

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA  
Curso de Medicina

Isabelly Cristina Haubert Moreira  
Ludymilla Rodrigues Silva  
Fabline Ribeiro Amorim  
Karolina Vitória Lôze Vilela  
Giovanna Sacramento Sluzek Faccioli  
Mariana Cardoso Silva

**Perfil clínico- epidemiológico das ocorrências do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) da regional Anápolis – Região Pirineus: uma análise retrospectiva**

Anápolis, Goiás  
2026

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA  
Curso de Medicina

**Perfil clínico- epidemiológico das ocorrências do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) da regional Anápolis – Região Pirineus: uma análise retrospectiva**

Trabalho de Curso apresentado à Iniciação Científica do curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Constanza Thaise Xavier Silva.

Anápolis, Goiás

2026

**VERSÃO FINAL DE TRABALHO DE CURSO**

**PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À

Coordenação de Iniciação Científica Faculdade da Medicina – UniEvangélica

Eu, Prof(ª) Orientador: \_\_\_\_\_ venho,  
respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) acadêmicos(as):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, estão com a versão final do trabalho intitulado:

\_\_\_\_\_

pronta para ser entregue a esta coordenação.

Declara-se ciência quanto a publicação do referido trabalho, no Repositório Institucional da UniEVANGÉLICA.

**Observações:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anápolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Orientador: \_\_\_\_\_

## RESUMO

O atendimento pré-hospitalar móvel (APHM) é essencial para o manejo de emergências e para a redução da morbimortalidade por agravos tempo-dependentes. No Brasil, esse serviço é operacionalizado principalmente pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), responsável pela triagem e encaminhamento adequado dos atendimentos. O presente estudo visa caracterizar o perfil clínico e epidemiológico das ocorrências atendidas pelo SAMU da regional Anápolis – Região Pirineus, no período de janeiro a dezembro de 2023, considerado estratégico por representar a retomada das rotinas assistenciais após a pandemia da doença por coronavírus 2019 (COVID-19). Trata-se de um estudo epidemiológico, longitudinal e retrospectivo, com análise de dados secundários provenientes das fichas de ocorrência do SAMU-192. Foram analisadas 17.867 ocorrências, com discreto predomínio no primeiro semestre do ano (52,6%). Observou-se maior frequência de atendimentos em indivíduos do sexo masculino (50,8%), sem diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,083$ ), e na faixa etária acima de 61 anos (34,7%), com diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias ( $p < 0,0001$ ). A maioria das ocorrências teve origem no domicílio (60,7%), com maior concentração no período vespertino (33%) e nos finais de semana, sem diferença estatística entre os dias ( $p = 0,811$ ). As ocorrências clínicas foram as mais prevalentes (58,9%), seguidas pelas causas externas (27%). Quanto ao destino, houve predominância de encaminhamentos para Unidades de Pronto Atendimento (44,5%), com diferença estatisticamente significativa entre os destinos ( $p < 0,0001$ ), e a maior parte dos pacientes apresentou desfecho favorável (93%) classificados como vivos ao final do atendimento ( $p < 0,0001$ ). Os achados evidenciam a relevância do SAMU na organização da rede de atenção às urgências, além de permitirem a identificação de padrões epidemiológicos que podem subsidiar o planejamento estratégico, a qualificação das equipes e a otimização dos recursos, contribuindo para a melhoria da assistência e redução de desfechos adversos.

**Palavras-chaves:** Estudos Epidemiológicos; Serviços Médicos de Emergência; Serviços Pré-Hospitalares.

## ABSTRACT

Pre-hospital mobile care (PHMC) is essential for the management of emergencies and for reducing morbidity and mortality from time-dependent conditions. In Brazil, this service is mainly operated by the Mobile Emergency Care Service (SAMU), responsible for triaging and appropriately referring cases. The present study aims to characterize the clinical and epidemiological profile of occurrences attended by SAMU in the Anápolis regional unit – Pirineus Region, from January to December 2023, a period considered strategic as it represents the resumption of healthcare routines after the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. This is an epidemiological, longitudinal, and retrospective study, with analysis of secondary data from SAMU-192 occurrence records. A total of 17.867 occurrences were analyzed, with a slight predominance in the first half of the year (52,6%). There was a higher frequency of care among male individuals (50,8%), with no statistically significant difference ( $p = 0,083$ ), and among those aged over 61 years (34,7%), with a statistically significant difference between age groups ( $p < 0.0001$ ). Most occurrences originated at home (60,7%), with greater concentration in the afternoon period (33,0%) and on weekends, with no statistical difference between days ( $p = 0,811$ ). Clinical occurrences were the most prevalent (58,9%), followed by external causes (27,0%). Regarding destination, there was a predominance of referrals to Emergency Care Units (44,5%), with a statistically significant difference between destinations ( $p < 0.0001$ ), and most patients had a favorable outcome (93,0%), classified as alive at the end of care ( $p < 0.0001$ ). The findings highlight the relevance of SAMU in organizing the emergency care network, as well as enabling the identification of epidemiological patterns that can support strategic planning, team qualification, and resource optimization, contributing to improved care and reduction of adverse outcomes.

**Keywords:** Epidemiological Studies. Emergency Medical Services. Pre-Hospital Service.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>09</b>
<b>2.1 O APHM e seu impacto sobre os índices de morbimortalidade.....</b>	<b>09</b>
<b>2.2 A implementação do APH no mundo e no Brasil .....</b>	<b>10</b>
<b>2.3 Implementação do SAMU no mundo e no Brasil.....</b>	<b>11</b>
<b>2.4 Perfil das ocorrências atendidas pelo SAMU no Brasil.....</b>	<b>12</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Objetivo geral .....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>14</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>4.1 Tipo de estudo .....</b>	<b>15</b>
<b>4.2 População de estudo.....</b>	<b>15</b>
<b>4.3 Coleta de dados .....</b>	<b>15</b>
<b>4.4 Aspectos éticos.....</b>	<b>16</b>
<b>4.5 Análise de dados.....</b>	<b>16</b>
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>17</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>42</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O atendimento pré-hospitalar (APH) é caracterizado como qualquer tipo de assistência realizada fora do ambiente hospitalar, com o intuito de garantir uma resposta coordenada às situações de urgência e emergência, envolvendo desde orientações até intervenções de primeiros socorros<sup>1</sup>. Um sistema de APH bem estruturado pode funcionar de forma local ou móvel, oferecendo acesso e cuidados à saúde 24 horas por dia em vias públicas, locais de trabalho ou domicílios, contribuindo para a redução da morbimortalidade por agravos tempo-dependentes e para a diminuição da sobrecarga nos serviços hospitalares<sup>2</sup>.

O atendimento pré-hospitalar móvel (APHM), em nível nacional, é considerado uma ferramenta crucial para garantir a sobrevivência e minimizar as sequelas em casos clínicos, traumáticos, gineco-obstétricos, psiquiátricos e pediátricos<sup>3</sup>. No Brasil, esse serviço é regulamentado desde a implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), em 2003, pelas determinações do Sistema Único de Saúde (SUS), que seguem os princípios de integralidade, equidade e universalidade. Com essa política, foi estabelecido o modelo de APHM, acessado através do número 192, em que funcionários na Central de Regulação identificam a emergência e transferem a chamada para o médico regulador, que conduzirá o caso<sup>2</sup>.

Diante do crescimento da mortalidade por causas externas e das dificuldades de acesso à atenção especializada, o Ministério da Saúde implantou, em 2002, por meio da Portaria nº 2.048/GM, o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), visando garantir a integralidade da assistência prestada à população<sup>4</sup>. Apesar dos avanços alcançados nas últimas duas décadas, o SAMU ainda enfrenta desafios estruturais, operacionais e políticos, com dificuldades de integração entre municípios, necessidade de qualificação contínua das equipes e obstáculos na regionalização do serviço<sup>5</sup>.

O SAMU possui duas modalidades assistenciais, o suporte básico de vida (SBV), que realiza procedimentos não invasivos, com uma equipe formada por um condutor e um técnico ou auxiliar de enfermagem, e o suporte avançado de vida (SAV), o qual executa atendimento a pacientes graves<sup>6</sup>. Embora o serviço tenha expandido sua cobertura ao longo dos anos, análises nacionais mostram a persistência de desigualdades regionais no acesso, com predomínio do SBV e insuficiência de unidades avançadas em regiões de maior vulnerabilidade

social<sup>7</sup>. Essa assimetria compromete a equidade assistencial e aponta para a necessidade de investimentos contínuos na qualificação da rede pré-hospitalar, com o intuito de conseguir fornecer um serviço adequado a todas as regiões<sup>8</sup>.

A dinâmica das ocorrências atendidas pelo SAMU é influenciada por fatores estruturais e organizacionais do sistema de saúde. Nesse contexto, condições de trabalho inadequadas, fragilidades na organização dos serviços e dificuldades na articulação com a atenção primária podem comprometer a resposta às situações de urgência e emergência. Além disso, a demanda espontânea e o uso inadequado do serviço — como trotes e atendimentos que poderiam ser resolvidos na atenção básica — contribuem para a sobrecarga do sistema, impactando diretamente a priorização, o tempo-resposta e a efetividade no atendimento das ocorrências mais graves<sup>9,10</sup>.

O perfil dos atendimentos do SAMU reflete as transformações epidemiológicas da população brasileira, marcadas pelo envelhecimento e pelo crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com contribuição crescente dessas condições na morbimortalidade masculina por causas externas em idades jovens<sup>11</sup>. Diante desse cenário, idosos representam parcela expressiva dos atendimentos pré-hospitalares, com predomínio de quedas, agravos cardiovasculares e fatores associados como baixa escolaridade e presença de comorbidades<sup>12</sup>. Entre adultos jovens, por sua vez, as causas externas assumem protagonismo — especialmente os acidentes de trânsito, que demandam elevada utilização dos serviços pré-hospitalares e estão associados a maior necessidade de hospitalização e risco de sequelas permanentes<sup>13,14</sup>.

A pandemia da doença do coronavírus identificados em 2019 (COVID-19) impôs um desafio no funcionamento dos serviços de urgência e emergência em todo o país, alterando o perfil das ocorrências, sobrecarregando profissionais e expondo fragilidades estruturais do sistema pré-hospitalar<sup>15</sup>. A reorganização dos fluxos assistenciais durante essa crise evidenciou, ao mesmo tempo, a centralidade do SAMU na resposta às emergências e a necessidade de um fortalecimento institucional diante de eventos de grande complexidade<sup>16</sup>. Nesse sentido, o ano de 2023 representa um momento estratégico para a avaliação dos serviços de emergência, ao corresponder ao período de retomada das rotinas assistenciais e de reconfiguração do perfil epidemiológico após a fase aguda da pandemia.

Diante da heterogeneidade do território nacional e das especificidades que marcam cada contexto regional, o levantamento local de dados sobre o perfil clínico-epidemiológico do SAMU mostra-se necessário para subsidiar a gestão e o planejamento dos serviços de urgência e emergência<sup>17</sup>. Além disso, existe uma carência de informações detalhadas sobre as ocorrências na Regional Anápolis – Região Pirineus, e este estudo poderá preencher essa lacuna, contribuindo para a formulação de estratégias resolutivas e para o atendimento equitativo da população e, conseqüentemente, buscar melhorar a sobrevivência das vítimas<sup>18</sup>.

Assim, o presente estudo tem por objetivo caracterizar o perfil clínico e epidemiológico dos atendimentos realizados pelo SAMU de Anápolis – Goiás – Regional Pirineus no período de janeiro a dezembro de 2023.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O APHM e seu impacto sobre os índices de morbimortalidade

O APH é toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do contexto hospitalar, envolvendo desde orientações até procedimentos de primeiros socorros pelo envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência onde haja pessoas com risco de vida<sup>19,21</sup>. O APH no contexto do SUS, se divide em dois tipos de atendimento: pré-hospitalar fixo e móvel, sendo o SAMU<sup>22</sup>.

