



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE GEOGRAFIA - UNAGEO
CURSO DE LICENCIATURA EM GEOGRAFIA

MARIA JOSÉ DE ABRANTES

**AS REGIÕES IMEDIATAS E A CENTRALIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM CIDADES
POLOS: A RELAÇÃO DISTÂNCIA-TEMPO E O CASO DO ATENDIMENTO À
SAÚDE DA POPULAÇÃO DE LASTRO - PB**

CAJAZEIRAS – PB

2025

MARIA JOSÉ DE ABRANTES

AS REGIÕES IMEDIATAS E A CENTRALIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM CIDADES
POLOS: A RELAÇÃO DISTÂNCIA-TEMPO E O CASO DO ATENDIMENTO À
SAÚDE DA POPULAÇÃO DE LASTRO - PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Licenciatura Plena em Geografia, da Unidade Acadêmica de Geografia (UNAGEO), do Centro de Formação de Professores (CFP), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus de Cajazeiras - PB, como requisito à obtenção do título de Licenciado em Geografia.

Orientadora: Profa. Dra. Mara Edilara Batista de Oliveira

CAJAZEIRAS – PB

2025

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação -(CIP)

A161r	<p data-bbox="454 920 726 952">Abrantes, Maria José de.</p> <p data-bbox="454 958 1262 1064">As regiões imediatas e a centralização de serviços em cidades polos: a relação distância-tempo e o caso do atendimento à saúde da população de Lastro –PB / Maria José de Abrantes. - Cajazeiras, 2025.</p> <p data-bbox="502 1070 646 1102">75f.: il. color.</p> <p data-bbox="502 1108 646 1140">Bibliografia.</p> <p data-bbox="502 1176 1157 1243">Orientadora: Profa. Dra. Mara Edilara Batista de Oliveira. Monografia (Licenciatura em Geografia) UFCG/CFP/2025.</p> <p data-bbox="454 1310 1236 1422">1. Lastro- Município- Paraíba - serviços de saúde. 2. Atendimentos de emergência. 3. Regionalização. 4. Cidades polos. I. Oliveira, Mara Edilara Batista de. II. Título.</p> <p data-bbox="327 1489 502 1523">UFCG/CFP/BS</p> <p data-bbox="997 1489 1262 1523">CDU – 913:614(813.3)</p>
-------	---

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Denize Santos Saraiva Lourenço CRB/15-046

**AS REGIÕES IMEDIATAS E A CENTRALIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM CIDADES
POLOS: A RELAÇÃO DISTÂNCIA-TEMPO E O CASO DO ATENDIMENTO À
SAÚDE DA POPULAÇÃO DE LASTRO - PB**

Aprovado em: 23/04/2025

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **MARA EDILARA BATISTA DE OLIVEIRA**
Data: 28/04/2025 20:55:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Mara Edilara Batista de Oliveira – UFCG

(Orientadora)

Documento assinado digitalmente
 **MATHEUS GOUVEIA**
Data: 28/04/2025 20:59:46-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Matheus Gouveia – UFPB

(Examinador)

Documento assinado digitalmente
 **RAIMUNDA AURILIA FERREIRA DE SOUSA**
Data: 29/04/2025 08:01:59-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Raimunda Aurilia Ferreira de Sousa - UFCG

Examinador

Dedico este trabalho a minha mãe, Francisca Abrantes Batista, a minha irmã Rosileide Abrantes e ao meu irmão Renato Abrantes, pelo apoio incondicional, por toda a minha trajetória até aqui.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Jesus, por me proporcionar força e coragem diante de todos os obstáculos até aqui, sendo meu combustível e alívio nos momentos difíceis.

A toda minha família, por todo apoio durante todos os períodos do curso. A minha mãe, por ser meu suporte, a quem devo tudo e serei eternamente grata. A minha irmã Rosileide pelos momentos de descontração em meio angústias. A meu irmão Renato, pelas incontáveis vezes em que me levou até a cidade para pegar o ônibus com destino a Universidade, e aos estágios do curso. Aos meus avós Francisca e João, por me incentivar a seguir em busca dos meus objetivos. Aos meus sobrinhos Ravi, Raíssa, Renata e Raiane, por me proporcionar os mais sinceros sentimentos, risos fáceis e amor genuíno.

A minha orientadora Mara Edilara, pelas orientações, paciência e dedicação, me guiando da melhor forma no processo de elaboração deste trabalho.

A minha melhor amiga Luciana, por me ajudar nos momentos que mais precisei, em todos os processos do curso, da matrícula ao término deste trabalho, pelos conselhos, carinho e lealdade. Ao meu amigo Junior, por ter um papel muito importante nas etapas deste trabalho, que foi estar presente quase todos os dias me ajudando, dando apoio, alegria e alívio em meio às preocupações. As minhas amigas Graça e Genily, que colaboraram, trazendo informações importantes para esta pesquisa. Também não poderia esquecer das discussões acerca deste tema com Brena, que me ajudaram muito. A minha amiga Ana Maria, pela compreensão nos momentos em que precisei ficar ausente e por escutar meus desabafos.

Aos meus colegas e amigos do curso, em especial, a Denise, Monaliza, Sinésio, Fernanda, Vanessa, Damiana, Maria Vitória, Agnes, Kaline, Fabiana, Janaína, Gean, Vitória e Sônia, pelas trocas, aprendizados, parceria, bons momentos, tornando essa trajetória menos difícil. Aos professores do Curso, pelos ensinamentos e conselhos, que me direcionaram no melhor caminho para minha formação.

Aos meus antigos professores de Geografia, Joelma, Denilson e Ronnyshelly, que me inspiraram na decisão de optar pela profissão, e por conceder a oportunidade de estagiar nos seus espaços de trabalho. A profissional entrevistada, por ter aceitado conceder a entrevista, e dedicado um tempo do seu dia a dia, que tenho certeza que são corridos.

Agradeço a todos que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

“A geografia brasileira (espaço geográfico) seria outra se todos os brasileiros fossem verdadeiros cidadãos. O volume e a velocidade das migrações seriam menores. As pessoas valem pouco onde estão e saem correndo atrás do valor que não têm.”

MILTON SANTOS

RESUMO

Em 2017 o IBGE dividiu o território brasileiro em Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias, em escala estadual. Essa nova regionalização tem como foco a centralização de estruturas e serviços, como o de saúde, educação e serviços bancários, em cidades polos, onde as pessoas que residem em municípios vizinhos como é o caso da população do município de Lastro-PB, que por sua vez, está localizado geograficamente na região imediata de Sousa, acabam dependendo dos serviços de saúde, principalmente em casos de emergência, recorrendo ao deslocamento para acessá-los, visto que o hospital de Lastro é de pequeno porte e de assistência básica. Diante disso, a presente pesquisa tem como objetivo geral analisar as fragilidades do deslocamento da população de Lastro-PB em casos de atendimentos emergenciais de saúde com destino a cidade polo de sua região geográfica imediata de Sousa-PB. Para isso, a metodologia adotada é de abordagem qualitativa, e parte inicialmente, de um referencial teórico que envolve contribuições de pesquisadores que abordam sobre as principais regionalizações do território brasileiro, o conceito de região, regionalização, critérios usados para divisão regional, Sistema Único de Saúde (SUS), Regionalização da Saúde, história da Triagem e Sistema de Triagem de Manchester. E a aplicação de uma entrevista semiestruturada direcionada a uma profissional da saúde (Enfermagem) do hospital Municipal Nossa Senhora do Carmo da referida cidade. Os resultados da pesquisa revelaram, entre outros aspectos, que o hospital de Lastro não estar preparado para atender uma alta demanda de indivíduos com quadros graves, não detém de transporte capacitado para o deslocamento dos pacientes, se tornando dependente do Serviço Móvel de Urgência- SAMU do município de Vieirópolis-PB. Além disso, as vítimas de um caso de emergência como Parada cardiorrespiratória - PCR, residindo na zona rural do município de Lastro, tendo em vista a distância-tempo de atendimento, terão poucas chances de sobrevivência, trazendo a necessidade de solucionar ou amenizar essas desigualdades, como a implantação de um SAMU em Lastro. Portanto, torna-se necessário enfatizar a importância de novas pesquisas direcionadas aos moradores do município de Lastro-PB, tendo em vista, saber suas opiniões acerca do atual cenário do hospital de Lastro, de sua dependência com a cidade polo e os desdobramentos dessas opiniões.

