Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Características dos atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: uma ênfase na atenção primária e nas redes de atenção à saúde

Characteristics of the services provided by the Mobile Emergency Care Service: an emphasis on primary care and health care networks

Características de los servicios que presta el Servicio de Atención Móvil de Urgencias: énfasis en la atención primaria y redes de salud

Mariana da Fonseca Pereira[1], Akinori Cardozo Nagato[1], Estela Márcia Saraiva Campos[1].

RESUMO

Objetivo: Caracterizar as demandas atendidas pelo Serviço Regional de Atendimento Móvel de Urgência-Consórcio Intermunicipal de Saúde Sudeste (SAMU/CISDESTE) no município de Juiz de Fora/MG buscando identificar o funcionamento efetivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município, especialmente em relação à Atenção Primária à Saúde (APS), entre outubro/2022 e setembro/2023. **Métodos:** Estudo transversal quantitativo com utilização de dados secundários do Sistema de Informações da Central de Regulação de Urgência do SAMU/CISDESTE. Foram realizadas análises descritivas e o teste q-quadrado (p≤0,05) com auxílio do *softwareSPSS*. **Resultados:** Os homens representaram 53,6% da demanda atendida, com associação aos atendimentos traumáticos. Idosos corresponderam 44,1% dos atendimentos. Ocorrências clínicas representaram 64,8%, com associação a mulheres e idosos. Queda da própria altura representou 8,8% da demanda. Embora haja cobertura de unidades básicas de saúde nos bairros de maior demanda, 58,6% dos atendimentos ocorreram fora do horário de funcionamento. 51,02% dos atendimentos foram classificadas como demandas pouco urgentes/não urgentes. O principal desfecho dos atendimentos foi o encaminhamento dos usuários para unidades de saúde de maior complexidade. **Conclusão:** Parte dos atendimentos do SAMU/CISDESTE seria passível de manejo na APS, evidenciando fragilidades na organização da rede e possível inadequação na utilização dos serviços pela população.

Palavras-chave: Serviços médicos de emergência, Sistema único de saúde, Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: To characterize the demands assisted by the Regional Mobile Emergency Care Service – Southeast Intermunicipal Health Consortium (SAMU/CISDESTE) in Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil, and to assess the functioning of the local Urgent and Emergency Care Network, particularly Primary Health Care

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora – MG.

SUBMETIDO EM: 3/2026 | **ACEITO EM: 4/2026** | **PUBLICADO EM: 5/2026**

(PHC), between October 2022 and September 2023. **Methods:** A quantitative cross-sectional study was conducted using secondary data from the SAMU/CISDESTE Emergency Regulation Center Information System. Descriptive statistics and chi-square tests (p≤0.05) were performed using SPSS. **Results:** Men accounted for 53.6% of cases and were significantly associated with traumatic events. Older adults represented 44.1% of calls. Clinical conditions comprised 64.8% of occurrences and were associated with women and older adults. Falls from standing height accounted for 8.8% of cases. Although neighborhoods with the highest demand had PHC coverage, 58.6% of calls occurred outside PHC operating hours. Notably, 51.0% of cases were classified as low-urgency or non-urgent. Most calls resulted in referral to higher-complexity health units. **Conclusion:** A substantial proportion of SAMU/CISDESTE calls could potentially be managed within PHC, indicating weaknesses in network organization and possible inappropriate use of emergency services.

Keywords: Emergency medical services, Unified health system, Primary health care.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar las demandas atendidas por el Servicio Regional de Atención Móvil de Urgencias – Consorcio Intermunicipal de Salud del Sudeste (SAMU/CISDESTE) en Juiz de Fora/MG, y analizar el funcionamiento de la Red de Atención de Urgencias y Emergencias, especialmente en relación con la Atención Primaria de Salud (APS), entre octubre de 2022 y septiembre de 2023. **Métodos:** Estudio transversal cuantitativo con datos secundarios del Sistema de Información del Centro de Regulación de Urgencias del SAMU/CISDESTE. Se realizaron análisis descriptivos y prueba de chi-cuadrado (p≤0,05) mediante SPSS. **Resultados:** Los hombres representaron el 53,6% de los casos y se asociaron significativamente con eventos traumáticos. Las personas mayores correspondieron al 44,1% de las llamadas. Las ocurrencias clínicas constituyeron el 64,8%, con asociación con mujeres y personas mayores. Las caídas desde la propia altura representaron el 8,8% de la demanda. Aunque los barrios con mayor demanda cuentan con cobertura de APS, el 58,6% de las llamadas ocurrió fuera del horario de atención. Además, el 51,0% fue clasificado como de baja urgencia o no urgente. La mayoría de los casos resultó en derivación a servicios de mayor complejidad. **Conclusión:** Parte de las demandas podría resolverse en APS, evidenciando debilidades en la organización de la red y posible uso inadecuado de los servicios de urgencia.

Palabras clave: Servicios médicos de urgencia, Sistema único de salud, Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, a maior incidência de doenças crônicas e o crescimento da morbimortalidade causada por violências urbanas e acidentes de trânsito, juntamente com a utilização inadequada dos serviços de urgência e emergência por usuários com condições que não exigem atendimento de alta complexidade, superlotaram os hospitais de pronto socorros no Brasil, dificultando a definição de prioridades e prejudicando os pacientes, que não recebem acompanhamento adequado após a alta, e os próprios serviços de saúde (CARRET MLV, et al.,2009,O'DWYER G e MATTOS RA, 2012; TOFANI LFN, et al., 2022). Para enfrentar esses desafios e reorganizar esses serviços, o Ministério da Saúde instituiu, em 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (BRASIL, 2003).

Em 2010, o modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS) é instituído no SUS como uma alternativa para reduzir a fragmentação do sistema de saúde. É um modelo não hierarquizado, centralizado na Atenção Primária à Saúde (APS), no qual os pontos de atenção à saúde passam a ser vinculados entre si por uma missão única, por objetivos em comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, visando além de um cuidado integral e contínuo, maior custo-efetividade, equidade de acesso, maior satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde (MENDES EV, 2019)

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), passou a integrar a PNAU em 2011 como uma das redes temáticas do SUS com a finalidade de realizar o atendimento de urgência e emergência de forma ágil e oportuna, buscando sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade. Tem como proposta promover uma atuação regionalizada por meio da cogestão entre os três níveis de governo, com o intuito de reduzir vazios assistenciais e fortalecer a articulação entre a APS e os serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2011).

São componentes da RUE, a Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar. Trata-se de uma rede complexa que tem como diretriz fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos voltados às demandas coletivas emergenciais em saúde, decorrentes de risco iminente, desastres e incidentes com múltiplas vítimas, por meio da elaboração de mapas de risco e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação. Assim, atende usuários com diversas condições de saúde, estruturada com base em eixos fundamentais como o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (BRASIL, 2013).