O APH surgiu em 1893 no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, pela interligação do Setor de Saúde e Segurança Pública, sendo uma estratégia por parte do Estado, para oferecer o APH precoce e ágil, visando aumentar a sobrevivência das vítimas<sup>22</sup>.

Nessa lógica, esse atendimento é considerado um sistema de urgência que pode ser de natureza clínica, cirúrgica, traumática, psíquica ou obstétrica, com a finalidade de prestar assistência imediata à vítima a fim de minimizar e evitar complicações e até mesmo o óbito. A assistência ocorre de forma gratuita pelo telefone 192, ininterruptamente durante 24 horas, o qual é recebido pelo técnico auxiliar da central de regulação que reconhece e encaminha para um médico regulador que classifica a complexidade do caso, compartilhando as devidas informações e orientações, e posteriormente designando o recurso móvel mais adequado para a situação. O atendimento é classificado em primário quando a ligação é originada pelo cidadão e o secundário quando o pedido surge de um serviço de saúde<sup>22,23</sup>.

Desse modo, o SAMU possui objetivo de reduzir a demora e a superlotação do atendimento em casos de acidentes, violência urbana, causas externas e o escasso sistema de urgência e emergência. As atividades são realizadas por unidades de suporte básico (USB) constituídas por condutores socorristas e técnicos de enfermagem, e de unidades de suporte avançado (USA) com condutores socorristas, enfermeiros e médicos, em que realizam medidas de alta complexidade, como suporte ventilatório e circulatório<sup>23</sup>.

Assim, parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória severa, convulsões, lesões por acidentes de trânsito e quedas, queimaduras, afogamentos, agressões, choques elétricos, bem como outros agravos são situações que devem ser atendidas pelo Samu, uma vez que envolvem risco de vida iminente quando ocorridas no ambiente extra-hospitalar<sup>22</sup>.

O APH tornou-se expressivo pelo aumento da demanda do atendimento nas áreas de urgência e emergência, devido à elevação da violência urbana, o crescente número de acidente e as distâncias intermunicipais de referência para a atenção especializada e de alta complexidade<sup>19</sup>. Nesse viés, um dos fatores críticos que interfere no prognóstico das vítimas de trauma é o tempo gasto até que o tratamento definitivo possa ser efetivado.

Diretrizes do *American College of Surgeons Committee on Trauma* também estabelecem tempos de resposta para avaliação especializada em centros de trauma, frequentemente em até 30 minutos, reforçando a importância da rapidez na assistência ao paciente crítico<sup>20</sup>. Esta norma evidencia que a resposta rápida e qualificada no atendimento pré-hospitalar móvel é um fator determinante para a redução da mortalidade em situações agudas e potencialmente fatais, a exemplo dos motivos clínicos cardiovasculares, reforçando a importância da estruturação e fortalecimento desse nível de atenção à saúde<sup>19</sup>.

## 2.2 A implementação do APH no mundo e no Brasil

O socorro sistematizado e emergencial, desenvolveu-se durante a guerra civil americana, em que muitas vidas foram perdidas por falta de atendimento imediato, sendo identificado a necessidade de agilizar o atendimento a vítimas de traumas fora do raio de atendimento hospitalar. Nesse contexto, alguns conceitos foram instalados para fornecer atendimento adequado, como a segurança da cena, exame primário e a própria questão do transporte rápido<sup>25</sup>.

No período das guerras napoleônicas, os soldados feridos eram transportados por carroças com tração animal, para serem atendidos por médicos, longe dos locais de conflitos<sup>25</sup>. Contudo, para minimizar as possíveis complicações no transporte, o campo de batalha também foi palco para os APH, em 1792, pelo cirurgião e chefe militar Dominique Larrey, em que praticava os cuidados iniciais das vítimas da guerra<sup>27</sup>.

Assim, o surgimento dos serviços de emergência pré-hospitalar no Brasil, foram cogitados pelos modelos americano e, principalmente, o francês. O modelo francês baseia-se em uma rede de comunicação centralizada, com regulação médica. As chamadas são avaliadas por um médico, que define o atendimento mais eficiente<sup>25</sup>. Nessa perspectiva, o Brasil adequou às peculiaridades nacionais, tendo os princípios: (1) auxílio médico de urgência uma atividade sanitária; (2) atuação rápida, eficaz e adequada no local do sinistro; (3) atender com cuidados

médicos, operacionais e humanitários; (4) trabalhar com responsabilidades estabelecidas para cada profissional; (5) realizar ações preventivas em complementação com a ação de urgência<sup>21</sup>.

No Brasil, desde 1893, se estabeleceu o socorro médico de urgência na via pública, na cidade do Rio de Janeiro. Embora, apenas em 1899, o corpo de bombeiros do Rio de Janeiro colocou em ação a primeira ambulância de tração animal para realizar o APH. Entretanto, o APH no Brasil foi muito diversificado, com vários estados que desenvolveram seus próprios sistemas de atendimento de urgência de caráter público e/ou privado<sup>26</sup>.

Desse modo, no Brasil o serviço de APH é uma organização recente, sustentada por normas desde 1898. A atenção às urgências no Estado brasileiro se tornou uma prioridade federal em consequência do crescente desgaste nos serviços pré-hospitalares de urgência, que eram predominantemente regidos pela organização de bombeiros, tripuladas apenas por condutores, sem equipe especializada. Assim, nos anos 2000, médicos da Rede Brasileira de Cooperação em Emergência (RBCE) denunciaram em um congresso o estado alarmante do serviço de urgência nacional, dando origem à PNAU<sup>28</sup>.

### **2.3 Implementação do SAMU no mundo e no Brasil**

O atendimento pré-hospitalar (APH) é uma área da medicina de emergência que compreende a assistência ao paciente antes de sua chegada ao hospital, envolvendo a aplicação de técnicas, sistemas organizados e protocolos de suporte avançado à vida<sup>29</sup>.

Com a segunda guerra mundial houve avanços no atendimento médico de emergência, no qual usaram técnicas médicas como as triagens em soldados da guerra nos hospitais, foram desenvolvidas técnicas novas, e uso de ambulâncias motorizadas para transportar feridos para os hospitais. Com as guerras e a necessidade de atender os soldados com eficiência, Dominique Jean Larrey, desenvolveu, de forma rudimentar, o APHM chamado de “ambulância voadora”, revolucionando na época pois ganhavam tempo no transporte dos pacientes. O APH moderno no Brasil, passou a se desenvolver em meados de XIX juntamente com o avanço da medicina e da tecnologia, constituindo-se na rede estatal os sistemas de APH tanto na esfera pública quanto na privada<sup>28</sup>.

No Brasil, o APH teve a estruturação do serviço de forma variada, tendo como base os modelos norte-americanos, adotado pelo corpo de bombeiros militares, e francês, adotado

pelo SAMU. O SAMU opera em todo o país e é responsável por atender chamadas de emergência pelo número 192. As equipes possuem profissionais treinados, equipamentos médicos e ambulâncias equipadas para o transporte seguro dos pacientes<sup>31</sup>.

A criação do SAMU promoveu respostas rápidas e qualificadas em emergências, sendo muito significativa no APH. A profissionalização desse serviço começou em 1960, com a criação dos primeiros serviços médicos de emergência em algumas cidades do Brasil. O contexto brasileiro passa por algumas dificuldades no APH, como a falta de recursos financeiros e materiais, infraestrutura precária, dificuldade de acesso em áreas remotas e violência urbana, que podem afetar a segurança das equipes de atendimento. Há uma variação do atendimento e resposta de acordo com a localização e disponibilidade de recurso, sendo assim fundamental a melhoria na infraestrutura e no treinamento de profissionais<sup>32</sup>.

#### **2.4 Perfil das ocorrências atendidas pelo SAMU no Brasil**

No que diz respeito às análises de ocorrência, na cidade de Botucatu, em São Paulo, houve um predomínio de atendimentos de eventos traumáticos, sendo que a USB foi responsável pela maioria dos atendimentos. Houve uma predominância de atendimentos na faixa etária dos 20 aos 59 anos, tendo maior relação com o sexo masculino no município de Botucatu em São Paulo<sup>33</sup>. A predominância do sexo masculino pode estar relacionada com o fato de homens serem expostos a uma maior quantidade de situações de violência, suicídio, uso de drogas, acidente de trânsito, sendo assim eles se tornam mais vulneráveis a necessidade de uso do SAMU<sup>34</sup>.

Outrossim, causas de afecção circulatória, neurológica e respiratória são as principais causas de agravos clínicos, e de morbimortalidade no Brasil, principalmente em casos de negligência das redes de atenção básica. No estado da Bahia, esses atendimentos ocorrem principalmente no período vespertino e possuem uma distribuição homogênea no decorrer da semana<sup>35</sup>.

Por outro lado, os acidentes de trânsito promovem entre 20 a 50 milhões de pessoas feridas por ano no Brasil, tendo um grande impacto na saúde da população, não somente pelos casos de óbito, mas também pelas internações e sequelas deixadas. Há um predomínio do sexo masculino nos atendimentos de urgência atendido pelo SAMU no país referente a acidentes de trânsito, sendo que ocorrem com maior frequência no período vespertino, estando relacionado

com o período de saída do trabalho e da busca dos filhos na escola, aumento dos serviços tele entregas, transporte de passageiros<sup>36</sup>.

O atendimento do SAMU 192, em demandas de urgência e emergências obstétricas é de extrema importância, visto que fornece o encaminhamento rápido e correto das gestantes, ocorrendo em situações de parto ou então que gerem risco para mãe ou para o feto. Na cidade de Floriano no estado Piauí, os chamados ocorreram predominantemente em dias de segunda-feira e sexta-feira, sendo que sábado e domingo tiveram menor quantidade de ocorrências, isso ocorre provavelmente por serem dias de folga no qual familiares estão presentes para socorrer a gestante. No período da madrugada e noite ocorre maior quantidade de atendimentos<sup>37</sup>. A taxa de mortalidade de gestante/puérperas ainda é alta, dessa forma é necessário implantar protocolos de urgência e emergência obstétrica que sejam conhecidos pela população com o intuito de evitar divergência entre usuários e médicos durante o atendimento<sup>38</sup>.

O APH tem grande influência na sobrevivência e na redução de sequelas em crianças envolvidas em emergências médicas. A assistência consiste em atenção a quadros agudos de natureza clínica, traumática, psiquiátrica, que ocorrem fora do ambiente hospitalar e colocam em risco a vida da criança, o APH permite com que a criança tenha um bom prognóstico<sup>39</sup>.

Finalmente, as emergências psiquiátricas, é evidenciado que os atendimentos do SAMU, em Teresina, no Piauí, foram principalmente devido a ocorrências por agitação com agressividade, seguido de surtos psicóticos e tentativas/ideações suicidas. Sendo que a maioria dos pacientes eram do sexo masculino, e nos casos de tentativas suicidas são do sexo feminino<sup>40</sup>.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Caracterizar o perfil clínico e epidemiológico dos atendimentos realizados pelo SAMU regional de Anápolis – Goiás – região Pirineus no período de janeiro a dezembro de 2023.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Analisar o número de ocorrências ao longo do ano estudado, bem como descrever sua distribuição conforme a origem dos chamados (Anápolis, Goianápolis, Abadiânia, Teresópolis de Goiás, Campo Limpo, Gameleira, Alexânia, Pirenópolis, Cocalzinho de Goiás, Corumbá e outras regiões);
- Caracterizar os dados sociodemográficos dos pacientes (sexo e faixa etária), além de avaliar a prevalência das ocorrências segundo o local de origem (domicílio, via pública, unidade de saúde, entre outros) e o dia da semana, correlacionando o número de ocorrências com o dia da semana e o horário dos atendimentos em relação aos principais motivos de atendimento;
- Identificar os principais encaminhamentos realizados para os pacientes atendidos, bem como os desfechos clínicos, além de caracterizar os tipos mais frequentes de ocorrências (clínicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e causas externas);
- Delinear o perfil epidemiológico dos atendimentos por meio da identificação dos principais agravos registrados nas fichas de atendimento.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Tratou-se de um estudo epidemiológico, longitudinal e retrospectivo. Foi realizado no município de Anápolis – GO – região Pirineus, tomando como fonte de informação as fichas de ocorrência do SAMU-192 do respectivo município, referentes ao ano de 2023.