Palavras-chave: Regionalização. Regiões Imediatas. Cidades Polos. Serviços de saúde. Emergência.

ABSTRACT

In 2017, the IBGE divided the Brazilian territory into Immediate Geographic Regions and Intermediate Geographic Regions, on a state scale. This new regionalization focuses on the centralization of structures and services, such as health, education and banking services, in hub cities, where people who live in neighboring municipalities, such as the population of the municipality of Lastro-PB, which in turn is geographically located in the immediate region of Sousa, end up depending on health services, especially in cases of emergency, resorting to travel to access them, since the hospital in Lastro is small and provides basic care. In view of this, the general objective of this research is to analyze the weaknesses of the displacement of the population of Lastro-PB in cases of emergency health care to the hub city of its immediate geographic region of Sousa-PB. For this, the methodology adopted is a qualitative approach, and initially starts from a theoretical framework that involves contributions from researchers who address the main regionalizations of the Brazilian territory, the concept of region, regionalization, criteria used for regional division, Unified Health System (SUS), Health Regionalization, history of Triage and Manchester Triage System. And the application of a semi-structured interview directed to a health professional (Nursing) from the Nossa Senhora do Carmo Municipal Hospital in the aforementioned city. The results of the research revealed, among other aspects, that the Lastro hospital is not prepared to meet a high demand of individuals with serious conditions, does not have capable transportation to move patients, becoming dependent on the Mobile Emergency Service - SAMU of the municipality of Vieirópolis-PB. Furthermore, victims of an emergency case such as cardiopulmonary arrest (CPA) residing in the rural area of the municipality of Lastro, given the distance and time of care, will have little chance of survival, bringing the need to solve or alleviate these inequalities, such as the implementation of a SAMU in Lastro. Therefore, it is necessary to emphasize the importance of new research directed at residents of the municipality of Lastro-PB, in order to know their opinions about the current scenario of the hospital in Lastro, its dependence on the hub city and the consequences of these opinions.

Keywords: Regionalization. Immediate Regions. Center Cities. Health Services. Emergency

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Divisão Regional do Brasil (1942)	23
Figura 2: Divisão Regional do Brasil (1945)	25
Figura 3: Divisão Regional do Brasil (1950)	25
Figura 4 : Zonas Fisiográficas	26
Figura 5: Divisão Regional do Brasil (1960).....	27
Figura 6: Divisão Regional do Brasil (1970).....	28
Figura 7: Divisão Regional do Brasil (1980)	28
Figura 8: Divisão Regional do Brasil (1990)	29
Figura 9: Microrregiões Homogêneas	30
Figura 10: Mesorregiões homogêneas	31
Figura 11: Mesorregiões Geográficas.....	32
Figura 12: Microrregiões Geográficas	32
Figura 13: Regiões Intermediárias do Brasil	34
Figura 14: Regiões Imediatas do Brasil.....	34
Figura 15 : A Base descentralizada do SAMU de Vieirópolis dá suporte aos pacientes de Lastro-PB	52
Figura 16 : Distância/tempo realizado pelo SAMU a partir de Vieirópolis para a cidade de Lastro	59
Figura 17: Distância/tempo da cidade de Lastro até o hospital Regional de Sousa.....	59
Figura 18 : Distância/tempo realizado pelo SAMU a partir de Vieirópolis para o Distrito de Boa Esperança, Lastro-PB	62
Figura 19: Distância/tempo realizado pelo SAMU a partir de Boa Esperança até o hospital Regional de Sousa	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Divisões regionais do Brasil, de 1889 até 1941.	19
Quadro 2: Divisão Regional do Estado da Paraíba em Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias – 2017	37
Quadro 3: Categorias do STM.....	45

LISTA DE MAPAS

Mapa 1: Regiões Geográficas Imediatas da Paraíba.....	36
Mapa 2: Localização do município de Lastro-PB	38

LISTA DE FOTOS

Foto 1 – Hospital do Lastro-PB.....	39
Foto 2 – Hospital Regional de Sousa.....	50
Foto 3 – Estrada que dá acesso a Vieirópolis à Boa esperança, Distrito de Lastro.	61
Foto 4 - Estrada que dá acesso a Boa Esperança à Lastro.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATS	Australasian Triage Scale
CNE	Conselho Nacional de Estatística
CNG	Conselho Nacional de Geografia
CTAS	Canadian Triage and Acuity Scale
DEA	Desfibrilador Externo Automático
ESI	Emergency Severity Index
GBACR	Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTG	Manchester Triage Group
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PSF	Posto de Saúde da Família
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SE	Serviços de Emergência
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SUS	Sistema Único de Saúde
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. O PROCESSO HISTÓRICO DA DIVISÃO REGIONAL DO BRASIL: O CASO DE LASTRO E SUA RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA COM A CIDADE POLO DE SUA REGIÃO IMEDIATA	18
2.1 O CASO DO DEPENDENCIA DO MUNICÍPIO DE LASTRO COM A CIDADE POLO DA REGIÃO IMEDIATA DE SOUSA – PB	35
3. EMERGÊNCIA, TRIAGEM E O CENÁRIO DO HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE LASTRO-PB.....	43
3.1 O ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE LASTRO SOB A VISÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	46
4. AS REGIÕES IMEDIATAS E A CENTRALIZAÇÃO DAS ESTRUTURAS E SERVIÇOS NAS CIDADES POLOS: A QUESTÃO DA DISTÂNCIA/TEMPO, CONSEQUÊNCIAS E SOLUÇÕES.....	56
4.1 ATENDIMENTO PELO O MÉTODO DE TRIAGEM HOSPITALAR (PROTOCOLO MANCHESTER)	56
4.2 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (SAMU) EM ZONAS RURAIS.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICE.....	74

1. INTRODUÇÃO

Segundo IBGE (2017), a nova regionalização do Brasil em Regiões Geográficas Imediatas e Intermediárias em escala estadual, surge em virtude das mudanças ocorridas no território brasileiro, no que tange os aspectos econômicos, políticos, demográficos e ambientais, diferenciando cada vez mais os espaços. Essa nova regionalização tem como foco a centralização de estruturas e serviços nas cidades que detém a maior estrutura urbana e maior quantidade de população para a centralização de estruturas e serviços. Isso se amplia quando falamos das Regiões Geográficas Imediatas, que visam o planejamento do atendimento às necessidades imediatas da população, como saúde, educação, serviços bancários.

Diante disso, o município de Lastro, situado no interior do estado da Paraíba, e localizado geograficamente na região imediata de Sousa, detém (apenas) de um Posto de Saúde da Família (PSF) e um hospital de pequeno porte e de assistência básica, o qual é foco desta pesquisa. É um dos municípios que por pertencer a região imediata de Sousa, que se trata da cidade escolhida como cidade polo da região imediata, Lastro acaba dependendo do atendimento dos hospitais de Sousa, principalmente em relação aos casos de emergência em saúde. De acordo com a Portaria nº 354, de 10 de março de 2014 do Ministério da Saúde, emergência se trata de uma “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”.