A APS é o ponto de atenção central da RAS, por ser a porta preferencial de entrada do sistema de saúde e, na RUE, é considerada o nível de atenção de referência para os atendimentos de urgência e emergência de baixa complexidade, acionado por demanda espontânea, até a transferência ou encaminhamento do paciente a outros pontos de atenção, quando necessário, além de ordenar e coordenar o cuidado nos três níveis de atenção à saúde (BOUSQUAT A, et al., 2017; BRASIL, 2013).

O SAMU, presta atendimento nos locais onde ocorre o agravo à saúde. Sua finalidade é atender, de forma rápida e eficaz, ocorrências de natureza clínica, psiquiátrica, traumática, ginecológica/obstétrica ou pediátrica, buscando reduzir complicações, minimizar sequelas e assegurar a vida do paciente, diminuindo o tempo de internação e o risco de óbito (BRASIL, 2012).

O SAMU é acionado gratuitamente pelo número 192, disponível 24 horas por dia. As ligações são encaminhadas à Central de Regulação de Urgências, onde uma equipe composta por técnicos auxiliares de regulação médica, radio-operadores e médicos reguladores, está preparada para avaliar as solicitações e oferecer orientações e/ou encaminhar o atendimento de urgência conforme a necessidade. Para o encaminhamento dos pacientes, o SAMU dispõe de veículos, com diferentes recursos tecnológicos e equipes assistenciais, como as Unidades de Suporte Básico (USB) e as Unidades de Suporte Avançado (USA) (BRASIL, 2012).

Minas Gerais implementou o SAMU, em conformidade com o princípio da regionalização e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste (CISDESTE) gerencia o atendimento às demandas de urgência móvel nas macrorregiões de saúde Sudeste e Leste do Sul de Minas Gerais, beneficiando uma população de aproximadamente 2,4 milhões de habitantes em 147 municípios, cuja sede administrativa está localizada no município de Juiz de Fora (CISDESTE, 2023).

Este estudo objetivou caracterizar as demandas atendidas pelo SAMU/CISDESTE no município de Juiz de Fora/MG buscando identificar o funcionamento efetivo da RAS do município, especialmente em relação à APS, no período de outubro/2022 a setembro/2023, a fim de aperfeiçoar os serviços de urgência e emergência do município, por meio da otimização de recursos, do desenvolvimento de políticas mais eficazes e da promoção de um atendimento centrado nas necessidades dos usuários.

MÉTODOS

Estudo transversal, quantitativo, com dados de atendimento do Sistema de Informações da Central de Regulação de Urgência do SAMU/CISDESTE, referente aos chamados atendidos no município de Juiz de Fora/MG, entre outubro/2022 e setembro/2023.

Do total de 76.616 registros de atendimentos com deslocamento de viaturas realizados na região de abrangência do SAMU/CISDESTE, 31,26% (23.953) foram do município de Juiz de Fora. Foram excluídos

1.443 registros cujas variáveis selecionadas encontravam-se incompletas, sem registros ou com erros de digitação. Assim, foram analisados 22.510 registros segundo as seguintes variáveis: sexo; faixa etária (0-9, 10-19, 20-39, 40-59, ≥ 60 anos); dia da semana; turno do dia (manhã, tarde, noite e madrugada) em que houve solicitação de atendimento; bairros onde ocorreram o agravo à saúde; natureza do atendimento (clínico, psiquiátrico, traumático, ginecológico/obstétrico e pediátrico); motivo do atendimento; classificação de risco de acordo com o Protocolo Manchester (emergência, muito urgente, urgência, pouco urgente, não urgente); desfecho dos atendimentos; unidade de saúde para a qual o paciente foi encaminhado e óbito.

O programa estatístico *SPSS* versão 21 foi utilizado para realização das análises. Para as variáveis categóricas foram calculadas as frequências absolutas e relativas. Foi realizado o teste Qui-Quadrado de *Pearson*, e quando necessário o teste exato de *Fisher*. O intervalo de confiança adotado foi de 95% ($p \leq 0,05$). Quando verificada associação, o teste *post-hoc* de resíduo padronizado ajustado foi realizado para identificar as células que possuíam maior contribuição para o resultado dos testes. O valor crítico considerado foi $z \geq +1,96$ e $z \leq -1,96$. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora sob parecer número 6.805.284.

RESULTADOS

Das 22.510 demandas analisadas, 53,6% eram do sexo masculino. A amplitude da idade dos pacientes foi de 0 a 107 anos, com média de idade de 53,3 anos (DP ± 23,9). A faixa etária que mais acessou o serviço foi ≥60 anos (44,1%). Evidenciou-se associação entre o sexo masculino e adultos jovens (20-39 anos) e adultos (40-59 anos), enquanto o sexo feminino demonstrou associação com idosos (≥ 60 anos).

Com relação à natureza dos atendimentos, dos 5 tipos previstos, os atendimentos clínicos predominaram com 64,8%, seguidos dos atendimentos traumáticos (23,9%). Verificou-se associação de mulheres e idosos em relação à natureza clínica e de homens e adultos jovens em relação à natureza traumática.

Dos 82 motivos de atendimentos registrados, os 19 motivos mais atendidos mais prevalentes correspondem mais de 80% do total dos chamados. A opção “Outros” representou 20,4%; seguidos de “Queda da própria altura” (8,8%), “Acidente de trânsito” (7,3%) e “Crise convulsiva” (5,9%). “Acidentes de trânsitos” demonstrou associação com o sexo masculino, adultos jovens e crianças (0 a 9 anos) enquanto “Queda da própria altura” com idosos, e “Crise convulsiva” com homens e crianças.

A prevalência dos motivos de atendimentos também foi analisada conforme a cada tipo de natureza do atendimento. Dessa forma, foi possível observar que “Intercorrências gravídicas”, “Trabalho de parto de risco habitual” e “Trabalho de parto alto de risco” foram os principais motivos relacionados aos atendimentos ginecológicos/obstétricos, apesar de não constarem entre os 19 principais motivos de acionamento.

Em relação à classificação de risco adotada para a definição de prioridades, segundo o Protocolo Manchester, atendimentos “Pouco urgente” representaram 34,0%. Se somarmos as categorias “Urgência”, “Emergência” e “Muito urgente”, atendimentos característicos para acionar o SAMU temos 38,6% dos chamados. O sexo masculino demonstrou estar associado aos atendimentos classificados como “Emergência”. Em relação às faixas etárias, pacientes idosos demonstraram associação aos atendimentos “Emergência”, “Muito urgente” e “Urgência”, enquanto os adolescentes e adultos jovens demonstraram associação com os atendimentos “Não urgentes”.