### **4.2 População de estudo**

O estudo foi realizado no município de Anápolis – GO que se situa a 53 km da capital Goiânia e 139 km da capital federal. Junto com essas duas cidades, faz do eixo Goiânia-Anápolis-Brasília, a região mais desenvolvida do Centro-Oeste. Tal município, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2024, tem estimativa de 415.847 indivíduos e a população no último censo (2022) foi de 398.869 pessoas<sup>39</sup>.

Compôs a população de estudo todas as pessoas atendidas pelo SAMU-192 de Anápolis - GO, no período de janeiro de 2023 a dezembro de 2023.

### **4.3 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu na própria sede do SAMU-192 do município de Anápolis, Goiás – regional Pirineus. Para a adequada coleta, utilizaram-se um instrumento estruturado pelos próprios pesquisadores (Anexo 1) baseado nas informações descritas nas fichas de atendimento.

As variáveis que foram estudadas, disponíveis nos boletins de atendimentos do SAMU foram agrupadas em duas categorias: por um lado, aquelas relativas às características sociodemográficas e, por outro, as relativas aos tipos de ocorrências. Para as variáveis sociodemográficas, foram selecionadas:

- a) número de ocorrências no ano (2023);
- b) sexo (feminino e masculino);
- c) faixa etária (< 1 ano; 1 a 10; 11 a 18; 19 a 45; 46 a 60; > 61);
- d) Para os dados relacionados ao tipo de ocorrência serão:
- e) local de ocorrência (domicílio, via pública, unidade de saúde e outros);

- f) horário da ocorrência (madrugada; matutino; vespertino e noturno);
- g) dia da semana da ocorrência (final de semana; segunda; terça; quarta, quinta; sexta);
- h) tipo de atendimento oferecido pelo SAMU (remoção e transporte);
- i) Motivo do atendimento (clínico; psiquiátrico; gineco-obstétrico; pediátrico e causas externas);
- j) local de encaminhamento (hospital, UPA, Unidade de saúde);
- k) desfecho (óbito no local, óbito durante atendimento, liberado após atendimento, outros).

Os critérios de inclusão foram todos os indivíduos atendidos pelo SAMU na cidade de Anápolis - GO no ano de 2023 e os critérios de exclusão foram as fichas cujos dados estejam rasurados ou de difícil compreensão ou incompletas.

#### **4.4 Aspectos éticos**

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Evangélica de Goiás, com parecer favorável número 6.723.196, considerando que foram respeitados os itens descritos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O parecer substanciado do Comitê de Ética encontra-se disponível na íntegra no Anexo 2 deste trabalho.

#### **4.5 Análise de dados**

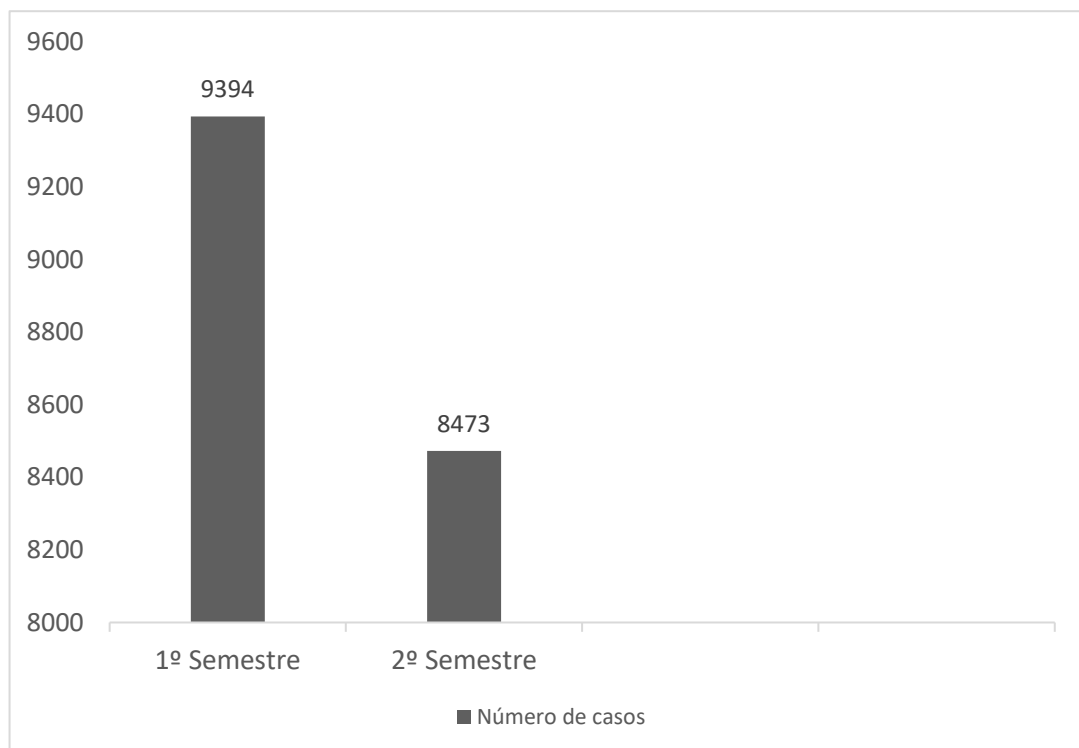
Os dados foram organizados em planilha no Microsoft Excel Office 365 e analisados no software SPSS, versão 16.0. Realizou-se análise descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas (n e %), para caracterização das variáveis estudadas. Em seguida, foi realizada análise inferencial para verificar associações entre variáveis categóricas, utilizando-se os testes do qui-quadrado de Pearson e o teste G. Adotou-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

## 5. RESULTADOS

Durante o período de janeiro a dezembro de 2023, foram analisadas 17.867 fichas de atendimento realizadas pelo SAMU Anápolis – Goiás, abrangendo a cidade de Anápolis e os demais municípios pertencentes à regional.

Observou-se predomínio de ocorrências no primeiro semestre do ano, totalizando 9.394 atendimentos (52,6%), em comparação ao segundo semestre, com 8.473 registros (47,4%). A distribuição semestral indicou estabilidade no número total de ocorrências ao longo do ano, com variações relacionadas a fatores sazonais e epidemiológicos (Figura 1).

**Figura 1.** Número de ocorrências do SAMU regional dos Pirineus em relação ao primeiro semestre e segundo semestre de 2023 em Anápolis, Goiás.



**Fonte:** As autoras, (2026)

A maioria das ocorrências teve origem no município de Anápolis (97,3%), seguido por Goianápolis (0,5%) e Abadiânia (0,2%). As demais localidades da região apresentaram registros pontuais e menos expressivos (Tabela 1).

**Tabela 1.** Número das ocorrências realizadas pelo SAMU Anápolis – GO, de acordo com a origem do chamado no ano de 2023.

ORIGEM DO CHAMADO	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)
Anápolis	9.155 (97,5)	8.224 (97,1)	17.379 (97,3)
Goianápolis	37 (0,4)	44 (0,5)	81 (0,45)
Abadiânia	25 (0,3)	11 (0,1)	36 (0,2)
Terezópolis de Goiás	22 (0,2)	11 (0,1)	33 (0,18)
Campo Limpo	21 (0,2)	10 (0,1)	31 (0,17)
Gameleira	7 (0,07)	4 (0,05)	11 (0,06)
Alexânia	6 (0,06)	4 (0,05)	10 (0,06)
Pirenópolis	3 (0,03)	2 (0,02)	5 (0,03)
Cocalzinho de Goiás	3 (0,03)	1 (0,01)	4 (0,02)
Corumbá	1 (0,01)	1 (0,01)	2 (0,01)
Outras regiões atendidas	114 (1,2)	161 (1,9)	275 (1,5)
<b>TOTAL</b>	<b>9.394</b>	<b>8.473</b>	<b>17.867</b>

\***Outras regiões atendidas:** Aparecida de Goiânia; Bonfinópolis; Brasília; Campo Grande; Distrito Federal; Distrito Souzanea; Goialândia; Goianésia; Goiânia; Interlândia; Itumbiara; Jaraguá; Joanópolis; Mara Rosa; Marinópolis; Mirinópolis; Mocambinho; Morrinhos; Nerópolis; Niquelândia; Orizona; Planaltina; Silvânia; Ouro verde; Trindade; Vianópolis.

Fonte: As autoras, (2026)

Quanto ao perfil sociodemográfico, verificou-se predomínio do sexo masculino em 9.082 atendimentos (50,8%). Em relação à faixa etária, a maior concentração de atendimentos correspondeu a indivíduos com idade superior a 61 anos (34,7%), seguida por idade entre 19 e 45 anos (32,7%). Outros registros (5,7%) não continham a idade informada, refletindo a limitação de preenchimento em parte das fichas ( $p < 0,083$ ) (tabela 2).

**Tabela 2.** Perfil sociodemográfico das ocorrências realizadas pelo SAMU Anápolis – GO, no 1º semestre e 2º semestre do ano de 2023.

SEXO	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE	TOTAL	P*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Masculino	4.759 (50,7)	4.323 (51,0)	9.082 (50,8)	0,083
Feminino	4.365 (46,5)	3.759 (44,4)	8.124 (45,5)	
Não informado	270 (2,9)	391 (4,6)	661 (3,7)	
<b>TOTAL</b>	<b>9.394</b>	<b>8.473</b>	<b>17.867</b>	
<b>FAIXA ETÁRIA</b>				
>61 anos	3.305 (35,2)	2.900 (34,2)	6.205 (34,7)	

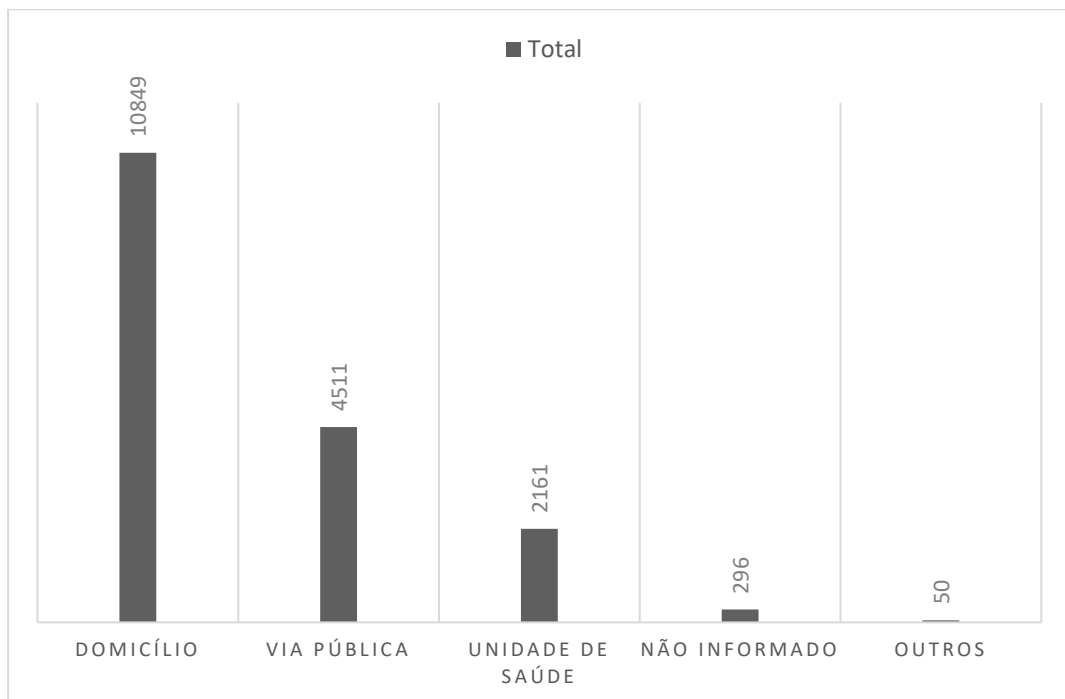
19-45 anos	3.033 (32,3)	2.817 (33,2)	5.850 (32,7)	
46-60 anos	1.681 (17,9)	1.454 (17,2)	3.135 (17,5)	
11-18 ano	435 (4,6)	358 (4,2)	793 (4,4)	< 0,0001
1-10 anos	364 (3,9)	257 (3,0)	621 (3,5)	
<1 ano	141 (1,5)	101 (1,2)	242 (1,4)	
Não informado	435 (4,6)	586 (6,9)	1021 (5,7)	
TOTAL	9.394	8.473	17.867	

\*qui quadrado.