Os casos de emergência em saúde são priorizados no atendimento nas instituições do país, tendo em vista o risco iminente de vida do paciente. Em Lastro, assim como em muitas instituições de saúde no Brasil, para organização do atendimento, utiliza da prática da triagem, a qual, de acordo com Albino; Grossemann e Riggensbach (2007, p. 71) é um processo sistemático que determina quais pacientes irão receber atendimento primeiro, tendo como objetivo a diminuição da mortalidade e morbidade dos pacientes nos Serviços de Emergência (SE).

Entre diferentes tipos de triagem existentes, o hospital aplica a Escala de Triagem de Manchester (STM). A STM, trata-se de um protocolo que determina o atendimento dos pacientes de acordo com a gravidade do seu quadro clínico, e é responsabilidade do profissional de enfermagem executá-lo na identificação dos casos mais graves para priorização do atendimento, é baseado em cinco categorias, as quais são classificadas por cor e um tempo-alvo para o atendimento. A cor azul, se trata dos casos que não são urgentes e o tempo é de 240 min;

a cor verde, são os casos pouco urgentes, o tempo é de 120 min; o amarelo é a cor onde o caso é urgente com o tempo de 60 min; na cor laranja, é muito urgente e o tempo é de 10 minutos; já a cor vermelha, o estado é de emergência, o tempo é de 0 minutos, o atendimento precisa ser imediato (Santos *et al.*, 2024).

Com isso, o hospital do referido município faz esse processo, contudo, o fato de não ter suporte para a maioria dos casos relacionados a cor vermelha (atendimento imediato), os pacientes de Lastro, são encaminhados para a região imediata de Sousa, que detém hospital de maior porte e oferece serviços mais complexos de saúde, para os devidos cuidados.

Considerando que o tempo do atendimento em emergência precisa ser imediato e tendo em vista a falta de estrutura suficiente no hospital de Lastro, conduzindo para o deslocamento dos pacientes que apresentam casos de emergência, logo, essa pesquisa tem como objetivo geral analisar as fragilidades do deslocamento da população de Lastro-PB em casos de atendimentos emergenciais de saúde com destino a cidade polo de sua região geográfica imediata de Sousa-PB.

Para atingir este objetivo, serão discutidos três objetivos específicos: analisar a capacidade do hospital de Lastro de atendimento de serviços de saúde de emergência; averiguar as distâncias percorridas e o tempo gasto pela população até chegar ao local de atendimento e propor soluções para reduzir a necessidade de deslocamento da população para outro município.

Diante desse contexto, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de compreender quais os problemas causados pela nova regionalização às pessoas que residem no município de Lastro dependentes de serviços de emergência em cidades polo, levando em consideração o tempo e a distância de deslocamento que os pacientes levam até chegar no destino final.

Ademais, no Brasil, observa-se poucos trabalhos relacionados aos conhecimentos da Geografia com a Saúde, essa pesquisa pode contribuir como referência para os próximos geógrafos brasileiros se dediquem a estudar fatos envolvendo à saúde.

A metodologia adotada para essa pesquisa fundamenta-se na abordagem qualitativa, e parte inicialmente de um referencial teórico que envolve contribuições de pesquisadores que abordam sobre as principais regionalizações do território brasileiro, o conceito de região, regionalização, critérios usados para divisão regional, Sistema Único de Saúde (SUS), Regionalização da Saúde, história da Triagem e Sistema de Triagem de Manchester, para que haja uma base argumentativa na pesquisa e na análise dos resultados.

Para isso, foram consultados artigos científicos, monografias, manuais de protocolos de acolhimento e classificação de risco, sites oficiais do governo, livros e informações disponíveis no site do IBGE.

Um segundo passo para o desenvolvimento desta pesquisa, foi a realização no mês de fevereiro de 2025 de uma entrevista semiestruturada, pelo uso de áudio através da ferramenta *WhatsApp*, destinada a uma profissional da Enfermagem do hospital Municipal Nossa Senhora do Carmo, do município de Lastro, com a finalidade de conhecer o contexto de atendimento dos casos de emergência no hospital do município. O roteiro de entrevista contemplou 11 questões, e está disponível em apêndice.

Para Gil (2008) a entrevista é uma das técnicas para coleta de dados, que resulta da conversação entre investigador e investigado, sendo uma técnica bastante adequada e mais utilizada no âmbito das ciências sociais para obtenção de informações, e podem ser executadas tanto pela modalidade presencial, face a face, considerada como o meio “tradicional” ou pela modalidade não presencial, por meio de tecnologias, como o telefone. A última etapa da pesquisa, consistiu na análise e interpretação dos dados obtidos durante os caminhos descritos para a realização da mesma.

Nessa perspectiva, apresentamos este trabalho, que está organizado e estruturado da seguinte maneira: Um capítulo introdutório. No segundo capítulo, intitulado “O processo histórico da divisão regional do Brasil: o caso de Lastro e sua relação de dependência com a cidade polo de sua região imediata” realiza-se uma discussão sobre os processos históricos das divisões regionais do Brasil apresentadas por diversos autores e instituições, até a nova e última regionalização datada de 2017, realizada pelo órgão IBGE, no que diz respeito aos estados. Além disso, são abordados os conceitos de região conforme as correntes do pensamento geográfico, e um tópico de apresentação do município de Lastro-PB e sua relação de dependência com a região imediata de Sousa.

No terceiro capítulo, que tem por título “Emergência, Triagem e o cenário do hospital do município de Lastro-PB”, parte primeiramente, de uma breve explicação do que vem a ser emergência e triagem, sua origem, o Sistema de Triagem de Manchester (STM), e na sequência um tópico que traz o caso do hospital de Lastro, tendo como referência as informações obtidas através da entrevista concedida pela profissional da saúde do hospital do município.

O quarto capítulo intitulado “As regiões imediatas e a centralização das estruturas e serviços nas cidades polos: a questão da distância/tempo, consequências e soluções” analisa os

resultados da pesquisa no que se refere aos casos de emergência, no caso, a parada cardiorrespiratória, a distância-tempo de atendimento da mesma no hospital de Lastro e no atendimento pré hospitalar na zona rural do município. Por fim, nas considerações finais, são apresentadas as principais ideias e conclusões acerca da temática tratada neste trabalho.

2. O PROCESSO HISTÓRICO DA DIVISÃO REGIONAL DO BRASIL: O CASO DE LASTRO E SUA RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA COM A CIDADE POLO DE SUA REGIÃO IMEDIATA

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é o órgão federal, que detém entre outras funções, regionalizar o território brasileiro. De acordo com Magnago (1995), o Instituto foi fundado em 1936, em um contexto de mudanças no país com a instauração do Estado Novo, a partir do governo de Getúlio Vargas. O qual criou estruturas “para favorecer o desenvolvimento econômico do país” (Rocha e Oliveira, 2011, p. 38).

Dentre essas estruturas, foi criado o IBGE, porém outros órgãos antecederam a sua formação. O Instituto Nacional de Estatística, em 1934, que viria a ser chamado em 1937 de Conselho Nacional de Estatística (CNE), e no mesmo ano foi criado o Conselho Nacional de Geografia (CNG), os quais vieram a conformar posteriormente o IBGE (Cunha, 2012, p. 28).

Naquele momento, esses órgãos tinham por finalidade “estruturar uma rede nacionalmente articulada por meio de suas representações estaduais, visando à discussão de conceitos, métodos e critérios científicos necessários ao conhecimento aprofundado da sociedade e do território brasileiros” (IBGE, 2017).