De acordo com os desfechos de atendimentos, notou-se que 65,2% dos atendimentos pré-hospitalares, às vítimas foram encaminhadas para uma unidade de saúde, enquanto 26,0% foram atendidas e liberadas no local de atendimento. A maioria dos atendimentos não resultou em óbito (86,9%). Esses dados e outros complementares podem ser observados na **Tabela 1** e na **Tabela 2**.

Tabela 1 - Distribuição de frequência do sexo dos usuários atendidos pelo SAMU/CISDESTE- Município de Juiz de Fora – outubro/2022 a setembro/2023, pela natureza do atendimento ou faixa etária ou motivos do atendimento ou classificação de risco ou desfecho do atendimento ou óbito.

			Sexo				
			F		M		Valor - *p*
	n total	(%) total	n	(%)	n	(%)	
Faixa Etária							**<0,001**
0-9	805	3,6	320	3,1	485*	4,0	
10-19	955	4,2	482*	4,6	473	3,9	
20-39	5.138	22,8	2.255	21,6	2.883*	23,9	
40-59	5.675	25,2	2.205	21,1	3.470*	25,2	
≥60	9.937	**44,1**	5.182*	49,6	4.755	39,4	
Total	**22.510**	**100,0**	**10.444**	**100,0**	**12.066**	**100,0**	
Natureza do atendimento							**<0,001**
Clínico	14.596	**64,8**	7.125*	68,2	7.471	61,9	
Traumático	5.381	23,9	1.806	17,3	3.575*	29,6	
Psiquiátrico	1.574	7,0	750	7,2	824	6,8	
Ginecológico/Obstétrico	598	2,7	598*	5,7	-	-	
Pediátrico	361	1,6	165	1,6	196	1,6	
Total	**22.510**	**100,0**	**10.444**	**100,0**	**12.066**	**100,0**	
Motivos- Atendimento (19 mais prevalentes)							**<0,001**
Outros	4.601	**20,4**	2.286*	21,9	2.314	19,2	
Queda da própria altura	1.990	**8,8**	956	9,2	1.034	8,6	
Acidentes de trânsito	1.646	**7,3**	352	3,4	1.294*	10,7	
Crise convulsiva	1.338	**5,9**	425	4,1	913*	7,6	
Síncope	1.066	4,7	575*	5,5	491	4,1	
Outras síndromes neurológica	973	4,3	484*	4,6	489	4,1	
Dispneia	957	4,3	528*	5,1	426	3,6	
Hipoglicemia	789	3,5	348	3,3	441	3,7	
Dor torácica não especificada	662	2,9	293	2,8	369	3,1	
Agitação psicomotora com potencial violenta	628	2,8	229	2,2	399*	3,3	
Rebaixamento do nível de consciência	512	2,3	272*	2,6	240	2,0	
Parada Cardiorrespiratória	476	2,1	211	2,0	265	2,2	
Queda de altura	468	2,1	156	1,5	312*	2,6	
Desconforto respiratório	459	2,0	255*	2,4	204	1,7	
Agressão física	452	2,0	96	0,9	356*	3,0	
Dor abdominal	350	1,6	189*	1,8	160	1,3	
Acamados/Portador de CA	349	1,6	201*	1,9	149	1,2	
Agitação psicomotoras sem evidências de violência	318	1,4	151	1,4	167	1,4	
Tentativa de autoextermínio/suicídio	311	1,4	203*	1,9	108	0,9	
Total	**18.345**	**81,4**	**8.210**	**78,5**	**10.134**	**84,3**	

			Sexo				
			F		M		Valor - *p*
	n total	(%) total	n	(%)	n	(%)	
Classificação de risco							**0,001**
Emergência	605	2,7	254	2,4	351*	2,9	
Muito Urgente	580	2,6	248	2,4	332	2,8	
Urgência	7.501	33,3	3.509	33,6	3.992	33,1	
Pouco urgente	7.653	**34,0**	3.614	34,6	4.039	33,5	
Não urgente	3.873	17,2	1.825	17,5	2.048	17,0	
Não informado	2.298	10,2	994	9,5	1.304	10,8	
Total	**22.510**	**100,0**	**10.444**	**100,0**	**12.066**	**100,0**	
Desfecho do atendimento							**<0,001**
Pré-hospitalar com remoção para unidade de Saúde	14.661	**65,1**	6.770	64,8	7.891	65,4	
Pré-hospitalar com atendimento no local	5.855	**26,0**	2.816*	27,0	3.039	25,2	
Vítima socorrida por terceiros	515	2,3	237	2,3	278	2,3	
Desistência do solicitante	499	2,2	243	2,3	256	2,1	
Recusa ao atendimento pela vítima ou evasão	483	2,1	164	1,6	319*	2,6	
Outro paciente com maior gravidade	155	0,7	66	0,6	89	0,7	
Ocorrência Inter-hospitalar	98	0,4	54	0,5	44	0,4	
Equipe em situação de risco	95	0,4	35	0,3	60	0,5	
Endereço não localizado	52	0,2	23	0,2	29	0,2	
Vítima socorrida pela polícia	49	0,2	18	0,2	31	0,3	
Outros	48	0,2	17	0,2	30	0,3	
Total	**22.510**	**100,0**	**10.444**	**100,0**	**12.066**	**100,0**	
Óbito							**<0,001**
Não houve óbito	19.553	**86,9**	9.169*	87,8	10.384	86,1	
Constatado óbito	1.060	4,7	471	4,5	589	4,9	
Não informado	1.897	8,4	804	7,7	1.093	9,1	
Total	**22.510**	**100,0**	**10.444**	**100,0**	**12.066**	**100,0**	

Fonte: Pereira MF, et al., 2026. Teste Qui-Quadrado de Pearson com resíduos padronizados ajustados; intervalo de confiança 95%. %. (*) Há associação estatisticamente significativa positiva ou de maior frequência pelo teste de resíduos padronizados ajustados.

Tabela 2 - Distribuição de frequência da faixa etária dos usuários atendidos pelo SAMU/CISDESTE- Município de Juiz de Fora – outubro/2022 a setembro/2023 pela natureza do atendimento ou motivos do atendimento ou classificação de risco.