Fonte: As autoras, (2026)

No tocante ao local da ocorrência, constatou-se que a maioria dos atendimentos foi realizada em domicílios (60,7%), seguidos por vias públicas (25,2%) e unidades de saúde (12,1%), enquanto as ocorrências classificadas como não informadas (1,6%) outros locais (0,3%) tiveram proporções menores (Figura 2).

**Figura 2.** Distribuição das ocorrências realizadas pelo SAMU Anápolis – GO, de acordo com o local de atendimento do paciente no ano de 2023.



Fonte: As autoras, (2026)

Com relação ao período do dia, verificou-se maior concentração de chamados no turno vespertino (33,0%) o qual foi seguido turno matutino (27,0%). Quanto à distribuição semanal, observou-se aumento das demandas aos finais de semana, especialmente aos sábados (15,6%) e aos domingos (13,7%). Não houve diferença estatística entre os dias ( $p = 0,811$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Distribuição das ocorrências realizadas pelo SAMU Anápolis – GO, de acordo com o horário e dia da semana no ano de 2023.

<b>HORÁRIO</b>	<b>1º SEMESTRE n (%)</b>	<b>2º SEMESTRE n (%)</b>	<b>TOTAL n (%)</b>	<b>P*</b>
Vespertino (12:00-17:59)	3.154 (33,6)	2.749 (32,4)	5.903 (33)	
Matutino (6:00-11:59)	2.561 (27,3)	2.264 (26,7)	4.825 (27)	
Noturno (18:00-23:59)	2.481 (26,4)	2.271 (26,8)	4.752 (26,6)	0,070
Madrugada (00:00-05:59)	1.141 (12,1)	1.141 (13,5)	2.282 (12,8)	
Não informado	57 (0,6)	48 (0,6)	105 (0,6)	
<b>TOTAL</b>	<b>9.394 (100)</b>	<b>8.473 (100)</b>	<b>2282 (100)</b>	

<b>DIAS DA SEMANA</b>				
Sábado	1477 (15,7)	1302 (15,4)	2779 (15,6)	
Segunda-feira	1379 (14,7)	1243 (14,7)	2622 (14,7)	
Terça-feira	1323 (14,1)	1230 (14,5)	2553 (14,3)	
Quinta-feira	1356 (14,4)	1196 (14,1)	2552 (14,3)	0,811
Sexta-feira	1313 (14)	1237(14,6)	2550 (14,3)	
Domingo	1303 (13,9)	1142 (13,5)	2445 (13,7)	
Quarta-feira	1243 (13,2)	1123 (13,3)	2366 (13,2)	
<b>TOTAL</b>	<b>9394</b>	<b>8473</b>	<b>17867</b>	

\*qui quadrado.

**Fonte:** As autoras, (2026)

Em relação ao destino dos pacientes, houve predomínio de encaminhamentos para as unidades de pronto atendimento (UPAs) (44,5%), seguidas pelos hospitais públicos e privados (28,4%). Ademais, alguns pacientes recusaram atendimento (10,1%) quando a equipe do SAMU chegava ao local do chamado. Evidenciando uma diferença estatisticamente relevante ( $p < 0,001$ ) (Tabela 4).

**Tabela 4.** Distribuição das ocorrências realizadas pelo SAMU Anápolis – GO, de acordo com o destino do paciente no ano de 2023.

<b>DESTINO DO PACIENTE</b>	<b>1º SEMESTRE n (%)</b>	<b>2º SEMESTRE n (%)</b>	<b>TOTAL n (%)</b>	<b>P**</b>
UPA	4.122 (43,9)	3.824 (45,1)	7.946 (44,5)	
Hospital	2.466 (26,3)	2.616 (30,9)	5.082 (28,4)	
Recusa de atendimento	911 (9,7)	893 (10,5)	1.804 (10,1)	
Unidade de saúde	773 (8,2)	4 (0,05)	777 (4,3)	
Transportado por terceiros	277 (2,9)	323 (3,8)	600 (3,4)	< 0,0001

Óbito no local	259 (2,8)	291 (3,4)	550 (3,1)
Liberado no local	349 (3,7)	193 (2,3)	542 (3,0)
Não informado	107 (1,1)	204 (2,4)	311 (1,7)
Transportado por outra equipe	130 (1,4)	71 (0,8)	201 (1,1)
Não encontrado	0 (0)	47 (0,6)	47 (0,3)
Cancelado	0 (0)	7 (0,08)	7 (0,04)

\*teste G.

Fonte: As autoras, (2026)

No que se refere ao desfecho dos atendimentos, a ampla maioria dos pacientes foi classificada como viva ao término da intervenção (93,0%). Esses dados reforçam a relevância do SAMU na redução da mortalidade em situações de urgência e emergência, já que as duas variáveis tiveram diferenças estatísticas ( $p < 0,0001$ ) (Tabela 5).

**Tabela 5.** Distribuição das ocorrências realizadas pelo SAMU Anápolis – GO, conforme o desfecho clínico dos pacientes.

DESFECHO DO PACIENTE	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE	TOTAL	P*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Vivo	8.543 (91)	8.063 (95,2)	16.606 (92,9)	
Morto	375 (4,0)	318 (3,8)	693 (3,9)	< 0,0001
Não informado	476 (5,1)	92 (1,1)	568 (3,2)	

\*qui quadrado;

Fonte: As autoras, (2026)

Em relação aos motivos dos atendimentos, verificou-se predomínio das ocorrências clínicas (58,9%). Dentro desse conjunto, as situações de mal-estar e dor abdominal (8,5%) destacaram-se como o principal motivo de acionamento das equipes do SAMU. Em contraste, os episódios de acidente vascular encefálico (AVE) constituíram o extremo oposto do espectro (1,3%), embora associados a quadros de elevada gravidade e urgência terapêutica. Essa diferença evidencia que, enquanto os agravos de caráter inespecífico contribuem significativamente para a sobrecarga do sistema, os eventos neurológicos graves, ainda que menos frequentes, exigem respostas altamente qualificadas e tempo-dependentes. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p = 0,077$ ).

As ocorrências psiquiátricas (8,4%), observou-se nítida predominância dos surtos psiquiátricos (4,0%). Não foi observada diferença significativa entre os grupos ( $p = 0,128$ ). As ocorrências obstétricas (3,1%) revelaram predomínio dos casos de trabalho de parto (1,4%), que constituíram o principal motivo de acionamento. Assim, enquanto a maioria dos atendimentos obstétricos reflete intercorrências esperadas no curso da gestação, a minoria representa

situações de alto risco que demandam recursos especializados e resposta imediata, não havendo nas estatísticas diferença entre os grupos ( $p = 0,003$ ). Entre os atendimentos pediátricos (2,7%), as quedas e fraturas representaram as ocorrências mais frequente (0,4%).

Por fim, as causas externas (27,0%), caracterizaram como o segundo grupo mais prevalente. Dentre essas, as remoções e transportes inter-hospitalares (9,3%) foram o motivo predominante de acionamento, refletindo a relevância do SAMU como elo logístico entre diferentes níveis de atenção à saúde. No extremo oposto, os choques elétricos (0,09%) representaram a menor parcela das ocorrências externas, mantendo, entretanto, elevada gravidade individual e risco de óbito imediato. A análise estatística evidenciou a diferença entre os grupos ( $p < 0,001$ ) (Tabela 6).

**Tabela 6.** distribuição das ocorrências do SAMU regional dos Pirineus – GO, de acordo com o motivo de atendimento no ano de 2023.

	<b>1º SEMESTRE</b>	<b>2º SEMESTRE</b>	<b>TOTAL</b>	
<b>MOTIVOS CLÍNICOS</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>P*</b>
Outros	1.795 (32,1)	1.498 (30,4)	3.293 (18,43)	
Mal-estar e dor abdominal	846 (15,1)	674 (13,7)	1.520 (8,51)	
Queda no mesmo nível	579 (10,4)	540 (11)	1.119 (6,26)	
Crise convulsiva	529 (9,5)	475 (9,6)	1.004 (5,62)	
Dispneia	443 (7,9)	416 (8,4)	859 (4,81)	
Precordialgia e crise hipertensiva	393 (7)	380 (7,7)	773 (4,33)	0,077
Síncope	272 (4,9)	263 (5,3)	535 (2,99)	
Parada cardiorrespiratória	173 (3,1)	137 (2,8)	310 (1,74)	
Constatar óbito	193 (3,4)	169 (3,4)	362 (2,03)	
Rebaixamento do nível de consciência	138 (2,5)	126 (2,6)	264 (1,48)	
Oncológico	113 (2)	135 (2,7)	248 (1,39)	
AVE	117 (2,1)	114 (2,3)	231 (1,29)	
<b>MOTIVOS PSIQUIÁTRICOS</b>				
Surto psiquiátrico	373 (47,1)	334 (47,4)	707 (3,96)	
Outros	223 (28,2)	170 (24,1)	393 (2,20)	0,128
Tentativa de autoextermínio	110 (13,9)	100 (14,2)	210 (1,18)	
Paciente agitado	86 (10,9)	100 (14,2)	186 (1,04)	
<b>MOTIVOS OBSTÉTRICOS</b>				
Trabalho de parto	116 (38,2)	130 (53,5)	246 (1,38)	
Outros	131 (43,1)	74 (30,5)	205 (1,15)	0,003
Gestantes com sangramento ativo	36 (11,8)	24 (9,9)	60 (0,34)	
Parto prematuro	21 (6,9)	15 (6,2)	36 (0,20)	

---

**MOTIVOS PEDIÁTRICO**

Outros	95 (35,6)	104 (50,2)	199 (1,11)	
Síncope	63 (23,6)	11 (5,3)	74 (0,41)	
Queda e fratura	37 (13,9)	32 (15,5)	69 (0,39)	
Crise convulsiva	39 (14,6)	24 (11,6)	63 (0,35)	<0,001
Dispneia	25 (9,4)	20 (9,7)	45 (0,25)	
Engasgo	6 (2,2)	15 (7,2)	21 (0,12)	
Afogamento	2 (0,7)	1 (0,5)	3 (0,02)	

**MOTIVOS - CAUSAS  
EXTERNAS**

Remoção/transporte	916 (37,5)	746 (31,2)	1662 (9,30)	
Colisão de trânsito	643 (26,3)	706 (29,5)	1349 (7,55)	
Intoxicação exógena	174 (7,1)	242 (10,1)	416 (2,33)	
Queda	201 (8,2)	174 (7,3)	375 (2,10)	
Agressão	146 (6)	189 (7,9)	335 (1,87)	
Outros	177 (7,3)	147 (6,1)	324 (1,81)	<0,001
Ferimento por arma branca	87 (3,6)	112 (4,7)	199 (1,11)	
Atropelamento	49 (2)	39 (1,6)	88 (0,49)	
Queimadura	19 (0,8)	20 (0,8)	39 (0,22)	
Ferimento por arma de fogo	18 (0,7)	11 (0,5)	29 (0,16)	
Choque elétrico	10 (0,4)	6 (0,3)	16 (0,09)	

\*\*teste G.