Antes de aprofundarmos qualquer discussão em torno dos processos de regionalização do Brasil, é essencial compreender o conceito de região, o qual apresenta inúmeros significados. De acordo com Rocha e Oliveira (2011, p. 12), “ele nos reporta principalmente à ideia de diferenciação de áreas, sejam as diferenças de caráter natural ou socioeconômico”. Conforme Boscarol (2017, p. 186):

O conceito de região é polissêmico e por esta razão torna-se necessário clarificar a respeito do que entendemos por região e regionalização. O conceito de região é um dos mais importantes da geografia e foi desenvolvido como uma forma de entender o espaço geográfico a partir de sua fragmentação em particularidades detentoras de características relativamente homogêneas e/ou identificáveis. Das regiões naturais, passando pelas regiões homogêneas e depois pelas regiões funcionais, o “desenho” de regionalizações foi tido como uma forma de compreender, ordenar e planejar o território.

É preciso ainda ter em mente que o conceito de região não é concreto, e sua compreensão varia conforme quem o estuda, já a regionalização, é o ato de construir regiões (Pereira; Ludka, 2018). Segundo Magnago (1995), a divisão regional do espaço geográfico, atende interesses, desde acadêmicos, até interesses de planejamento e gestão do território: “é também uma tarefa

executada para subsidiar o planejamento, especialmente ao que se refere à definição de uma base territorial institucionalizada para levantamento e divulgação de dados estatísticos” (Magnago, 1995, p.65).

O Brasil também sofreu ao longo do seu processo de formação influência direta de divisões regionais do mundo, antes mesmo do país se constituir como nação. Podemos refletir por exemplo, em torno das disputas territoriais entre Portugal e Espanha, que levaram esses dois reinos a definir limites de exploração da América do Sul por meio do Tratado de Tordesilhas, um acordo feito em 7 de junho de 1494. A divisão se daria a partir de um meridiano estabelecido a 370 léguas de Cabo Verde. Nessa partição, as terras descobertas a oeste da linha imaginária pertenceriam aos espanhóis e as terras descobertas a leste pertenceriam aos portugueses. Isso alterou profundamente o destino do nosso país (Porto-Gonçalves, 2012).

Outra diferenciação de áreas que podemos refletir se ela influenciou no processo de regionalização do nosso país é a divisão do nosso território por meio do sistema Sesmarias, em 1530, que deu origem às denominadas “Capitanias Hereditárias”. O território da América Portuguesa foi dividido em parcelas destinadas aos capitães donatários (Cunha; Nunes, 2016, p. 6).

Podemos dizer, que de certa forma, antes de considerarmos qualquer divisão regional elaborada em torno do território brasileiro, é preciso considerar que elas sofreram influência dessas divisões políticas do mundo e da conformação do Brasil enquanto Estado-Nação.

Entretanto, é apenas a partir de 1889 que surgem diferentes propostas de regionalização do Brasil, utilizando-se de diferentes critérios e realizadas por diferentes pesquisadores, professores, engenheiros, que tinham interesses diversos em regionalizar o país, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 1: Divisões regionais do Brasil, de 1889 até 1941

AUTOR (ANO)	CRITÉRIO - Nº REGIÕES	REGIÕES
------------------------	--------------------------------------	----------------

<p>André Rebouças (1889)</p>	<p>Zona agrícola - 10</p>	<p>Zona amazônica (Pará e Amazonas), Zona do Parnaíba (Maranhão e Piauí), Zona do Ceará (Ceará), Zona do Paraíba (RN, Paraíba, Pernambuco e Alagoas), Zona do São Francisco (Sergipe e Bahia) Zona do Paraíba do Sul (Espírito Santo, RJ e SP), Zona do Paraná (Paraná e Santa Catarina), Zona do Uruguai (Rio Grande do Sul) Zona Auro-Ferrífera, (Minas Gerais), Zona Central (Mato Grosso e Goiás).</p>
<p>Élisée Reclus (1893)</p>	<p>Elementos naturais - 08</p>	<p>Amazônia (Amazônia e Pará), Vertente de Tocantins (Goiás), Costa Equatorial (MA, PI, CE, RN, PB, PE e AL), Bacia do São Francisco e Vertente Oriental dos Planaltos (SE, BA, ES e MG), Bacia do Paraíba (Rio de Janeiro e DF), Vertente do Paraná e Contravertente, Oceânica (SP, PR e SC), Vertente do Uruguai e Litoral Adjacente (Rio G. do Sul) e Mato Grosso.</p>
<p>Said Ali (1905)</p>	<p>Econômico - 05</p>	<p>Brasil Setentrional ou Amazônia (AM, AC, e PA), Brasil Norte Oriental (Estados litorâneos desde o MA até AL), Brasil Oriental (SE, BA, ES, RJ, DF, MG e SP), Brasil Meridional (PR, SC e RS) e PE (Rocha e Oliveira, 2011).</p>
<p>Delgado de Carvalho (1913)</p>	<p>Elementos naturais e humanos - 05</p>	<p>Brasil Setentrional ou Amazônico (Acre, Amazonas e Pará); Brasil Norte-Oriental (Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas), Brasil Oriental (Sergipe, Bahia, Espírito Rio de Janeiro, Distrito Federal e Minas Gerais; Brasil Meridional (São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul); e Brasil Central (Goiás e Mato Grosso).</p>
<p>Pe. Geraldo Pauwels (1926)</p>	<p>Elementos naturais - 06</p>	<p>Amazônia (AC, AM, PA, parte dos estados do MA, GO e MT), Região das caatingas (CE, RN, PB, PE, AL, SE, BA, MG), Litoral (todo litoral do RN a RS), Planalto meridional (abrange parte dos estados de MT e GO, MG, SP, PR, SC), Planície do Alto Paraguai ou Grão Chaco</p>

		Brasileiro (parte do MT estendendo até Bolívia), Região uruguaio-brasileira (parte do RS e estendendo ao Uruguai).
Pierre Denis (1927)	Elementos naturais - 06	Amazônia (Acre, Amazonas e Pará), Nordeste (Maranhão, Piauí, Ceará, RN, Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Sergipe), Brasil Oriental (Minas Gerais, São Francisco e parte da Bahia), Costa Atlântica (Bahia, Espírito Santo e Rio de Janeiro e DF), Planalto Meridional (São Paulo, Paraná, Santa Catarina e RS), Planalto Central (Goiás e Mato Grosso).
Betim Paes Leme (1937)	Elementos naturais - 07	Zona de Sedimentação (AC, AM e PA), Zona Intermediária (MA e PI), Zona Estabilizada por Pediplanação (CE, N, PB, PE e AL), Zona Intermediária (SE e BA), Zona de Reajustamento Isostático Atual- Serras Cristalinas (MG, ES, RJ e DF), Zona Estabilizada – Grandes derrames de rochas eruptivas (SP, PR, SC e RS) e Zona de Erosão - Planalto Central (GO e MT).
Conselho Nacional de Estatística (1938)	Posição Geográfica - 05	Norte (AC, AM, PA, MA, PI), Nordeste (CE, RN, PB, PE, AL), Leste (SE, BA, ES), Sul (RJ, DF, SP, PR, SC, RS), Centro-Oeste (MG, GO, MT).
Conselho Técnico de Economia e Finanças (1939)	Elementos Econômicos - 05	Norte (AC, AM, PA, MA, PI), Nordeste (CE, RN, PB, PE, AL, SE, BA), Sudeste (ES, RJ, DF, SP, MG), Sul (PR, SC, RS). Centro-Oeste (GO, MT).
Conselho Nacional de Geografia (1941)	Elementos naturais - 05	Norte (AC, AM, PA), Nordeste (MA, PI, CE, RN, PB, PE, AL), Leste (SE, BA, MG, ES, RJ, DF), Sul (SP, PR, SC, RS), Centro-Oeste (GO, MT).

Fonte: Rocha e Oliveira, 2011. Reorganizado pela autora Abrantes (2025).