	Faixa Etária										
	0-9		10-19		20-39		40-59		≥60		Valor -*p*
Natureza do atendimento	**n**	**(%)**	**n**	**(%)**	**n**	**(%)**	**n**	**(%)**	**n**	**(%)**	**<0,001**
Clínico	201#	25,0	420#	44,0	2.259#	44,0	3.733	65,8	7.983*	80,3	
Traumático	253*	31,4	277*	29,0	1.718*	33,4	1.390	24,5	1.743#	17,5	
Psiquiátrico	15#	1,9	137*	14,3	709*	13,8	506*	8,9	207#	2,1	
Ginecológico/Obstétrico	4#	0,5	92*	9,6	452*	8,8	46#	0,8	4#	-	
Pediátrico	332*	41,2	29*	3,0	-	-	-	-	-	-	
Total	**805**	**100,0**	**955**	**100,0**	**5.138**	**100,0**	**5.675**	**100,0**	**9.937**	**100,0**	
Motivos do Atendimento (19 mais prevalentes)											**<0,001**
Outros	64	8,0	144	15,1	768	14,9	1.045	18,4	2.580	26,0	
Queda da própria altura	45#	2,6	68	7,1	202#	3,9	463#	8,2	1.212*	12,2	
Acidentes de trânsito	124*	15,4	112*	11,7	851*	16,6	402	7,1	157#	1,6	
Crise convulsiva	109*	13,5	98*	10,3	351*	6,8	490*	8,6	290#	2,9	
Síncope	9#	1,1	48#	5,0	193#	3,8	266#	4,7	550*	5,5	
Outras síndromes neurológica	3#	0,4	6#	0,6	43#	0,8	231	4,1	690*	6,9	
Dispneia	72*	8,9	15#	1,6	65	1,3	153	2,7	652	6,6	
Hipoglicemia	5#	0,6	6#	0,6	115#	2,2	208	3,7	455*	4,6	
Dortorácica não especificada	2#	0,2	2#	0,2	90#	1,8	258*	4,5	310	3,1	
Agitação psicomotora com potencial violenta	8#	1,0	49*	5,1	289*	5,6	214*	3,8	68#	0,7	
Rebaixamento do nível de consciência	14	1,7	6#	0,6	37#	0,7	89#	1,6*	366	3,7	
Parada Cardiorrespiratória	9#	1,1	5#	0,5	21#	0,4	100#	1,8	341*	3,4	
Queda de altura	30*	3,7	18	1,9	105	2,0	155*	2,7	160#	1,6	
Desconforto respiratório	26*	3,2	5#	0,5	43#	0,8	72#	1,3	313*	3,1	
Agressão física	7#	0,9	21	2,2	230*	4,5	163*	2,9	31#	0,3	
Dor abdominal	7	0,9	21*	2,2	95*	1,8	105*	1,9	121#	1,2	
Acamados/Portador de CA	-	-	-	-	19#	0,4	47#	0,8	284*	2,9	
Agitação psicomotoras sem evidências de violência	2#	0,2	23*	2,4	119*	2,3	111*	2,0	63#	0,6	
Tentativa de autoextermínio/suicídio	2#	0,2	35*	3,7	175*	3,4	86	1,5	13#	0,1	
Total	**538**	**63,6**	**682**	**71,3**	**3.811**	**74**	**4.558**	**80,7**	**8.656**	**87**	
Classificação de risco											**<0,001**
Emergência	40*	5,0	18	1,9	84#	1,6	151	2,7	312*	3,1	
Muito Urgente	19	2,4	8#	0,8	94#	1,8	127	2,2	332*	3,3	
Urgência	341*	42,4	274#	28,7	1.587#	30,9	1.844	32,5	3.455*	34,8	
Pouco urgente	228#	28,3	347	36,3	1.818*	35,3	1.928	34,0	3.335	33,6	
Não urgente	65#	8,1	212*	22,2	940*	18,3	1.008	17,8	1.648#	16,6	
Não informado	112	13,9	96	10,1	618	12,0	617	10,9	855	8,6	
Total	**805**	**100,0**	**955**	**100,0**	**5.138**	**100,0**	**5.675**	**100,0**	**9.937**	**100,0**	

Fonte: Pereira MF, et al., 2026.Foi realizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson com resíduos padronizados ajustados; intervalo de confiança 95%. (*) Há associação estatisticamente significativa positiva ou de maior frequência pelo teste de resíduos padronizados ajustados. (#) Há associação estatisticamente significativa negativa ou de menor frequência pelo teste de resíduos padronizados ajustados.

"Queda da própria altura", "Acidente de trânsito" e "Crise convulsiva", motivos mais prevalentes de atendimentos, demonstraram associação com atendimentos "Pouco Urgentes". Apesar dos atendimentos psiquiátricos demonstrarem associação com atendimentos "não urgentes", a "Agressão psicomotora com evidência de violência" foi classificada como "Urgência". Atendimentos ginecológicos/obstétricos e pediátricos demonstraram associação com atendimentos de "Urgência". Enquanto o motivo "Intercorrências gravídicas" encontrou-se associado aos atendimentos "Pouco urgentes"; o trabalho de parto, tanto de risco habitual, quanto de alto risco e as urgências em neonatologia associaram-se aos atendimentos "Urgência". Com relação aos óbitos, atendimentos "Pouco urgente" foram associados aos chamados que não houve registro de óbitos, enquanto os atendimentos "Emergência" e "Muito Urgente" à constatação do óbito (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Distribuição de frequência da classificação de risco adotada pelo SAMU/CISDESTE- Município de Juiz de Fora – outubro/2022 a setembro/2023 pela natureza dos atendimentos, motivos mais frequentes em cada tipo de natureza de atendimento e óbito.

			Classificação de Risco										
	Total		Emergência		Muito Urgente		Urgência		Pouco Urgente		Não Urgente		Valor - *p*
	n	%	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Natureza dos atendimentos													**<0,001**
Clínico	14.596	**64,8**	462*	76,4	457*	78,8	4.746#	63,3	4.813#	62,9	2.658*	68,6	
Traumático	5.381	23,9	108#	17,9	83#	14,3	1.858	24,8	2.002*	26,2	830#	21,4	
Psiquiátrico	1.574	7,0	15#	2,5	20#	3,4	456#	6,1	520	6,8	292*	7,5	
Ginecológico/ Obstétrico	598	2,7	9	1,5	10	1,7	260*	3,5	218	2,8	62#	1,6	
Pediátrico	361	1,6	11	1,8	10	1,7	181*	2,4	100#	1,3	31#	0,8	
Total	**22.510**	**100,0**	**605**	**100,0**	**580**	**100,0**	**7.501**	**100,0**	**7.653**	**100,0**	**3.873**	**100,0**	
Motivos dos atendimentos (por natureza dos atendimentos)													**<0,001**
Outros	4.601	**20,4**	63	10,4	49	8,4	1.084	14,5	1.732	22,6	1.397	36,1	
Natureza Clínica													
Crise convulsiva	1.338	**5,9**	40	6,6	34	5,9	434	5,8	516*	6,7	137#	3,5	
Síncope	1.066	4,7	26	4,3	19	3,3	231#	6,7	410*	5,4	189	4,9	
Outras síndromes neurológicas	973	4,3	46*	7,6	60*	10,3	479*	6,4	258#	3,4	61#	1,6	
Dispneia	957	4,3	55*	9,1	41*	7,1	420*	5,6	276#	3,6	67#	1,7	
Hipoglicemia	789	3,5	14	2,3	32*	5,5	380*	5,1	215#	2,8	111#	2,9	
Natureza Traumática													
Queda da própria altura	1.990	**8,8**	16#	2,6	14#	2,4	674	9,0	825*	10,8	294#	7,6	
Acidente de trânsito	1.646	**7,3**	33#	5,5	31#	5,3	575	7,7	642*	8,4	238#	6,1	
Queda de altura	468	2,1	17	2,8	6	1,0	206*	2,7	142	1,9	49#	1,3	
Agressão física	452	2,0	5	0,8	11	1,9	146	1,9	147	1,9	63	1,6	
Natureza Psiquiátrica													
Agitação psicomotora com evidência de violência	628	**2,8**	4#	0,7	8	1,4	219*	2,9	171	2,2	72#	1,9	
Agitação psicomotora sem evidência de violência	318	1,4	-	-	2#	0,3	77#	1,0	120	1,6	79*	2,0	
Tentativa de autoextermínio /suicídio	311	1,4	7	1,2	3	0,5	111	1,5	108	1,4	32#	0,8	
Natureza Ginecológica/ Obstétrica													
Intercorrências	244	**1,1**	4	0,7	1#	0,2	91	1,2	104*	1,4	27#	0,7	