Fonte: As autoras, (2026)

## 6. DISCUSSÃO

Os achados deste estudo permitem compreender o perfil clínico e epidemiológico das demandas atendidas pelo SAMU no município analisado, evidenciando predominância de ocorrências no primeiro semestre de 2023, sobretudo envolvendo o sexo masculino e população com idade superior a 61 anos. Observou-se, também, que o domicílio foi o principal local de acionamento do SAMU e que o período vespertino concentrou a maior demanda, o que sugere relação direta com a rotina diária e o movimento natural da cidade.

No que tange aos dias da semana com mais atendimentos, houve destaque para finais de semana e ao final da maioria das ocorrências, os pacientes estavam vivos e grande parte deles foram encaminhados para a UPA, reforçando o caráter resolutivo desse serviço. Entre os motivos mais frequentes, destacaram-se as queixas clínicas, especialmente episódios de mal-estar e dor abdominal, que refletem necessidades comuns da população e ajudam a compreender como esse serviço é utilizado no contexto local.

A análise comparativa entre o primeiro e o segundo semestre de 2023 possibilita identificar possíveis mudanças no perfil das demandas atendidas pelo SAMU antes e após o período de transição epidemiológica no cenário global e nacional de saúde. Em 5 de maio de 2023, a Organização Mundial da Saúde declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional relacionada à COVID-19, marcando o encerramento da fase mais crítica da crise sanitária global<sup>42</sup>.

A identificação de diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro e o segundo semestre de 2023 para variáveis como faixa etária, destino do paciente, desfecho e perfil das ocorrências pediátricas e causas externas sugere a influência da pandemia da COVID-19, uma vez que um estudo demonstrou que esse período promoveu alterações relevantes no perfil dos atendimentos realizados pelos serviços de emergência, além de mudanças no comportamento de busca por cuidado<sup>43</sup>. Assim, no presente estudo, a transição observada ao longo de 2023 pode refletir não apenas variações sazonais, mas também o processo de readequação dos serviços de saúde e da população no período pós-pandêmico.

Os resultados evidenciaram que Anápolis concentrou a maior parte de todas as ocorrências do SAMU ao longo de 2023, enquanto os demais municípios da Regional Pirineus tiveram participação pouco expressiva. Esse comportamento era esperado, pois grandes centros urbanos, assim como relatado em outras regiões brasileiras, costumam concentrar a maior parte

da demanda por serviços de APH, em razão da maior densidade populacional, do fluxo intenso de pessoas e da complexidade das atividades urbanas<sup>2</sup>.

Essa distribuição também reflete a própria lógica da Rede de Atenção às Urgências (RAU), que organiza o atendimento de forma regionalizada e atribui ao SAMU a função de regular e redistribuir as demandas conforme a capacidade dos territórios. Assim, municípios menores como Abadiânia, Gameleira, Goianópolis e Terezópolis, por apresentarem população reduzida e oferta mais limitada de serviços, tendem a depender do município-polo para o manejo da maior parte das urgências. Estudos conduzidos em cidades referência, como Salvador, Botucatu e Teresina, apontam o mesmo padrão, reforçando a centralização assistencial no município-sede e a forte dependência das cidades satélites para suporte pré-hospitalar<sup>39,33,40</sup>. Nesse sentido, esse processo de regionalização das urgências intensifica não só o número de chamados recebidos por Anápolis, como também gera uma maior dependência desses municípios menores em relação ao polo regional. Enfatizando, dessa forma, o papel estratégico do APHM na organização dos fluxos assistenciais e na resposta rápida a agravos tempo-dependentes.

Quanto ao sexo, observou-se predominância de atendimentos envolvendo indivíduos do sexo masculino, demonstrando um aspecto já relatado na literatura em relação à maior exposição de homens a uma maior quantidade de situações de risco. O estudo de Cryino et al<sup>50</sup> verificou que homens constituem a maior parte dos usuários atendidos e readmitidos pelo SAMU, especialmente nas faixas etárias economicamente ativas<sup>40</sup>. Essa tendência é reforçada por Gomes e Viana<sup>51</sup> ao demonstrarem que, entre as causas externas, os homens representam parcela significativa das vítimas, sobretudo em eventos como acidentes de trânsito e agressões, situações diretamente relacionadas à maior exposição ao risco e padrões comportamentais característicos desse grupo.

A análise por faixa etária evidenciou, no referido estudo, uma maior concentração de ocorrências em adultos jovens e idosos, padrão esse visto em outros estudos, onde nos idosos, há clara associação entre envelhecimento populacional, maior prevalência de DCNT e risco aumentado de descompensações clínicas, além das quedas — um dos principais motivos de acionamento do APH nessa faixa etária<sup>52,53</sup>. A presença expressiva do grupo entre 46 e 60 anos também reflete um momento da vida marcado pelo início de manifestações mais claras de doenças crônicas, maior exposição ocupacional e maior envolvimento em deslocamentos

urbanos, aumentando a probabilidade de agravos que demandam intervenção pré-hospitalar<sup>54</sup>.

Já entre adolescentes, crianças e lactentes, a menor representatividade observada segue também um padrão, uma vez que parte considerável das demandas em saúde na infância é resolvida na atenção primária, além de que crianças apresentam menor exposição a causas externas de maior gravidade quando comparadas aos adultos<sup>55</sup>. Ainda assim, quando esses grupos acionam o SAMU, geralmente o fazem por eventos agudos e inesperados, reforçando a importância da qualificação da equipe para situações de alta sensibilidade clínica.

A diferença na distribuição etária entre os semestres pode ser explicada pela reorganização do perfil de demanda após a pandemia, período no qual houve redução da procura por atendimentos menos graves e maior concentração de casos mais complexos, especialmente em grupos mais vulneráveis, como idosos. Com a retomada gradual das atividades e maior confiança no sistema de saúde, observa-se um retorno progressivo da demanda reprimida e reequilíbrio do perfil etário dos atendimentos<sup>44</sup>.

No que tange ao ambiente onde a emergência ocorre, seja ele público, domiciliar ou institucional, observa-se que o local da ocorrência é um determinante relevante para a dinâmica do atendimento pré-hospitalar. Em diferentes contextos analisados, verifica-se que a maior parte das solicitações de emergência tem origem no domicílio, seguida pela via pública e, em menor proporção, por unidades de saúde. Essa distribuição reforça o papel central do ambiente domiciliar como principal ponto de demanda, com implicações diretas sobre o tempo de resposta das equipes e sobre a organização da rede de urgência. Ademais, um artigo indicou que áreas com maior densidade populacional ou melhor cobertura viária tendem a apresentar volume de chamados mais elevado, o que pode contribuir para atrasos no atendimento ou sobrecarga dos sistemas de regulação e resposta pré-hospitalar<sup>57</sup>.

Nessa perspectiva, a origem geográfica do chamado é um fator que influencia não só o tempo de resposta, mas também a triagem inicial e, conseqüentemente, o tipo de recurso que será mobilizado. Este ponto é corroborado por documentos internacionais; por exemplo, um relatório da agenda nacional de serviços pré-hospitalares da Holanda destaca a necessidade de "vias de cuidado" (*care pathways*) diferenciadas. Tais alternativas são consideradas essenciais, especialmente em áreas rurais ou de difícil acesso, para mitigar o risco de um pior prognóstico.<sup>60</sup>

A observação de que a maioria dos chamados ao serviço de emergência do estudo em questão originou-se no ambiente domiciliar, no qual sinaliza uma importante mudança no perfil de uso dos serviços pré-hospitalares. Essa predominância do lar reflete fatores como o envelhecimento populacional, o aumento de doenças crônicas e a maior permanência das pessoas em casa, tendência confirmada por estudos, como o de Doha, que identificou o domicílio como local mais prevalente nas emergências<sup>61</sup>.

Desse modo, surge a necessidade crítica de incluir o perfil domiciliar no planejamento e na gestão dos serviços. Essa realidade exige que os sistemas de emergência organizem e refinem seus critérios de triagem, uma vez que nem todos os atendimentos domiciliares configuram urgências reais ou requerem transporte. Assim, compreender e adaptar-se a esse padrão é fundamental para a otimização dos recursos das equipes e a redução de deslocamentos desnecessários<sup>62</sup>.

Além disso, o contexto domiciliar influencia diretamente a dinâmica do atendimento. Fatores como acesso ao local (escadas, áreas periféricas, trânsito), iluminação, presença de cuidadores e condições ambientais podem afetar o tempo de resposta e o desfecho clínico. O ambiente doméstico pode representar tanto uma vantagem, quando há proximidade geográfica, quanto um desafio, devido às barreiras estruturais e sociais que dificultam o socorro. Nesse sentido, a análise do atendimento pré-hospitalar reforça que as chamadas domiciliares demandam maior adaptabilidade da equipe, especialmente na avaliação da urgência e na decisão entre transporte e não-transporte do paciente<sup>63</sup>.

Em segundo lugar, após os chamados domiciliares, estão as ocorrências em via pública, que representam situações agudas, inesperadas e, frequentemente, traumáticas (como acidentes, quedas ou mal súbito). Por ocorrerem em ambientes não controlados, exigem uma resposta extremamente rápida para estabilização do paciente e segurança da cena. No entanto, o atendimento externo impõe desafios logísticos adicionais, como dificuldades de acesso e condições climáticas, que podem prolongar o tempo de intervenção. Devido à imprevisibilidade e à maior gravidade, esses casos dependem da coordenação com outros órgãos (polícia e bombeiros) e, em geral, necessitam de transporte hospitalar imediato<sup>64</sup>.

No que diz respeito ao período do dia, a maior concentração de chamados coincidiu com o horário de maior circulação da população, o turno vespertino, o que sugere que a dinâmica urbana influencia diretamente a demanda pelo serviço. Um estudo realizado no Paraná

identificou comportamento semelhante, com maior volume de atendimentos no período vespertino, associado ao aumento das atividades laborais e deslocamentos urbanos<sup>56</sup>.

A distribuição semanal também revelou uma maior procura pelo serviço nos fins de semana e esse aumento pode estar relacionado às atividades de lazer, maior circulação de pessoas, uso recreativo de álcool e elevação dos deslocamentos extra-laborais<sup>57</sup>. Isso reforça que o acionamento do SAMU acompanha o ritmo de mobilidade populacional, tornando essencial que o planejamento operacional do serviço que considere esses períodos de maior risco para dimensionar adequadamente equipes e recursos<sup>58</sup>.

A avaliação do destino dos pacientes após o atendimento pré-hospitalar constitui um indicador crucial da efetividade e integração do sistema de urgência. No âmbito do presente estudo, identificou-se uma clara predominância de encaminhamentos para as UPAs, seguidas pelos hospitais das redes pública e privada. Tal achado consolida o papel fundamental das unidades de pronto atendimento como o elo intermediário e estratégico entre o cuidado imediato de emergência e a eventual internação hospitalar. Este padrão de fluxo é consistente com a literatura nacional, a qual demonstra que as UPAs e prontos-socorros são os principais pontos de absorção dos pacientes atendidos pelo SAMU, especialmente aqueles que apresentam quadros clínicos e causas externas de menor complexidade<sup>65</sup>.

A centralização do fluxo em unidades intermediárias (como as UPAs) é crucial para uma rede de urgência resolutiva, pois direciona corretamente pacientes com agravos clínicos não tempo-dependentes que necessitam de estabilização, prevenindo a sobrecarga hospitalar e garantindo a continuidade do cuidado. Contudo, o destino final não é determinado apenas pela gravidade, mas também pela disponibilidade da rede e pela capacidade decisória do médico regulador. A literatura adverte que falhas na comunicação entre a central de regulação e os hospitais de destino são críticas, podendo resultar em remanejamentos, recusas de vaga e atrasos no transporte inter-hospitalar, comprometendo diretamente a resolutividade do sistema<sup>66</sup>.