Essas regionalizações citadas acima, foram influenciadas por diferentes correntes do pensamento geográfico, como o Determinismo Ambiental, protagonizada pelo pesquisador alemão Friedrich Ratzel, que emergiu no final do século XIX, sendo uma das principais

correntes que influenciou a Ciência Geográfica. O conceito que surge sob a influência do determinismo é o de região natural, “resultante da combinação ou integração em área dos elementos da natureza: o clima, a vegetação, o relevo, a geologia e outros adicionais [...] onde seus elementos acham-se integrados e são interagentes” (Corrêa, 2000, p. 23-24).

Nelas se poderia ver mais claramente o papel determinante da natureza sobre o homem, um dos autores que mais se destacam, sob influência na utilização do conceito de região natural no Brasil para sua proposta de divisão regional, foi Delgado de Carvalho, que em 1913 já reconhecia o papel do homem sobre a natureza, porém sua proposta tinha como critérios os elementos do meio físico, como o relevo, o clima e a vegetação (Magnago, 1995). Segundo Corrêa (2000) outra corrente que influenciou o pensamento geográfico foi o Possibilismo, do francês Vidal de La Blache. Diferentemente do Determinismo, essa corrente entende que a relação homem-natureza passa por uma adaptação humana a uma ação modeladora, pela qual o homem com sua cultura irá criar a paisagem e um gênero de vida.

Nessa perspectiva, o homem por ser um ser ativo, sofre influência do meio natural, mas também, transforma esse meio (Rodrigues et al., 2016).

Conforme Silva e Torres (2023), os trabalhos sistemáticos de Regionalização do Brasil iniciados a partir de 1940, são resultado da nova forma de pensar o território: integrada e centralizada. Boscariol (2017) afirma que é nessa década que se iniciam as divisões regionais objetivando o levantamento de informações para planejamento.

Mais do que isso, a regionalização do país a partir da década de 1940 passa a ser elaborada pelo IBGE, órgão instituído como responsável pelas regionalizações do país oficialmente. Esse instituto teve seu nascimento em um contexto de radicais mudanças do Estado brasileiro. De acordo com Rocha e Oliveira (2011) no período entre 1937 a 1945, denominado Estado Novo, há a implementação, pelo então presidente Vargas, de uma política rígida nacionalista e ditatorial, onde é pensado um Brasil único e integrado como parte das ideias e do aparato institucional desse Estado Novo. Nesse contexto, Vargas outorga uma nova constituição, caracterizada pelo autoritarismo, concentração de poderes no executivo, intervenção do Estado na economia, entre outros.

Nesse período, era vivenciado uma nova fase no desenvolvimento do sistema capitalista. Com a expansão do capitalismo industrial, incentivando elites e governos autoritários, para se moldarem aos seus interesses, fazendo com que o governo buscasse, por meio da divisão oficial do país em grandes regiões, a nacionalidade brasileira, principalmente aquela a ser apresentada

para o exterior. Para isso, foram criadas estruturas para favorecer o desenvolvimento econômico, como o IBGE (Rocha; Oliveira, 2011).

Nessa conjuntura, os rumos do pensamento geográfico também sofrem mudanças, a Geografia é influenciada pelo Positivismo Lógico, o qual traz um grande rompimento paradigmático para a nossa ciência, nascendo assim a Nova Geografia, também conhecida por Geografia quantitativa ou Geografia Teórico-Quantitativa. Sendo assim, ao estar fundamentada no positivismo lógico, opostas aos paradigmas do Determinismo Ambiental e do Possibilismo, é portanto, “esvaziada de seu conteúdo empírico, nos mostrou uma concepção meramente funcional para região, com a finalidade de planejamento estatal, bem como para o uso empresarial” (Silva; Torres, 2023, p. 1512).

Sob essas influências, as regiões brasileiras passam a ser definidas por um conjunto de similaridades e diferenças entre os lugares, definidas através de uma mensuração, que se usam técnicas estatísticas descritivas (Corrêa, 2000). A Matemática e a Estatística foram introduzidas nos estudos regionais, como sendo instrumentos para análise e testes, contudo, também sofreram críticas, pois o dado estatístico não expressa sozinho a realidade (Rocha; Oliveira, 2011).

Essa corrente teórica emergente, sintonizada com as mudanças que foram ocorridas após II Guerra Mundial (1939-1945), passou a dar maior rigor científico ao conceito de região, atribuindo “um sentido operativo, buscando valorizar os sistemas lógico-quantitativos, eliminar a subjetividade, impor unicidade nos critérios de classificação e construir modelos para então abrir possibilidades de espacialização da realidade apreendida em mapas e gráficos” (Rocha; Oliveira, 2011, p. 53).

Nesse contexto, o IBGE, foi criado com intuito de principalmente, fazer o levantamento e divulgação de dados estatísticos (Rocha; Oliveira, 2011), além de promover ações, como “elaboração de políticas públicas; subsidiar o sistema de decisões quanto à localização de atividades econômicas, sociais e tributárias; subsidiar o planejamento, estudos e identificação das estruturas espaciais de regiões metropolitanas [...]” (IBGE, 2009 apud Rocha; Oliveira, 2011, p. 54).

Além desses princípios, o Estado determina a esse órgão, a regionalização do Brasil, pois acreditava-se que traçados recortes espaciais, o levantamento e a divulgação dos dados aconteceriam de maneira mais eficiente (Rocha; Oliveira, 2011).

A primeira divisão regional oficial pelo órgão IBGE, pela coordenação do engenheiro e geógrafo Brasileiro Fábio de Macedo Soares Guimarães, aprovada em 1942, serviu-se da posição geográfica para nomear 5 grandes regiões naturais: Norte, Nordeste, Leste, Centro-Oeste e o Sul.

Figura 1: Divisão Regional do Brasil (1942)



Fonte: Fábio de Macedo Soares Guimarães, 1942.

De acordo com Magnago (1995), essa primeira divisão regional do país sofre grande influência da divisão regional elaborada por Delgado de Carvalho em 1913, a qual privilegiou a região natural influenciada portanto pelo Determinismo Ambiental, tendo como critérios os elementos do meio físico: o relevo, o clima e a vegetação.

Segundo Matos (2019) essa divisão sofreu entre 1942 a 1943 algumas alterações, com a criação de novas unidades político-administrativas. Sendo que o Território de Fernando de Noronha é criado e inserido na região Nordeste Oriental no ano de 1942, e em 1943, os Territórios de Guaporé, Rio Branco e Amapá, também foram criados e incluídos a região Norte; já na região Sul, é inserido o Território de Iguazu, e no Centro-Oeste, o território de Ponta Porã, dando origem a 7 grandes Regiões: Norte, Centro-Oeste, Nordeste Oriental, Nordeste Ocidental, Leste Setentrional, Leste Meridional e Sul, no ano de 1945.

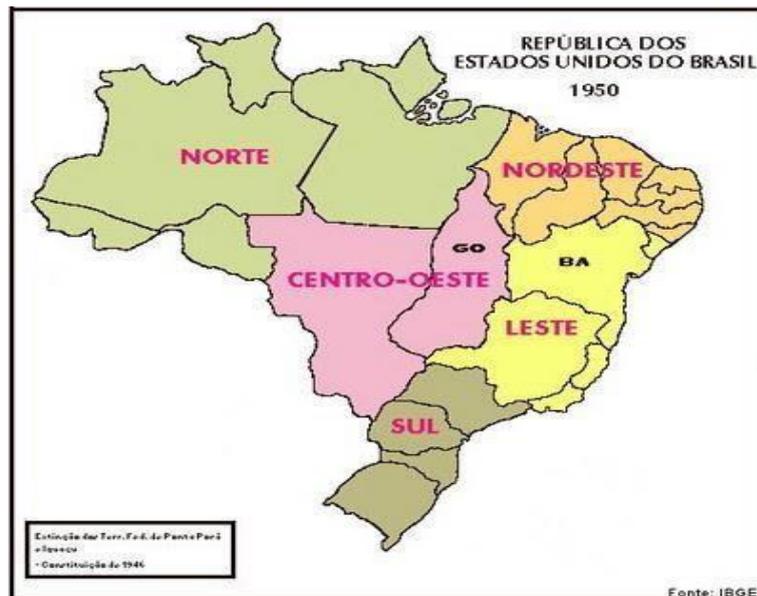
Figura 2: Divisão Regional do Brasil (1945)



Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1993.