			Classificação de Risco										
	Total		Emergência		Muito Urgente		Urgência		Pouco Urgente		Não Urgente		Valor - *p*
gravídicas													
Trabalho de parto de risco habitual	101	0,4	2	0,3	3	0,5	51*	0,7	27	0,4	11	0,3	
Trabalho de parto de alto risco	62	0,3	-	-	2	0,3	39*	0,5	12#	0,2	3#	0,1	
Natureza Pediátrica													
Urgências em neonatologia	34	0,2	1	0,2	-	-	24*	0,3	3#	-	-	-	
Total	**15.978**	**70,9**	**333**	**55,1**	**316**	**54,3**	**5.241**	**73,5**	**5.708**	**74,7**	**2.730**	**73,1**	
Óbito													**<0,001**
Não houve óbito	19.553	**86,9**	469#	77,5	550#	94,8	7.258	96,8	7.548*	98,6	3.707#	95,7	
Constatado óbito	1.060	4,7	134*	22,2	29*	5,0	215	2,9	83#	1,1	149*	3,8	
Não informado	1.897	8,4	2	0,3	1	0,2	28	0,3	22	0,3	17	0,4	
Total	**22.510**	**100,0**	**605**	**100,0**	**580**	**100,0**	**7.501**	**100,0**	**7.653**	**100,0**	**3.873**	**100,0**	

Fonte: Pereira MF, et al., 2026. Foi realizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher com resíduos padronizados ajustados; intervalo de confiança 95%. (*) Há associação estatisticamente significativa positiva ou de maior frequência pelo teste de resíduos padronizados ajustados. (#) Há associação estatisticamente significativa negativa ou de menor frequência pelo teste de resíduos padronizados ajustados. Foram excluídos 2.298 registros por não possuírem a classificação de risco.

Quanto aos dias da semana, os atendimentos estiveram semelhantemente distribuídos ao longo dos dias. O mesmo pôde ser observado em relação aos turnos de atendimento, cuja distribuição ao longo da manhã, da tarde e da noite foram semelhantes, com exceção da madrugada (**Tabela 4**). Com relação aos horários de atendimento, 58,6% não ocorreram em horários em que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estavam em funcionamento no município (7h às 11h e 13h às 17h).

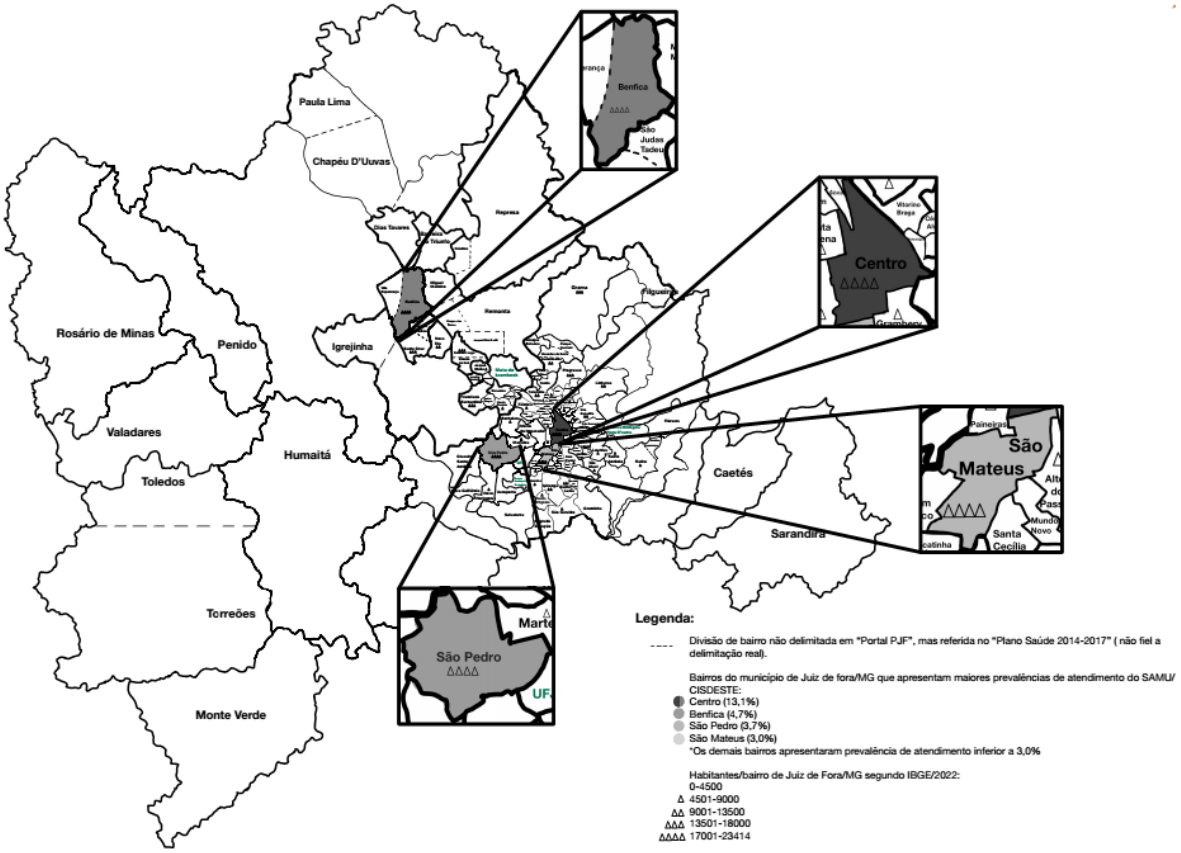
O bairro Centro recebeu 13,1% do total do número de chamados, como também foi o bairro com o maior número de atendimentos em relação a todas as naturezas (**Tabela 4**). Benfica correspondeu a segunda maior demanda de atendimentos, seguido dos bairros São Pedro e São Mateus (**Figura 1**).