Em contrapartida, fluxos bem coordenados e protocolos de regulação claros estão associados à redução de mortalidade e de tempo de permanência hospitalar<sup>63</sup>. No contexto do SAMU Regional Pirineus, os encaminhamentos majoritários para UPAs e hospitais indicam um sistema relativamente articulado, embora a expressiva taxa de recusas e de pacientes liberados no local demonstra a necessidade de aprimorar os critérios de transporte e a avaliação de risco clínico, bem como maior formação dos profissionais responsáveis pela triagem e

encaminhamento das equipes. Assim, compreender o destino pós-atendimento é essencial para aprimorar a interface entre os níveis de atenção, garantindo que o paciente receba, no menor tempo possível, o cuidado proporcional à sua condição clínica e reduzindo os eventos adversos evitáveis na transição do cuidado<sup>68</sup>.

No que se refere aos pacientes liberados no local, a gestão apropriada do não-transporte representa uma estratégia de otimização de recursos que exige critérios clínicos e operacionais robustos. Em recente estudo de coorte realizado na Dinamarca, envolvendo mais de 17.000 pacientes não transportados pelos serviços de emergência pré-hospitalar, observou-se que uma parcela mínima dos pacientes evoluiu para óbito em até 48 horas, o que sugere que a prática pode ser segura em muitos casos. No entanto, simultaneamente, parte desses pacientes foram admitidos em hospital dentro das 48 horas seguintes, indicando que embora o risco absoluto de morte seja baixo, há uma não-negligenciável proporção que evolui para internação, o que impõe a necessidade de um protocolo criterioso de triagem, já que fatores como idade elevada, gênero masculino e sinais vitais alterados foram identificados como preditores independentes de necessidade de reavaliação ou hospitalização<sup>69</sup>.

Dessa forma, ainda que o não-transporte seja uma alternativa viável para casos de menor gravidade, ele não pode ser aplicado de forma indiscriminada sem a devida estratificação de risco. A decisão de dispensar o transporte e dar alta domiciliar ou sem encaminhamento hospitalar deve levar em conta tanto o quadro clínico imediato quanto o cenário social, a adesão a orientações pós-atendimento e a estrutura de monitorização disponível – sob pena de comprometer a continuidade e segurança do cuidado<sup>70</sup>.

Em relação ao exame dos desfechos imediatos e de médio prazo dos pacientes, trata-se de uma etapa fundamental para uma avaliação robusta da qualidade e continuidade do cuidado prestado pelo serviço pré-hospitalar. A sobrevida após a intervenção inicial sugere a eficácia primária das ações da equipe móvel, contudo, é crucial analisar o risco residual. Por exemplo, a literatura demonstra que a predição de mortalidade, mesmo em grandes coortes de usuários de ambulância, apresenta dificuldade significativa. Este fato ressalta uma vulnerabilidade inerente: embora a maioria dos pacientes seja estabilizada e sobreviva ao atendimento imediato, eles permanecem em alto risco de deterioração nos períodos subsequentes. Portanto, a sobrevida inicial não deve ser o único indicador, devendo-se integrar métricas que avaliem a transição segura e a estabilidade clínica a longo prazo para garantir a real resolutividade do sistema<sup>71</sup>.

Embora o número de óbitos seja pequeno, ele representa um importante marcador da gravidade inicial dos casos e das limitações do tempo-resposta, uma vez que o desfecho fatal está fortemente associado a atrasos na chegada da equipe, ausência de reconhecimento precoce de sinais de instabilidade e demora no transporte ao hospital de referência. Assim, mesmo que a maior parte dos atendimentos do SAMU resulte em pacientes vivos, cada óbito sinaliza possíveis gargalos do sistema, sejam estruturais (logística, regulação médica, disponibilidade de recursos) ou clínicos (gravidade extrema, demora no acionamento ou ausência de suporte avançado). A taxa de mortalidade deve, portanto, ser interpretada como um indicador sentinela de qualidade, orientando revisões nos fluxos de atendimento e investimentos em capacitação e infraestrutura, para que a sobrevivência se traduza também em redução de sequelas e melhor qualidade do cuidado pós-emergência<sup>72</sup>.

Da mesma forma, as variações observadas no destino dos pacientes e nos desfechos do atendimento refletem mudanças estruturais no fluxo assistencial durante a pandemia, período em que houve reorganização da rede de urgência e emergência com a implementação de protocolos de triagem mais rigorosos, priorização de casos graves e respiratórios, além da ampliação de estratégias de não transporte e resolução no local, com o objetivo de reduzir a exposição desnecessária aos serviços hospitalares e evitar sua sobrecarga<sup>45</sup>. Nesse contexto, unidades intermediárias e o próprio atendimento pré-hospitalar passaram a assumir papel ainda mais relevante na estratificação de risco e na definição do encaminhamento, o que impactou diretamente os desfechos e o destino dos pacientes.

No presente estudo, as causas clínicas ficaram em primeiro lugar. Tal realidade se explica pela grande prevalência de doenças crônicas, principalmente cardiovasculares, respiratórias e diabetes, o que se traduz em aumento de queixas como dor torácica e dispnéia<sup>68</sup>. Do mesmo modo, essas doenças estão entre as principais causas de morte no mundo, incluindo o Brasil, e exercem grande impacto sobre o sistema de saúde e, conseqüentemente, sobre o SAMU. Esse cenário é agravado pelo envelhecimento populacional, que amplia a incidência de comorbidades e reforça a necessidade de estratégias voltadas à atenção integral e preventiva<sup>74,75</sup>.

Neste estudo observou-se que as causas externas foram a segunda mais prevalentes. Isso está relacionada às características regionais da amostra, uma vez que o município analisado apresenta forte presença industrial, logística e de transporte, o que sugere maior circulação de veículos pesados e de passeio, tráfego intenso nas rodovias federais que cruzam o município e

maior exposição a acidentes de trânsito, remoções inter-hospitalares e transporte de cargas<sup>54,76,77</sup>.

A densidade veicular e a logística industrial tornam plausível que os atendimentos por causas externas (traumas, colisões, transporte inter-hospitalar) se destaquem localmente. Pesquisas recentes demonstram que, em alguns contextos, especialmente em cidades de médio porte com tráfego intenso e índices elevados de trauma, as causas externas assumem papel predominante nos atendimentos<sup>77,78</sup>. Assim, os achados do referido estudo reforçam a importância de considerar as especificidades territoriais e sociais na análise dos dados do SAMU, evitando generalizações e permitindo melhor direcionamento de recursos e treinamentos voltados ao atendimento de vítimas de trauma e violência.

A diferença significativa entre os semestres, no que tange às ocorrências por causas externas, pode ser explicada pela retomada da mobilidade urbana e das atividades econômicas após o período pandêmico. Isso pode ser explicado analisando a relação entre a redução da circulação de pessoas e veículos durante a pandemia e a diminuição de eventos traumáticos, especialmente colisões de trânsito e episódios de violência<sup>48</sup>. Em contrapartida, com a flexibilização das medidas sanitárias e o retorno das atividades sociais e laborais, observa-se aumento progressivo dessas ocorrências, refletindo maior exposição a fatores de risco relacionados ao tráfego urbano e à interação social<sup>49</sup>.

Os surtos psiquiátricos, pacientes agitados e tentativas de autoextermínio compuseram a maior parte das ocorrências psiquiátricas. Esse padrão coincide com análises brasileiras de serviços móveis, nas quais a agitação psicomotora e os episódios psicóticos são motivos dominantes de acionamento, seguidos por crises ansiosas e comportamento suicida<sup>79,80</sup>. A presença desses quadros impõe desafios na regulação, abordagem segura da cena e manejo farmacológico/desescalada, demandando fluxos intersetoriais entre o SAMU, os centros de atenção psicossocial (CAPS), as unidades de urgência psiquiátrica e, em alguns casos, o apoio das forças de segurança pública.

As ocorrências obstétricas, embora menos frequentes, mostraram predominância de trabalho de parto, sangramento ativo e parto prematuro, corroborando achados de estudos realizados em outras cidades do Centro-Oeste<sup>81</sup>. A literatura destaca que parte dessas situações decorre da dificuldade de acesso ao pré-natal e à rede de maternidades de referência, o que

contribuiu para partos extra hospitalares e complicações perinatais. Esse contexto reforça o papel do SAMU na identificação precoce do risco materno-fetal e na condução adequada das emergências obstétricas durante o transporte<sup>82</sup>. No grupo pediátrico, as causas mais frequentes foram quedas e fraturas, crise convulsiva e dispneia, padrão compatível com a literatura sobre agravos não intencionais na infância<sup>83,84</sup>.

Estudos brasileiros apontam os acidentes domésticos e as convulsões febris como principais motivos de acionamento do SAMU para crianças, especialmente nas faixas etárias de 1 a 5 anos<sup>85,86</sup>. Esse perfil reflete vulnerabilidades relacionadas à supervisão inadequada e ao ambiente domiciliar, além de doenças respiratórias que cursam com obstrução de vias aéreas e requerem atendimento imediato.

As diferenças observadas entre os semestres podem ser atribuídas, em grande parte, à retomada progressiva das atividades escolares e sociais após o período de restrições impostas pela pandemia da COVID-19. Nesse contexto, medidas como distanciamento social, fechamento de escolas e redução da circulação populacional estiveram associadas a uma diminuição significativa da procura por atendimentos pediátricos em serviços de emergência durante a pandemia<sup>46</sup>. Com a flexibilização dessas medidas ao longo de 2023, observa-se aumento da exposição das crianças a agentes infecciosos e a situações de risco, além da retomada das interações sociais, fatores que contribuem para o crescimento das demandas pediátricas no período subsequente<sup>47</sup>.

Dentre as limitações do estudo, ressalta-se que o uso de dados secundários condiciona a qualidade das informações, podendo haver variações decorrentes do preenchimento das fichas de atendimento. Entretanto, as fontes utilizadas são consideradas confiáveis e de boa qualidade, possibilitando análises consistentes e subsidiando a tomada de decisão em saúde pública. Outra limitação é que a pesquisa foi realizada em âmbito local, o que restringe a generalização dos resultados para outros contextos.

De maneira geral, os achados reforçam como a demanda por APH é moldada pela combinação entre características sociodemográficas, padrões comportamentais, ritmo urbano e condições clínicas típicas de cada grupo etário. Além disso, a presença de registros incompletos, como a falta de idade em parte das fichas, evidencia a necessidade de aprimoramento dos processos de registro, para garantir maior precisão das análises e fortalecer o monitoramento epidemiológico do serviço.

## 7. CONCLUSÃO

Portanto, com base neste estudo e em seus resultados, observou-se um predomínio de atendimentos na cidade de Anápolis, de pacientes do sexo masculino, com faixa etária acima de 61 anos. A maior parte dos atendimentos ocorreu em domicílio, com maior concentração no turno vespertino, principalmente aos sábados e domingos. Houve predominância de encaminhamentos para as UPAs, sendo as ocorrências clínicas as mais prevalentes, especialmente dor abdominal, seguidas pelas causas externas, com destaque para remoção e transporte. A maioria dos desfechos classificou os pacientes como vivos, sendo o óbito registrado em uma minoria dos casos.

Destaca-se, ainda, a presença de diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro e o segundo semestre de 2023 para variáveis como faixa etária, destino do paciente, desfecho, motivos pediátricos e causas externas. Esses achados sugerem influência de fatores contextuais no padrão de utilização do serviço, especialmente relacionados à transição pós-pandemia da COVID-19, com possível impacto na reorganização dos fluxos assistenciais, no perfil das demandas e na retomada das atividades sociais e econômicas ao longo do ano.