No ano de 1946, surge uma nova modificação, pois o território de Ponta Porã e Iguaçu são extintos, surgindo assim, uma nova regionalização estabelecida pelo IBGE em 1950, dividindo os espaços não mais em 7 regiões, mas, para 5 grandes regiões, foram elas: Norte, Nordeste, Leste, Sul, Centro-Oeste (Rocha; Oliveira, 2011).

Figura 3: Divisão Regional do Brasil (1950)



Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1993.

Contudo, conforme Magnano (1995) a primeira divisão regional foi considerada como “empirista” sob o ponto de vista da abordagem metodológica, visto ter sido o conhecimento do real, do objeto, no caso, o território nacional, a base para essa divisão (Magnano, 1995).

Essas divisões em grandes regiões, que corresponde aos espaços mais amplos, foram depois subdivididos em 30 regiões, 79 sub-regiões, finalmente, subdividindo um total de 228 zonas fisiográficas (Figura) (Azambuja, 2010, p. 41). As zonas fisiográficas, de acordo com Lima *et al.* (2002), baseiam-se principalmente nos aspectos naturais e posição geográfica, mas considerando os aspectos socioeconômicos. Elas ainda tinham por finalidade “a integridade nacional, a diminuição de diferenças regionais e a vigilância nas zonas fronteiriças, como também, a urbanização e industrialização” (IBGE apud Micheline e Santos, 2022).

Figura 4 : Zonas Fisiográficas



Fonte: Magnano, 1995.

Contudo, as zonas fisiográficas sofreram críticas, alegavam-se que os aspectos socioeconômicos considerados nessa divisão, poderiam estar sujeitos a constantes transformações, no que diz respeito ao processo social. (Magnano, 1995). Na década de 60, a regionalização em grandes regiões, também sofre mudanças, sendo feita algumas alterações nos estados e territórios, como a denominação do Território Federal de Guaporé para Território

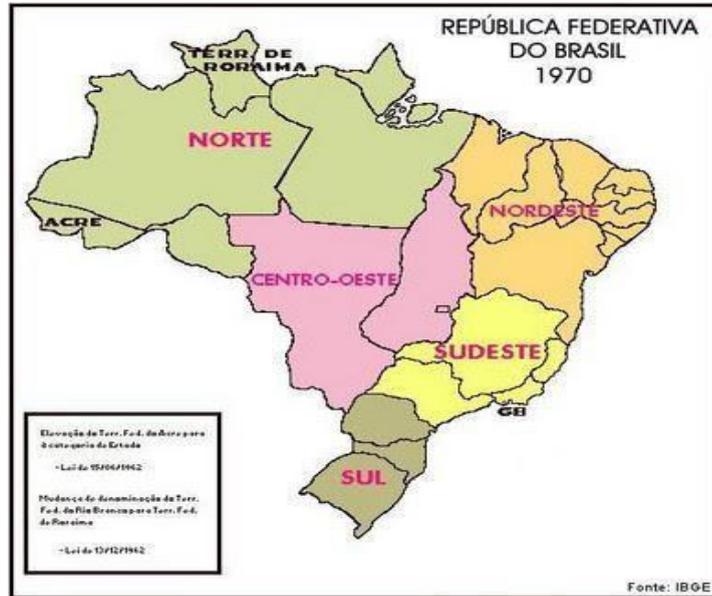
Federal de Rondônia em 1956; a inauguração do Distrito Federal – Brasília, tendo em vista a transferência da capital do país que estava na região Leste passando para o Centro-Oeste; bem como a criação do Estado da Guanabara em 1960 (Rocha; Oliveira, 2011).

Figura 5: Divisão Regional do Brasil (1960)



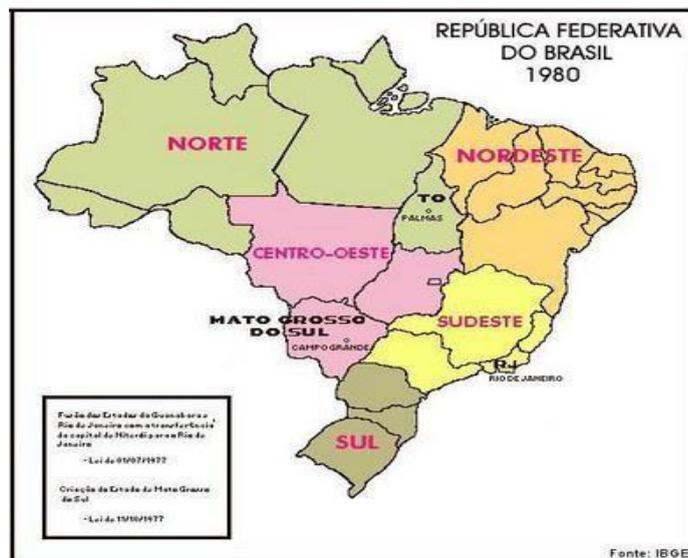
Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1993.

De acordo com Rocha e Oliveira (2011) em 1970 é oficializada uma nova regionalização, a qual, o Brasil ganha o desenho regional atual, pois, o termo Leste é substituído, nascendo assim, o Sudeste. Outras alterações no que diz respeito aos territórios também são estabelecidas: o Território Federal do Acre passa para a categoria de Estado e o Território Federal de Rio Branco é denominado de Território Federal de Roraima (1962). Com isso, as novas regiões instituídas pelo IBGE são: Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul.

Figura 6: Divisão Regional do Brasil (1970)

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1993.

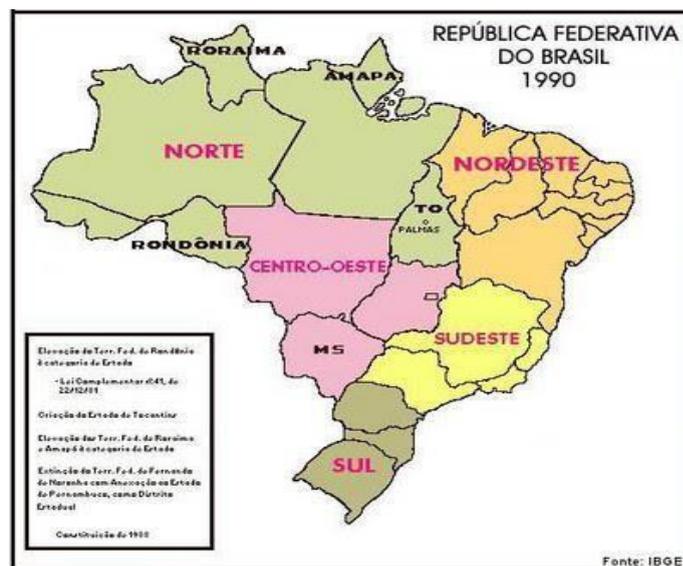
Já na década de 80, são feitas novas mudanças em relação aos Estados, havendo a fusão dos Estados da Guanabara e do Rio de Janeiro, com a transferência da capital de Niterói para o Rio de Janeiro (1974). Outra diferenciação é a criação em 1977 do Estado de Mato Grosso do Sul (Rocha; Oliveira, 2011).

Figura 7: Divisão Regional do Brasil (1980)

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1993.