Tabela 4 - Distribuição de frequência da natureza dos atendimentos do SAMU/CISDESTE- Município de Juiz de Fora – outubro/2022 a setembro/2023 pelos dias da semana ou turnos do dia ou bairros.

			Natureza do Atendimento									
	Total		Clínico		Traumático		Psiquiátrico		Ginecológico/Obstétrico		Pediátrico	
	n	%	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Dias da semana												
Domingo	3.242	14,4	2.079	14,2	825	15,3	217	13,8	72	12,0	49	13,6
Segunda-feira	3.346	14,9	2.225	15,2	767	14,3	228	14,5	82	13,7	44	12,2
Terça-feira	3.036	13,5	2.009	13,8	660	12,3	226	14,4	86	14,4	55	15,2
Quarta-feira	3.437	**15,3**	2.290	15,7	778	14,5	222	14,1	93	15,0	54	15,0
Quinta-feira	3.130	13,9	1.996	13,7	735	13,7	250	15,9	88	14,7	61	16,9
Sexta-feira	3.198	14,2	2.054	14,1	755	14,0	236	15,0	93	15,6	60	16,6
Sábado	3.121	13,9	1.943	13,3	861	16,0	195	12,4	84	14,0	38	10,5
Total	**22.510**	**100,0**	**14.596**	**100,0**	**5.381**	**100,0**	**1.574**	**100,0**	**598**	**100,0**	**361**	**100,0**
Turnos do dia												
Manhã	6.473	28,8	4.491	30,8	1.400	26,0	337	21,4	161	26,9	84	23,3
Tarde	7.029	**31,2**	4.439	30,4	1.870	34,8	455	28,9	160	26,8	105	29,1
Noite	6.104	27,1	3.706	25,4	1.579	29,3	538	34,2	165	27,6	116	32,1
Madrugada	2.904	12,9	1.960	13,4	532	9,9	244	15,5	112	18,7	56	15,5
Total	**22.510**	**100,0**	**14.596**	**100,0**	**5.381**	**100,0**	**1.574**	**100,0**	**598**	**100,0**	**361**	**100,0**
Bairros												
Centro	2.954	**13,1**	1.847	12,7	786	14,6	155	9,8	126	21,1	40	11,1
Benfica	933	4,1	476	3,3	362	6,7	27	1,7	50	8,4	18	5,0
São Pedro	823	3,7	479	3,3	239	4,4	65	4,1	21	3,5	19	5,3
São Mateus	686	3,0	444	3,0	186	3,5	29	1,8	10	1,7	17	1,9
Total	**5.396**	**23,9**	**3.246**	**22,3**	**1.573**	**29,2**	**276**	**17,4**	**207**	**34,7**	**94**	**23,3**

Fonte: Pereira MF, et al., 2026.Os bairros apresentados na tabela apresentaram frequência maior ou igual a 3,0% dos atendimentos realizados pelo SAMU/CISDESTE, os demais não foram tabelados por apresentarem frequência de atendimento inferior a 3,0%.

Figura 1 - Bairros do município de Juiz de Fora/MG que apresentaram maiores prevalências de atendimentos do SAMU/CISDESTE no período de outubro de 2022 a setembro de 2023.



Fonte: Pereira MF, et al., 2026.

Em relação à participação dos outros serviços que integram a RUE e, o apoio destes ao SAMU/CISDESTE, o Hospital de Pronto Socorro (HPS) foi a unidade de saúde que mais recepcionou os usuários socorridos (17,6%), seguido da UPA Norte (9,6%) e do Hospital Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) (8,1%).

Quando comparados a natureza do atendimento com os serviços de saúde no qual os pacientes foram encaminhados, observou-se que para os atendimentos de natureza clínica, a Unidade de Urgência Regional Leste (10,9%) e a UPA Norte (10,4%), foram os principais serviços de saúde responsáveis por recepcionar as vítimas atendidas. Em relação aos atendimentos traumáticos e psiquiátricos, o HPS recepcionou 40,5% e 53,0% dos usuários, respectivamente. O HMTJ foi responsável por 39,0% do destino das pacientes de atendimentos ginecológicos/obstétricos. Enquanto 24,7% das crianças foram encaminhadas ao Pronto Atendimento Infantil (PAI).

DISCUSSÃO

O predomínio do sexo masculino nos atendimentos com deslocamento de viaturas pode se justificar ao fato dos homens se mostrarem mais resistentes em procurar atendimento médico quando acometidos por um agravo à saúde (CAMPIOL NL, et al.,2023).

Devido a uma participação reduzida nas ações de prevenção/promoção à saúde oferecidas pela APS, os homens tendem a buscar os serviços de urgência e emergência com mais frequência, seja pelo acometimento de doenças agudas ou pela agudização de doenças crônicas. A maior exposição dos homens a atividades recreativas e econômicas, além da violência urbana, uso de drogas, acidentes de trânsito e outros fatores relacionados a questões culturais e sociais, favorece a prevalência de atendimentos traumáticos (CAMPIOL NL, et al.,2023; CHEVONIK IE, et al., 2021).

A associação dos homens e jovens aos acidentes de trânsito está relacionada com a utilização do veículo como símbolo de poder, a desobediência às leis de trânsito e do consumo de bebidas alcóolicas, gerando potenciais gastos públicos devido à internações, reabilitações e despesas previdenciárias (MENDONÇA MFS, et al.,2017).

A associação entre crianças e acidentes de trânsito, pode estar relacionada ao não uso da cadeirinha. Apesar da "Lei da Cadeirinha" vigente no Brasil, um estudo realizado em Minas Gerais apontou que a maioria das crianças atendidas nos serviços de urgência por acidentes de trânsito não estava utilizando o dispositivo de retenção (ROMERO HSP, et al.,2017).

A prevalência do atendimento em idosos relaciona-se com mudanças na pirâmide etária brasileira, pois o envelhecimento aumenta a probabilidade do desenvolvimento de comorbidades com predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (CAMPIOL NL, et al.,2023; CHEVONIK IE, et al., 2021).

A queda da própria altura nos idosos é decorrente de alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, no qual há diminuição da massa muscular, perda da mobilidade e diminuição da acuidade visual. O surgimento de agravos à saúde compromete a capacidade física do idoso podendo acarretar efeitos sobre o controle postural e o equilíbrio. O uso de polifármacos favorece episódios de queda, aumentando as chances de interações medicamentosas e o surgimento de efeitos adversos. Fatores extrínsecos, como circunstâncias sociais e ambientais, também estão associados à queda da própria altura em idosos (FABRÍCIO SCC, et al., 2024).