Ressalta-se, entretanto, que informações referentes à origem do chamado, perfil sociodemográfico, horário, destino, desfecho e motivo do atendimento apresentaram lacunas ou respostas incompletas, o que limitou a obtenção de dados mais precisos sobre as ocorrências. Dessa forma, os achados sobre o perfil clínico-epidemiológico das ocorrências do SAMU na Região dos Pirineus poderão subsidiar treinamentos voltados ao atendimento direcionado aos principais agravos à saúde, bem como ao preparo das equipes para os horários e dias de maior demanda, além de promover o encaminhamento correto do paciente prevenindo a sobrecarga hospitalar e garantindo a continuidade do cuidado. Além disso, os resultados podem contribuir para o aprimoramento do processo de tomada de decisão, do preenchimento das fichas de atendimento e da otimização dos recursos do serviço, reduzindo atendimentos desnecessários, o desgaste da equipe e os custos operacionais. Com isso, torna-se possível direcionar o cuidado a pacientes que realmente necessitam de atendimento de urgência e emergência, promovendo maior eficiência e qualidade na assistência prestada

## REFERÊNCIAS

1. SOUZA, Evelyn Angela de Oliveira; ALENCAR, Maria do Carmo Baracho de. O atendimento pré-hospitalar móvel no Brasil e a importância da enfermagem. In: SILVA, Patrício Francisco da; MOLIN, Rossano Sartori Dal (org.). **Saúde e Enfermagem: abordagens multidisciplinares para o cuidado**. São Paulo: Editora Científica Digital, 2025. P. 8–22.
2. MARQUES, Tais de Oliveira et al. Serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU): uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, e38310212522, 2021.
3. SOGAME, Luciana Carrupt Machado; MACHADO, Clarissa Corrêa. Política Nacional de Atenção às Urgências: implantação do SAMU 192 na região sul capixaba. In: SOGAME, Luciana Carrupt Machado; MACHADO, Clarissa Corrêa (org.). **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: avanços e desafios**. São Paulo: Editora Científica Digital, 2023. P. 68-84.
4. SOUZA, Makcileni Paranho de et al. Tendência de atendimentos por causas externas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, Eape01886, 2022.
5. TOFANI, Luís Fernando Nogueira et al. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cena: contingências e produção de cuidado. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 134, p. 761-776, 2022.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 maio 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010\\_21\\_05\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html). Acesso em: 4 nov. 2024.
7. MALVESTIO, Marisa Aparecida Amaro; SOUSA, Regina Márcia Cardoso de. Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: análise da eficiência e suficiência da cobertura do SAMU 192. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 7, p. 2921-2934, 2022.
8. MALVESTIO, Marisa Aparecida Amaro; SOUSA, Regina Márcia Cardoso de. Produção de procedimentos pelo SAMU 192 no Brasil: performance, benchmarking e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, e18482022, 2024.
9. MACIEL, Regina Heloisa et al. Avaliação do contexto de trabalho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, e00151177, 2022.
10. QUICK DOLL, Silvia Catarina et al. Qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da Rede de Urgência e Emergência no Brasil: um estudo a partir de dados do PMAQ-AB e PNASS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 8, e00009922, 2022.
11. MARTINS, Thalyta Cássia de Freitas et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um

- desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4483-4496, 2021.
12. BRITO, Isabela Cristina Pires de et al. Factors associated with external causes in elderly attended by mobile emergency care service. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 45, e20230005, 2024.
  13. TOBIAS, Guilherme Costa et al. Use of prehospital care, hospitalization and sequelae in road traffic injury victims in a large Brazilian city. **PLOS ONE**, v. 16, n. 4, e0249895, 2021.
  14. SILVA, Angel Adriany da et al. Impacto da pandemia da COVID-19 na epidemiologia dos acidentes de trânsito: um estudo transversal. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 49, e20223364, 2022.
  15. ARAUJO, Amanda Ferreira et al. Pre-hospital assistance by ambulance in the context of coronavirus infections. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, supl. 1, e20200657, 2021.
  16. BOITRAGO, Ghabriela Moura et al. Reestruturação dos serviços de emergência à COVID-19 no Brasil: uma análise espaço-temporal, fevereiro a agosto de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 4, e2020791, 2021.
  17. SILVA, João Batista de Carvalho et al. Perfil dos atendimentos pré-hospitalares em serviço de atendimento móvel de urgência no nordeste do Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 21, e56830, 2022.
  18. CYRINO, Claudia Maria Silva et al. Factors related to readmissions to the Mobile Emergency Care Service. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 27, e20230004, 2023.
  19. SOUSA, Brendo Vitor Nogueira; TELES, Juliane Fontes; OLIVEIRA, Elenilda Farias. Perfil, dificuldades e particularidades do trabalho dos profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel: uma revisão integrativa. **Revista Enfermería Actual en Costa Rica**, n. 38, p. 17, 2020.
  20. AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Committee on Trauma. Hospital and prehospital resources for optimal care of the injured patient. **Bulletin of the American College of Surgeons**, v. 71, n. 4, p. 4-23, 1986.
  21. MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1877-1886, 2008.
  22. MARQUES, Tais de Oliveira et al. Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu): uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. E38310212522-e38310212522, 2021.
  23. DOS SANTOS, Rafaela Rodrigues et al. Análise das ocorrências realizadas pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU/DF. **Revista Ciência e Cidadania**, p. 23-33, 2024.

24. VIEIRA, Rodrigo Costa Pereira et al. Avaliação do impacto da implantação de um sistema de ambulância pré-hospitalar sobre mortalidade por infarto agudo do miocárdio em um país em desenvolvimento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 119, n. 5, p. 756-763, 2022.
25. SILVA, Elisângelo Aparecido Costa da et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 571-577, 2010.
26. RAMOS, Viviane Oliveira; SANNA, Maria Cristina. A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, p. 355-360, jun. 2005.
27. LOPES, Sérgio Luiz Brasileiro; FERNANDES, Rosana Joaquim. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 32, n. 4, p. 381-387, 1999.
28. O'DWYER, Gisele et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, e00043716, 2017.
29. NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). **Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)**. 9. Ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020.
30. ARCOVERDE, M G. **Saúde operacional: história e perspectivas**. Orientador: Luka Rosado Costa Ferreira . 2020 Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares). Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2019.
31. SANTOS, Thailane Daniele Vieira et al. Evolução da prática do atendimento pré-hospitalar no Brasil: uma síntese histórica. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 6, n. 13, e061303, 2023.
32. SOUSA, Brendo Vitor Nogueira; TELES, Juliane Fontes; OLIVEIRA, Elenilda Farias. Perfil, dificuldades e particularidades no trabalho de profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. **Enfermería Actual en Costa Rica**, n. 38, 2020.
33. ALMEIDA, Priscila Maschetto Vieira de et al. Analysis of services provided by SAMU 192: Mobile component of the urgency and emergency care network. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2016
34. SILVA, T. S. M. Características das ocorrências assistidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Orientador: Cristiane da Silva Ramos Marinho. 2017. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2017.
35. LEFUNDES, Gleicielle Aparecida Andrade et al. Caracterização das ocorrências do

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 1-9, 2016.
36. SANTOS, Givani Moraes et al. atendimentos do componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 3, p. 1-12, 2019.
37. OLIVEIRA, Emanuel Thomaz de Aquino et al. Distribuição espaço-temporal das ocorrências obstétricas socorridas pelo serviço de atendimento móvel de urgência / Space-temporal distribution of obstetric occurrences reserved by the mobile emergency servisse. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 87622-87635, 2020.
38. MICHELIN, Nathallia Serodio et al. Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 669-675, 2016.
39. VIANA, Milla Araújo Goés Velloso. Perfil de atendimento de crianças assistidas pelo SAMU Salvador de 2017 a 2020. Orientador: Thaís de Andrade Calasans. 2022. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2022.
40. VELOSO, Caique et al. atendimentos de natureza psiquiátrica realizados pelo serviço pré-hospitalar móvel de urgência. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 1-10, 2018.
41. BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. IBGE. **Anápolis: panorama**. Cidades IBGE, 2024. Brasília: Ministério do Planejamento e Orçamento, 2024. Disponível em : <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/anapolis/panorama> . Acesso em: 12 novembro de 2014
42. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OMS declara fim da emergência de saúde pública de importância internacional referente à COVID-19** [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2023 [citado 2026 Abr 3]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>
43. MOYNIHAN, R. et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilization of healthcare services: a systematic review. **BMJ Open**, v. 11, p. e045343, 2021.
44. BOSERUP, B. et al. Emergency department visits for serious conditions during COVID-19 pandemic. **American Journal of Emergency Medicine**, v. 38, n. 12, p. 2641-2645, 2020.
45. AZBEL, M. et al. Emergency medical services during COVID-19: changes in demand and care pathways. **Emergency Medicine Journal**, v. 39, p. 693-698, 2022.
46. DOPFER C, Wetzke M, Zychlinsky Scharff A, et al. COVID-19 related reduction in pediatric emergency healthcare utilization – a concerning trend. **BMC Pediatr**. 2020;20:427.

47. CHAIYACHATI, B. H. et al. Trends in pediatric emergency department utilization after institution of COVID-19 mandatory social distancing. **Journal of Pediatrics**, v. 226, p. 274-277.e1, 2020.
48. SUTHERLAND, M. et al. Vehicle related injury patterns during the COVID-19 pandemic: what has changed? **American Journal of Emergency Medicine**, v. 38, n. 9, p. 1710-1714, 2020.
49. QUERESHI, A. I. et al. Changes in motor vehicle crash patterns during the COVID-19 pandemic: a systematic review. **Traffic Injury Prevention**, v. 23, n. 6, p. 489-495, 2022.
50. CYRINO, C. M. S. et al. Fatores relacionados às readmissões no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 27, p. E20230054, 2023.
51. GOMES, P. M.; VIANA, J. A. A. Estudo epidemiológico dos atendimentos de agravos por causas externas realizados pelo SAMU de Imperatriz, Maranhão, no período de 2015 a 2017. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 2, p. 10075-10089, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/56205>.
52. BRITO, A. A. O. et al. Fatores associados às causas externas em idosos atendidos pelo SAMU 192. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 45, e20230123, 2024.
53. LEITE, M. T. et al. Atendimento a pessoas idosas em um serviço de SAMU: perfil e causas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 5, e12128, 2023.
54. SOUZA, Makcileni Paranho de et al. Tendência de atendimentos por causas externas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, Eape01886, 2022.
55. SANTOS, Gabriella Silva dos. **Perfil clínico-epidemiológico de pacientes pediátricos atendidos no SAMU em um município no sul do Maranhão**. Orientadora: Rossana Vanessa Dantas de Almeida-Marques. 2022. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Centro de Ciências de Imperatriz, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, 2022.
56. FURQUIM, Ricardo de Jesus et al. Indicador tempo de resposta no atendimento ao trauma em um serviço móvel de urgência. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 13, e13409, 2024.
57. SILVA, Rodrigo Costa da; SOUZA, Maria Aparecida de; OLIVEIRA, João Paulo de; et al. Perfil dos atendimentos do serviço pré-hospitalar móvel em capitais brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 55, p. 1–10, 2021.
58. SANTOS, Lúcia Maria dos; OLIVEIRA, Ana Paula de; FERREIRA, Carlos Henrique da; et al. Análise temporal da demanda por serviços de atendimento pré-hospitalar móvel. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 75, n. 3, e20210123, 2022.
59. MØLLER, Thea Palsgaard et al. Emergency call utilization over a 10-years period: an