Com base em Rocha e Oliveira (2011) as últimas mudanças na configuração da divisão macrorregional que perduram até a atualidade, foram publicadas em 1990, definidas através da Constituição de 1988. Em relação às Unidades territoriais, ocorre a elevação do Território de Rondônia passando a categoria de Estado em 1981; é criado o Estado de Tocantins; o Território de Fernando de Noronha é extinto e anexado a área do Estado de Pernambuco em 1988, passando assim, a ser Distrito do Estado de Pernambuco em 1989.

Figura 8: Divisão Regional do Brasil (1990)



Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1993.

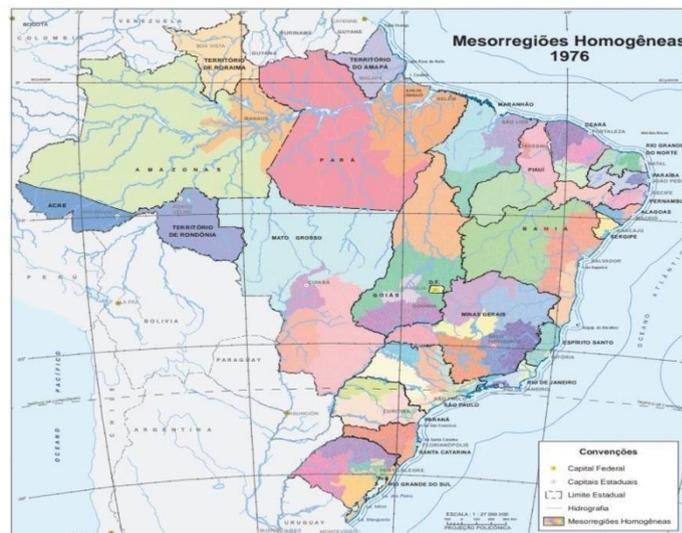
Podemos observar que a regionalização em macrorregiões da década de 1940 proposta pelo IBGE, não permaneceu até a atualidade, pois surgiram várias alterações na configuração das divisões regionais. Conforme aponta Magnago (1995, p. 72): “A Divisão Regional de 1942 [...] constituiu um primeiro modelo, de caráter oficial, de uma base territorial para fins práticos de divulgação de dados estatísticos. Apresentava, contudo, fragilidades quanto aos aspectos teórico-metodológicos adotados”.

Surge, então, uma nova divisão no país substituindo as zonas fisiográficas elaborada pelo IBGE, substituí, também, o critério de região natural que prevaleceu até 1969, quando, segundo Magnago (1995), é aprovada a Resolução nº 1 da Comissão Nacional de Planejamento e Normas Geográficas-cartográficas, apresentando as Microrregiões Homogêneas (Figura 9), que em 1967 havia sido realizada em caráter preliminar, e oficializada em 1969, para posterior aprovação pelo decreto 67.647 em 24 de novembro de 1970, publicado pelo Diário Oficial da

lugares caracterizados por um elevado grau de similaridade ou homogeneidade, homogeneidade está definida em termos de um critério específico” (Faissol apud Magnago, 1995, p. 82).

De acordo com Azambuja (2010) é publicado, então, uma nova divisão do país, em 1972, denominada de Regiões Funcionais Urbanas, “cuja finalidade é organizar a funcionalidade das ações administrativas a partir de uma hierarquia da rede urbana” (Azambuja, 2010, p. 41). Que em 1987 passam a ser chamadas de Regiões de influência das cidades. E em 1976, o IBGE estabelece as mesorregiões homogêneas (Figura 10) que se dão em escalas estaduais, dando origem a 87 unidades espaciais a partir da agregação as microrregiões, seguindo a mesma linha conceitual dos espaços homogêneos da divisão de 1970 (Magnago, 1995).

Figura 10: Mesorregiões homogêneas



Fonte: IBGE, 2017.

As mesorregiões homogêneas eram áreas que possuíam pontos em comum, que tinham que agrupar em uma região diferente das outras. Na década de 80, como aponta Magnago (1995) é no contexto de iniciação do processo de abertura política, que a questão regional passa a ser questionada, tendo em vista a aceleração do capitalismo e como consequência desse processo, as diferenciações espaciais, a partir de conceitos como o de “totalidade espacial” advindo da Teoria Marxista, a região é entendida como reflexo dessa “totalidade espacial” dos processos que ocorrem e abrangem o espaço-social.

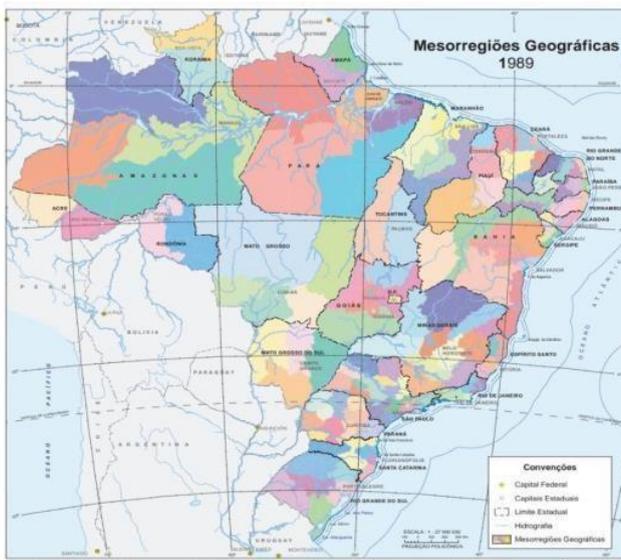
No final da década de 80, permanecendo com a estrutura de divisão macrorregional, grandes regiões geográficas, da década de 70, tendo em vista as mudanças nas áreas implicando em espaços desigualmente organizados decorrentes do desenvolvimento capitalista de produção, diferente do critério de homogeneidade da divisão anterior, o IBGE substituiu em 1990 as microrregiões e mesorregiões homogêneas denominando-as de geográficas (Figura 11), apoiado na noção de “totalidade nacional” sendo feita à análise das Unidades da Federação pelo método de divisão contínua desses espaços (Magnago, 1995).

Essa divisão surge “com a finalidade de abarcar as desigualdades entre as regiões” (Neto, 2021). O IBGE designou mesorregião geográfica, tendo “[...] o processo social, como determinante, o quadro natural, como condicionante, a rede de comunicação e de lugares, como elemento de articulação espacial” (IBGE apud Magnago, 1995, p. 85). Já em relação às microrregiões geográficas:

Consideradas como partes das mesorregiões, foram definidas por suas especificidades quanto à estrutura da produção agropecuária, indústria, extrativa mineral e pesca. Para a compreensão das especificidades da estrutura produtiva, utilizaram-se, também, informações sobre o quadro natural e sobre relações sociais e econômicas particulares, compondo a vida de relações locais (Magnago, 1995, p. 85-86).

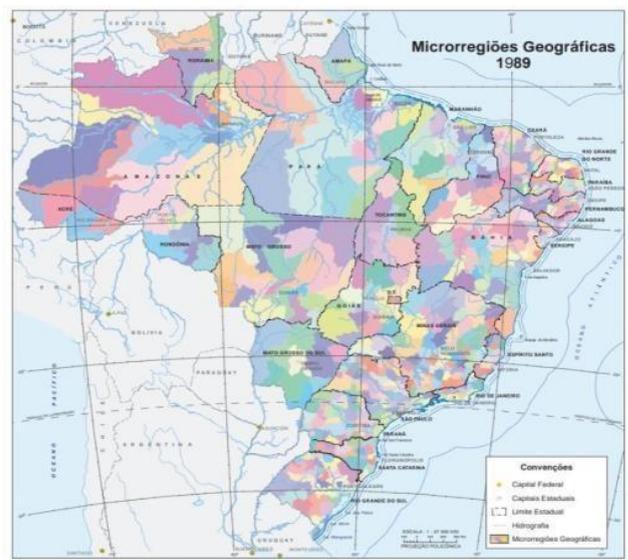
Essa divisão “esteve vinculada ao intenso processo de ocupação e ampliação dos espaços produtivos e o acelerado movimento de criação de municípios, a partir da Constituição Federal do Brasil, de 1988” (Lucizani; Lima, 2021, p.117).