Ações educativas na APS para prevenção de quedas, com estímulos voltados a atividades físicas, ajudam a fortalecer a musculatura, aumentar a flexibilidade e melhorar o equilíbrio e a marcha do idoso. Orientações quanto às adequações no domicílio e o acompanhamento do uso de medicamentos podem favorecer a redução deste evento, reduzindo os custos econômicos, sociais e pessoais resultantes de uma internação (LIMA RS e CAMPOS MLP, 2011).

Segundo IBGE, em 2023, as mulheres possuíam uma expectativa de vida (79,7 anos) superior aos homens (73,1 anos), justificando sua prevalência dentre os atendimentos clínicos (IBGE,2022). A crise convulsiva, prevalente entre as ocorrências clínicas, corrobora com outros estudos, assim como sua prevalência em adultos e crianças (CHEVONIK IE, et al., 2021; ALMEIDA PVM, et al., 2016).

Os homens são mais acometidos pela crise convulsiva induzida por lesões como o traumatismo crânio-encefálico, por apresentarem menor adesão ao tratamento e acompanhamento preventivo e pela ocultação dessa condição por mulheres devido a razões socioculturais em determinadas regiões. (REDDY DS, et al., 2022). Nas crianças, as convulsões são desencadeadas principalmente pelos processos febris (FONSECA, ALB e BENAVIDES, VMS, 2022).

Por ser uma condição de natureza inesperada e impactante para quem a observa, as crises convulsivas frequentemente levam ao acionamento do SAMU mesmo em situações que não configuram uma emergência. De acordo com Ministério da Saúde as indicações para o encaminhamento a um serviço de urgência/emergência são necessárias quando houver sinais de traumatismo crânio-encefálico, em casos de crises prolongadas ou quando medidas de controle não puderem ser realizadas ou forem ineficazes (BRASIL, 2023).

A APS possui a capacidade de realizar o primeiro atendimento aos pacientes em situações de urgência e emergência de baixa complexidade, acolhendo demandas espontâneas e quando necessário, realizar a transferência/encaminhamento para outros níveis de assistência (BOUSQUAT A, et al.,2017). Nesta perspectiva, a APS tem um papel fundamental na capacitação da população sobre o manejo das crises convulsivas, além de fornecer a continuidade do tratamento e controle, já que reincidências podem causar danos irreversíveis e deixar sequelas graves nos pacientes (LUZ MF da, et al., 2024).

A alta resolutividade do SAMU e a possibilidade da população de recorrer a um "simples" meio de transporte para níveis mais avançados de atendimento, justifica a prevalência de atendimentos "Não Urgentes". O estudo de BASTITTI GR, et.al.,2019 avaliou a satisfação dos usuários com o atendimento do SAMU de Porto Alegre/RS e identificou que para 81,1% dos solicitantes, houve resolutividade no atendimento.

A agitação psicomotora, dependendo do grau, os pacientes representam um risco para a integridade física, tanto de outras pessoas, como para si mesmos (MANTOVANI C, et al.,2010), motivo pelo qual o SAMU/CISDESTE classificou a maioria dos atendimentos envolvendo violência como “Urgência”.

O SAMU é um ponto de atenção que integra a RUE e a Rede de Atenção Psicossocial e por isso consta nas suas atribuições o cuidado nas urgências psiquiátricas (ALMEIDA AB, et al., 2015).

Para TANA DB, et al.,2020há uma deficiência na APS e na Atenção Especializada, já que esses pacientes podem obter um controle do tratamento nesses níveis de atenção, mas que ao necessitarem do atendimento do SAMU são normalmente encaminhadas para a Atenção Terciária que, muitas vezes, não está preparada para atender esse tipo de paciente, resultando em internações.

As intercorrências gravídicas foram a principal causa dos atendimentos ginecológicos/obstétricos, contudo não foi possível identificar quais tipos de sintomas foram incluídos nesta categoria. Intercorrências gravídicas envolvendo contração uterina, perda do tampão mucoso, perda de líquido amniótico e sangramento vaginal são, de maneira geral, situações de baixa complexidade/urgência, e que deveriam ser atendidas nas UBS em que as gestantes são acompanhadas, e se após examinadas houvesse a necessidade de encaminhamento para um serviço de referência, o SAMU deveria ser acionado, contribuindo para redução da sobrecarga deste serviço e o fortalecimento da RAS (MICHILIN NS, et al., 2016).

A Rede Cegonha, assim como a RUE, é uma rede temática prioritária do SUS e o SAMU é o componente logístico responsável pelo atendimento e transporte das gestantes, puérperas e recém-nascidos em situações de urgências (DI GIOVANNI M, 2013).

A procura das gestantes pelo serviço do SAMU está associada ao fato de saberem que serão transportadas até um hospital/maternidade, onde terão um atendimento mais especializado. Isso ocorre devido aos sentimentos de insegurança, e em alguns casos devido a não obtenção de informações claras e objetivas sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto e de contrações de Braxton-Hicks durante o acompanhamento pré-natal. Porém a procura pelo serviço móvel de urgência gera a superlotação dos serviços hospitalares e das linhas e frotas do SAMU (FREITAS VCA, et al.,2020).

Apesar do baixo percentual de óbitos registrados, eles acontecem devido à gravidade do paciente. A falta de conhecimento da população sobre a possibilidade de reverter o quadro clínico, o atraso na chegada da ambulância e o acionamento tardio do SAMU são fatores que contribuem para a constatação do óbito no atendimento (HORA RS, et al.,2019*)*.

Em 2024, a prefeitura de Juiz de Fora implementou o horário estendido (07 às 19h) em grande parte das UBS do município, além do funcionamento de algumas UBS aos sábados (07 às 12h). Essa medida objetiva proporcionar maior flexibilidade de atendimento à população, reduzir os custos dos outros níveis de atenção, diminuir o tempo de espera nas UPA 24h e nos serviços de emergência hospitalar, além de fortalecer a APS. (CNES,2025; JUIZ DE FORA, 2021). Estudos futuros são necessários para avaliar a efetividade da implantação dessa medida, principalmente no que se refere ao fortalecimento da APS em relação à RUE e o impacto na demanda do SAMU/CISDESTE.

O bairro Centro foi responsável pela maior parte dos atendimentos por ser um local com grande fluxo de veículos e pedestres, concentrar grande parte do comércio local, abrigar diversas escolas e estar próximo a regiões que abriga parte da rede hospitalar do município, além da densidade populacional (IBGE, 2022).

Os bairros com alto atendimento do SAMU/CISDESTE possuem cobertura total ou parcial da APS com a atuação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF)(CNES,2025). Isso possibilita uma atuação mais efetiva deste nível de atenção voltada para urgência e emergência de baixa complexidade nessas localidades.

