20.
10. Pinto Junior EP, Aquino R, Medina MG, et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(3):e00033816.
11. Rodrigues MM, Alvarez AM, Rauch KC. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária no estado de Santa Catarina, Brasil, 2008–2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22:e190009.
12. Santos FM, Gaya AR, Olinto MTA, Barros FC. Tendência de internações por condições sensíveis à atenção primária em Pelotas, Brasil, de 2000 a 2021. *Cien Saude Colet*. 2024;29(11):e07632023.
13. Veloso MAA, Caldeira AP. Número de equipes assistenciais e internações por condições sensíveis à atenção primária. *Cien Saude Colet*. 2022;27(7):2573–81.
14. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fundação João Pinheiro. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Brasília: PNUD/IPEA/FJP; s.d. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Histórico de cobertura da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 22/2024 – Cobertura Potencial Estimada da Atenção Primária no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; s.d. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Manual do Indicador de Cobertura da Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília: Ministério da Saúde; s.d. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília: Ministério da Saúde; s.d. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>
21. Hone T, et al. Expansion of primary healthcare and emergency hospital admissions among the urban poor in Rio de Janeiro, Brazil: a cohort analysis. *Lancet Reg Health Am.* 2022;15:100363.
22. Zirr GM, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária no município de Gramado/RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2023;18(45):3530.

Anexo 1 – Norma da Revista *Cadernos de Saúde Pública*(CSP): instruções para os autores

Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia (Editorial 37(5)) e artigo utilizando metodologia qualitativa;

Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

Notas de rodapé e de fim de página não serão aceitos.

O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC ou DOCX (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas.

Todo conteúdo do texto e ilustrações são de responsabilidade dos(as) autores(as).

Para a submissão:

Arquivo com o corpo do texto deve conter apenas o texto e as referências bibliográficas, com fonte *Times New Roman* tamanho 12, margens de 2cm, entrelinhas 1,5cm.

As Figuras do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos, organogramas, imagem de satélite) podem ser encaminhadas em um único arquivo ou separadamente. Na etapa de submissão, todas as figuras devem ser produzidas em formato de imagem (JPG, TIFF, PNG, BMP, outros), com resolução mínima de 300dpi (com legibilidade e leitura mínima para visualização). Caso necessário, posteriormente, outros formatos poderão ser solicitados.

Em separado, os(as) autores(as) devem enviar o arquivo texto (DOC, DOCX, RTF, ODT, TXT) com todos os títulos e legendas das Figuras.

Tabelas e Quadros devem ser enviados em arquivo texto. Podem ter até 17cm de largura, formato retrato, com fonte *Times New Roman* e tamanho 9. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Nunca incluir mais de uma informação dentro da mesma célula. Não aceitamos Tabelas e Quadros quebrados. As informações devem estar e formato contínuo. Podem ser enviados em um único arquivo.

A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas.

Citações e referências

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s/as) autor(es/as).

No caso de uso de algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p.ex.: Zotero), o(s) autor(es/as) deverá(ão) converter as referências para texto.

O número de autocitações no texto deve restringir-se aos casos em que sejam absolutamente indispensáveis para sustentar as ideias centrais e metodologia.

Destacamos que não se deve citar diversos trabalhos do mesmo grupo de pesquisa, mas apenas, a referência mais representativa. Essa medida visa assegurar o equilíbrio, a diversidade de fontes e a observância das boas práticas editoriais recomendadas pelo COPE.

Detalhes

O título completo (máximo 150 caracteres com espaços), palavras-chave e resumo devem ser registrados apenas no idioma de submissão. Palavras-chave e resumo não são necessários para as seções Resenha, Cartas e Perspectivas.

As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5): devem constar na base dos Descritores em Ciências da Saúde/Biblioteca Virtual em Saúde (DeCS/BVS), no idioma original do artigo. Cada palavra-chave será registrada separadamente (dê “Enter” após digitar cada uma). Para os demais idiomas, usaremos os termos traduzidos pelo DeCS/BVS.

Resumo: todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo conter no máximo 280 palavras. CSP fará a tradução do resumo para publicação nos três idiomas para os artigos aprovados.

Link para as normas da revista: <https://www.scielo.br/journal/csp/about/#instructions>