- observational study in Region Zealand, Denmark, 2013-2022. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, v. 32, n. 1, p. 129, 2024.
60. VLOET, Lilian C. M. et al. The updated national research agenda 2021-2026 for prehospital emergency medical services in the Netherlands: a Delphi study. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, v. 29, n. 1, p. 162, 2021.
  61. FARHAT, Hassan et al. Epidemiology of prehospital emergency calls according to patient transport decision in a middle eastern emergency care environment: retrospective cohort-based. **Health Science Reports**, v. 7, n. 4, p. e2056, 2024.
  62. ZHANG, Surong et al. What causes Emergency Medical Services (EMS) delay? Unravel high-risk buildings using citywide ambulance trajectory data. **Habitat International**, v. 153, p. 103198, 2024.
  63. CIMINO, Jonathan; BRAUN, Claude. Clinical research in prehospital care: current and future challenges. **Clinics and Practice**, v. 13, n. 5, p. 1266-1285, 2023.
  64. UENO, Keiko et al. Factors associated with prolonged on-scene time in ambulance transportation among patients with minor diseases or injuries in Japan: a population-based observational study. **BMC Emergency Medicine**, v. 24, n. 1, p. 10, 2024.
  65. ALMEIDA, Priscila Masquetto Vieira et al. Analysis of services provided by SAMU 192: Mobile component of the urgency and emergency care network. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, e20160041, 2016.
  66. SAMADBE, K. et al. Patient flow in emergency departments: a comprehensive umbrella review of solutions and challenges across the health system. **BMC Health Services Research**, v. 24, n. 1, p. 274, 2024.
  67. KATAYAMA, Yusuke et al. Outcome of emergency patients transported by ambulance in Osaka Prefecture, Japan: a population-based observational study. **Frontiers in Public Health**, v. 12, e1322236, 2024.
  68. DERI, Yotam et al. The impact of prehospital and hospital care on clinical outcomes in out-of-hospital cardiac arrest. **Journal of Clinical Medicine**, v. 11, n. 22, p. 6851, 2022.
  69. MØLLER, Frederikke Amalie et al. Patient safety in non-conveyance within prehospital emergency medical services: a register-based study. **Internal and Emergency Medicine**, v. 20, n. 2, p. 1-9, 2025.
  70. PAULIN, Jani et al. EMS non-conveyance: a safe practice to decrease emergency department crowding or a threat to patient safety? **BMC Emergency Medicine**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2021.
  71. LINDSKOU, T. A. et al. Prehospital early warning scores to predict mortality in patients using ambulances. **JAMA Network Open**, v. 6, n. 8, e2328128, 2023.
  72. KIYOHARA, K. et al. Association between prehospital time intervals and in-hospital mortality among trauma patients transported by EMS: a nationwide cohort study in

- Japan. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, v. 31, n. 1, p. 62, 2023.
73. DANTAS, R. A. N. et al. Ocorrências clínicas no SAMU metropolitano. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 15, e246453, 2021.
74. SILVA, T. S. **Características das ocorrências assistidas pelo SAMU**. 2021. 62 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021.
75. CASTRO, R. R. et al. Caracterização das ocorrências do SAMU. **Revista Eletrônica Acesso Enfermagem**, v. 7, p. 1–7, 2020.
76. BRASIL. Ministério da Economia. Anápolis vai se transformar num parque industrial automobilístico. **Portal Goiás**, [s.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://goias.gov.br/anapolis-vai-se-transformar-num-parque-industrial-automobilistico-projeta-caiado/>. Acesso em: 6 nov. 2025.
77. BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Departamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidades e Estados: Anápolis (GO)**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/anapolis/panorama> . Acesso em: 6 nov. 2025.
78. GONZAGA, P. P. A. et al. Atendimento pré-hospitalar ao trauma e seu perfil. **Enfermagem em Foco**, v. 15, e2024107, 2024.
79. LIMA, N. F. et al. Epidemiologia do trauma em APH – Dourados. **JBME**, v. 4, n. 1, 2023.
80. MACHADO, D. M. et al. Urgências psiquiátricas e segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, supl. 1, e20201083, 2021.
81. MACHADO, D. M. et al. Psychiatric emergency service in Federal District: interdisciplinarity, pioneering spirit and innovation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 4, e20200388, 2021.
82. ALALEIT, O. D. et al. Emergency obstetric ambulance transfers. **African Journal of Emergency Medicine**, v. 13, n. 2, p. 99-107, 2023.
83. HILL, M. et al. Out-of-hospital births and EMS experiences. **BMJ Open**, v. 15, e086523, 2025.
84. GONÇALVES, M. F. M. P. et al. Childhood accidents treated by SAMU during COVID-19. **Revista SOBEP**, v. 21, n. 1, e2024013, 2024.
85. CINTRA, D. C. E. et al. Comunicação em emergências pediátricas pré-hospitalares. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 36, e38492, 2022.
86. MAIA, A. G. B. et al. Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes atendidos por serviços móveis. **Revista Gestão & Cuidado**, v. 14, n. 2, 2023.

## APÊNDICE

### Apêndice 1. Ficha para coleta de dados

**Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino  
**Idade (anos):** \_\_\_\_\_  
**Motivo do Chamado:**  
**Origem da ocorrência:** ( ) Domicílio ( ) Via-Pública ( ) Unid. de Saúde ( ) Outros  
**Horário da ocorrência:** \_\_\_\_\_  
**Tipo de ocorrência:** \_\_\_\_\_

#### MOTIVOS DOS ATENDIMENTOS

##### MOTIVOS CLÍNICOS:

Crise convulsiva  
 Dispneia  
 Síncope  
 Parada cardiorrespiratória - PCR  
 Precordialgia e crise hipertensiva  
 Rebaixamento do nível de consciência  
 Mal-estar e dor abdominal  
 Queda no mesmo nível  
 Acidente vascular encefálico - AVE  
 Oncológico  
 Constatar óbito  
 Outros (lombalgia, astenia, febre, cefaleia, vômito e melena).

##### MOTIVOS PSIQUIÁTRICOS:

Surto psiquiátrico  
 Paciente agitado  
 Tentativa de autoextermínio  
 Outros (crise de ansiedade)

##### MOTIVOS OBSTÉTRICOS:

Trabalho de parto  
 Gestante com sangramento ativo  
 Parto prematuro

##### SOCORRO OU REMOÇÃO

##### MOTIVOS PEDIÁTRICOS:

Crise convulsiva  
 Dispneia  
 Queda e fratura  
 Síncope  
 Engasgo  
 Afogamento  
 Outros (diarreia, vômito, mal-estar, febre, evento penetrante).

##### MOTIVOS - CAUSAS EXTERNAS:

Remoção/transporte  
 Colisão de trânsito  
 Queda  
 Ferimento por arma de branca  
 Ferimento por arma de fogo  
 Agressão  
 Intoxicação exógena  
 Atropelamento  
 Choque elétrico  
 Queimadura

##### Dia da semana:

( ) Segunda-feira  
 ( ) Terça-feira  
 ( ) Quarta-feira  
 ( ) Quinta-feira  
 ( ) Sexta-feira  
 ( ) Sábado  
 ( ) Domingo

##### Destino do paciente:

( ) HOSPITAL ( ) UPA 24H  
 ( ) UNIDADE DE SAÚDE

##### Desfecho:

( ) Óbito no local

## ANEXO

## Anexo 1. Parecer Consubstanciado do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Perfil clínico- epidemiológico das ocorrências do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) da regional Anápolis Região Pireneus: uma análise retrospectiva

**Pesquisador:** Constanza Thaise Xavier Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 76731624.5.0000.5076

**Instituição Proponente:** Universidade Evangélica de Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.723.196

**Apresentação do Projeto:**

De acordo com o parecer CAAE: 76731624.5.0000.5076

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral

Caracterizar o perfil clínico e epidemiológico dos atendimentos realizados pelo SAMU de Anápolis e Goiás e regional pireneus no período de janeiro de 2023 a dezembro de 2023.

Objetivos específicos

- ¿ Identificar o número de ocorrências em relação ao ano de estudo;
- ¿ Descrever os dados sociodemográficos (sexo e faixa etária) dos pacientes atendidos pelo SAMU;
- ¿ Citar os principais locais de origem (domicílio, via-pública, unidade de saúde e outros) dos pacientes atendidos pelo SAMU;
- ¿ Identificar o número de ocorrências nos quesitos dia da semana e horário dos atendimentos;
- ¿ Descrever os principais motivos (clínicos, obstétricos, psiquiátricos, pediátricos e causas externas) dos atendimentos em relação ao ano de estudo;
- ¿ Descrever o principal encaminhamento dos pacientes atendidas pelo SAMU.

**Endereço:** Av. Universitária, Km 3,5  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515  
**UF:** GO **Município:** ANAPOLIS  
**Telefone:** (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 6.723.196

Colocar o acadêmico em contato com a pesquisa manuseando dados estatísticos e análise dos mesmos, e com os processos de informatização.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com o parecer CAAE: 76731624.5.0000.5076

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não se aplica

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS N.466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos listados abaixo foram analisados.

**Recomendações:**

Não se aplica

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Quanto ao Projeto Detalhado (PROJETOSAMU.docx de 02/01/2024)

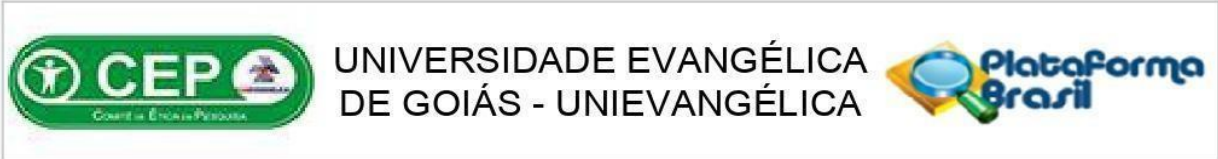
PENDÊNCIA 01: No item 4.2, População de estudo, os pesquisadores descreveram que Compõem a população de estudo todas as pessoas atendidas pelo SAMU-192 de Anápolis - GO, no período de janeiro de 2023 a dezembro de 2023. A média de atendimento por ano são 1.200 ocorrências, perfazendo um número de 14.800 ocorrências, sendo uma amostra de conveniência. Neste sentido, os autores deverão refazer o cálculo e substituir atendimento por ano por atendimento mensal. Pois neste caso, (12 meses x 1200 ocorrências = 14.400 ocorrências no ano). Esta pendência também deverá ser corrigida na folha de rosto e na Plataforma Brasil.

ANÁLISE: O cálculo foi refeito e o texto corrigido tanto no documento Projeto Detalhado (PROJETOSAMU.docx de 20/03/2024) quanto na Plataforma Brasil (B\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2262852.pdf de 20/03/2024) e Folha de rosto (folhaassinada.pdf de 20/03/2024). PENDÊNCIA ATENDIDA

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O pesquisador responsável atende todas as orientações da construção de um projeto de pesquisa e da Resolução CNS no. 466/2012 e complementares.

**Endereço:** Av. Universitária, Km 3,5  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515  
**UF:** GO **Município:** ANAPOLIS  
**Telefone:** (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 6.723.196

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme o cronograma de execução apresentado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2262852.pdf	20/03/2024 10:47:05		Aceito
Outros	cartaencaminhamento.docx	20/03/2024 10:46:47	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOSAMU.docx	20/03/2024 10:45:24	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaassinada.pdf	20/03/2024 10:43:06	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodepesquisasamu.pdf	02/01/2024 12:36:03	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcledispensa.pdf	02/01/2024 12:34:55	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Outros	termoautorizacaosamu2023.pdf	11/12/2023 13:12:16	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaosamu2023.pdf	11/12/2023 13:11:40	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito

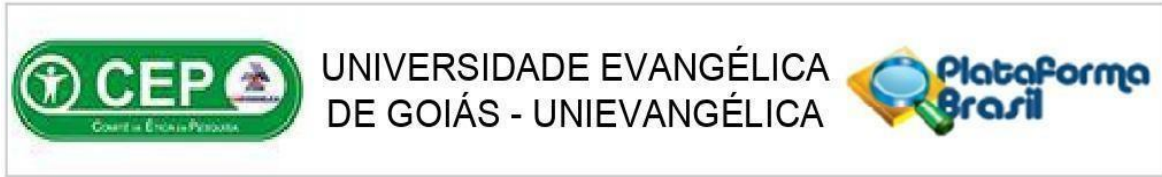
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Universitária, Km 3,5  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515  
**UF:** GO **Município:** ANAPOLIS  
**Telefone:** (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 6.723.196

ANAPOLIS, 25 de Março de 2024

---

**Assinado por:**  
**Lucimar Pinheiro**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Universitária, Km 3,5  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515  
**UF:** GO **Município:** ANAPOLIS  
**Telefone:** (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br