Todas as unidades de saúde para as quais os pacientes foram encaminhados prestam assistência à população por demanda espontânea e/ou referenciada pelo SAMU/CISDESTE e compõem a RUE do município (JUIZ DE FORA, 2021).

A Unidade de Urgência Regional Leste, principal porta de entrada para atendimentos clínicos, é referência para atendimentos de clínica médica nos diversos níveis de assistência. O HPS concentrou a maioria dos atendimentos traumáticos e psiquiátricos, por ser um hospital de vocação para politraumas e referência em atendimentos de urgências psiquiátricas. O HMTJ é responsável por atendimentos a gestantes de baixo risco e o PAI é referência em urgências pediátricas, o que evidencia o correto fluxo assistencial de urgência e emergência no município (JUIZ DE FORA, 2021)

As principais limitações deste estudo envolvem o uso de dados secundários que estão sujeitos a erros de digitação, informações incompletas ou ausentes. A grande representatividade do motivo de atendimento caracterizado como “Outros” indica que há uma necessidade de melhoria no registro dos dados referente a esta variável. O estudo de CORREIALO dos S, et al., 2014sobre a completitude dos dados nos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil identificou inadequações estruturais nos instrumentos de coleta de dados, na carência de treinamento dos profissionais quanto à coleta e nas atualizações dos sistemas, resultando em inconsistências de padronização e na ausência de informações completas, comprometendo a análise dos dados e a tomada de decisões no âmbito das políticas e do cuidado em saúde.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que parte significativa das demandas atendidas SAMU/CISDESTE poderia ser resolvida no âmbito da APS, revelando fragilidades na articulação entre os componentes da RUE e no uso racional dos serviços. A caracterização dos atendimentos no município constitui ferramenta estratégica para o planejamento em saúde, subsidiando a reorganização dos fluxos assistenciais e o fortalecimento da APS como ordenadora do cuidado. A promoção de ações direcionadas a realidade local, a qualificação das equipes da ESF para o manejo de urgências de baixa complexidade, aliados à ampliação do acesso e à educação da população quanto ao uso adequado dos pontos de atenção, podem contribuir para a redução de demandas não urgentes do SAMU/CISDESTE, favorecendo a integralidade do cuidado, a equidade no acesso e maior efetividade da RAS.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA AB, et al. Mobile emergency medical services in the psychological crisis and the psychosocial paradigm. Texto contexto – enfermagem, 2015;24(4):1035–43.
2. ALMEIDA PMV, et al. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. Escola Anna Nery,2016;20(2):289–295.
3. BATTISTI GR, et al. Perfil de atendimento e satisfação dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Revista Gaúcha de Enfermagem, 2019;40:e20180431.
4. BOUSQUAT A, et al.Primary health care and the coordination of care in health regions: Managers’ and users’ perspective. Ciências e Saúde coletiva,2017;22(4):1141–54.
5. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS; 2013.
6. BRASIL. Ministério da Saúde (MS).Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2011; 7 jul.
7. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1010, 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 2012; 21 mai.
8. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União 2003; 29 nov.
9. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: MS; 2013.

10. CAMPIOL NL, et al. Perfil Dos Atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Município de Gurupi, Tocantins. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, 2023;27(8):4214–29.
11. CARRET MLV, et al.Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cadernos de Saúde Pública, 2009;25:7-28.
12. CHEVONIK IE, et al. Perfil dos atendimentos das unidades de suporte avançado do SAMU regional metropolitano do Paraná. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021;13(7):e8136.
13. CISDESTE. 2023. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste. Área de atuação. Disponível em: http://www.cisdeste.saude.mg.gov.br/. Acessado em: 4 de outubro de 2023.
14. CNES. 2025. Consulta de estabelecimento. Disponível em: https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp. Acessado em: 30 de janeiro de 2025.
15. CORREIA LO dos S, et al. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática, Miranda DJC a. Ciências e Saúde Coletiva, 2014;19(11):4467–78.
16. DI GIOVANNI M. Rede Cegonha: da concepção à implantação. Trabalho de conclusão de curso-Especialização (Gestão Pública) - Escola Nacional de Administração Pública, 2013; 44p.
17. FABRÍCIO SCC, et al. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Revista de Saúde Pública, 2004;38(1):93-9.
18. FONSECA ALB, BENAVIDES VMS. Crise convulsiva febril em crianças: uma revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Médico, 2022;3:e9780.
19. FREITAS VCA, et al. Clinical and obstetric situation of pregnant women who require prehospital emergency care. Revista Brasileira de Enfermagem, 2020;73:e20190058.
20. HORA RS, et al. Caracterização do atendimento do serviço de atendimento Móvel de urgência (SAMU) às emergências clínicas. Revista Mineira de Enfermagem, 2019;23:e-1256.
21. IBGE. 2022. Censo demográfico 2022. Disponível em:https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html. Acessado em 15 de janeiro de 2025.
22. JUIZ DE FORA. Portaria nº 2400 – SS. Reorganiza as áreas de abrangência das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no município de Juiz de Fora e dá outras providências. Diário Oficial Eletrônico do município De Juiz De Fora 2015; 9 dez.
23. JUIZ DE FORA. Subsecretaria de Planejamento, Gestão Integrada e Participativa. Plano de Saúde Municipal Participativo 2022-2025. Juiz de Fora: SS; 2021.
24. LIMA RS, CAMPOS MLP. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2011;45(3):659–664.
25. LUZ MF da, et al. O manejo da epilepsia na atenção primária à saúde. Revista Eletrônica Acervo em Saúde, 2024;24(10):e16952.
26. MENDES EV. Desafios dos SUS. 1ª ed. Brasília: CONASS, 2019; 175p.
27. MENDONÇA MFS, et al. Análise espacial dos acidentes de trânsito urbano atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: um recorte no espaço e no tempo. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2017;20(4):727-41.
28. MICHILI NS, et al. Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Revista Brasileira de Enfermagem, 2016;69(4):669-75.
29. O'DWYER G, MATTOS RA. O SAMU, a Regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. Physis, 2012;22:141-60.
30. REDDY, DS, et al. Molecular mechanisms of sex differences in epilepsy and seizure susceptibility in chemical, genetic and acquired epileptogenesis. Neuroscience Letters, 2022; 750:135753.
31. ROMEROHSP, et al. Mortalidade por causas externas em crianças de um a nove anos. Revista Mineira de Enfermagem, 2017;20(1):e958.
32. TANA DB, et al. Caracterização dos atendimentos clínicos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, 2020;18(1):11-5.
33. TOFANI LFN, et al. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cena: contingências e produção de cuidado. Saúde em Debate, 2022;46(134):761–76.