Figura 11: Mesorregiões Geográficas



Fonte: IBGE, 2017.

Figura 12: Microrregiões Geográficas.



Fonte: IBGE, 2017.

Esse modelo perpetuou até o ano de 2017, mantendo as cinco grandes regiões ou macrorregiões geográficas do país, mas alterando profundamente as divisões meso e microrregionais. Com base no IBGE (2017) a nova regionalização surge da necessidade de atualização do antigo quadro regional, em virtude das mudanças ocorridas no território brasileiro, no que tange os aspectos econômicos, políticos, demográficos e ambientais, diferenciando cada vez mais os espaços. Nessa divisão, “a região [...] é operacionalizada a partir de elementos concretos (rede urbana, classificação hierárquica dos centros urbanos, detecção dos fluxos de gestão, entre outros), capazes de distinguir espaços regionais em escalas adequada” (IBGE, 2017). Em relação a abrangência dos municípios em escala estadual, o IBGE divide o país em Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias (Figura 12). Por definição:

As Regiões Geográficas Imediatas têm na rede urbana o seu principal elemento de referência. Essas regiões são estruturas a partir de centros urbanos próximos para a satisfação das necessidades imediatas das populações, tais como: compras de bens de consumo duráveis e não duráveis; busca de trabalho; procura por serviços de saúde e educação; e prestação de serviços públicos, como postos de atendimento do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, do Ministério do Trabalho e de serviços judiciários, entre outros.

As Regiões Geográficas Intermediárias organizam o território, articulando as Regiões Geográficas Imediatas por meio de um polo de hierarquia superior diferenciado a partir dos fluxos de gestão privado e público e da existência de funções urbanas de maior complexidade. (IBGE, 2017).

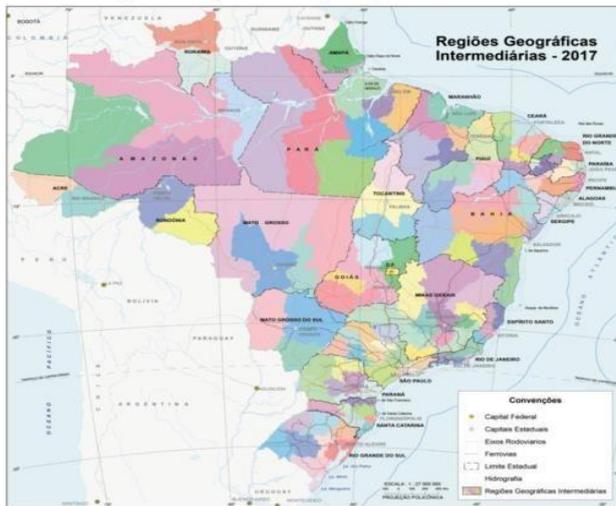
Para essa regionalização, como aponta o IBGE (2017) ela foi “baseada na identificação de cidades polo e dos municípios a elas vinculados”. Ou seja, as cidades que se destacam por deter maior infraestrutura urbana e os municípios que a elas possuem relação direta. Para isso, utilizaram os conceitos do Professor Rogério Haesbaert, o de Território-rede e Território-zona (IBGE, 2017). “O primeiro se constitui através dos fluxos, dando um caráter de movimento e dinâmica, ao passo que o segundo, [...] concebe o território como uma realidade concreta a priori traduzido pela área contínua dos municípios, uma área delimitada e fixa” (Silva; Torres, 2023, p. 1516-1517).

De acordo com Santos e Alvim (2022) essa nova regionalização, também considerou estudos do IBGE, a fim de reestruturar o território, considerando mudanças socioespaciais que ocorreram nas 3 últimas décadas, “são eles: Regiões de Influência de Cidades de 2007, Divisão

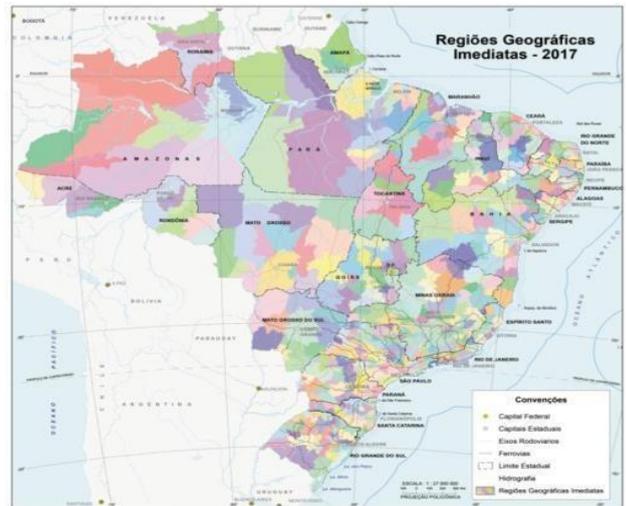
Urbano-Regional de 2013, Gestão do Território e Logística dos Transportes do Brasil de 2014, Arranjos Populacionais e Concentrações Urbanas de 2016” (Santos; Alvim, 2022, p. 210).

Figura 13: Regiões Intermediárias do Brasil.

Figura 14: Regiões Imediatas do Brasil



Fonte: IBGE, 2017.



Fonte: IBGE, 2017.

Sendo assim, o IBGE substituiu as mesorregiões pelas regiões geográficas intermediárias e as microrregiões por regiões geográficas imediatas, sendo feita algumas alterações, como a nomenclatura e limites geográficos. O foco para essa nova e atual divisão consiste da análise da rede urbana. Para Corrêa (2006), “entendemos por rede urbana, numa definição mínima e inicial, o conjunto de centros urbanos funcionalmente articulados entre si”.

Soares e Silva (2022) pontuam que a “rede urbana pode ser entendida como uma articulação mútua entre as cidades que se estabelece a partir dos fluxos de pessoas, mercadorias, capitais e informações”. Isto é, a conexão existente entre cidades, cria essa rede urbana, que é extremamente complexa.

De acordo com o IBGE (2022) que teve como base a pesquisa Regiões de influência das Cidades – REGIC, pontua que “A rede urbana [...] é constituída por cidades com hierarquia inferior que se subordinam a cidades com hierarquia superior, de acordo com a intensidade desses relacionamentos para busca de serviços ou de gestão do território”. Ou seja, nessa conjuntura, as cidades se relacionam de forma hierárquica, sendo uma relação de dependência, visto que, as cidades de hierarquia inferior dependem das cidades de hierarquia superior para ter acesso a serviços e recursos. De acordo com Lucizani e Lima (2021, p. 13):

O IBGE (2017a) nomeou as Regiões Geográficas Imediatas, conforme o polo de maior hierarquia urbana, considerando os seguintes critérios gerais: caso se encontre mais de um polo de mesma hierarquia, estipulou-se que se as populações dos polos urbanos forem equivalentes, o nome da Região Geográfica Imediata é constituído pelos nomes de todos os polos, ordenando pelo tamanho da população; e se a população de um dos polos urbanos superar em 50% a população do(s) outro(s) polo(s), o nome da Região Geográfica Imediata é a do polo de maior população.

Já as Regiões Geográficas Intermediárias foram nomeadas a partir do polo de maior hierarquia urbana. Havendo mais de um polo de mesma hierarquia, então são adotados os seguintes critérios gerais: i) se as populações dos polos urbanos forem equivalentes, o nome da Região Geográfica Intermediária é formado pelos nomes de todos os polos de mesma hierarquia, ordenando pelo tamanho da população; e se a população de um dos polos urbanos supera em 50% a população do(s) outro(s) polo(s), o nome da Região Geográfica Intermediária é a do polo urbano de maior população.

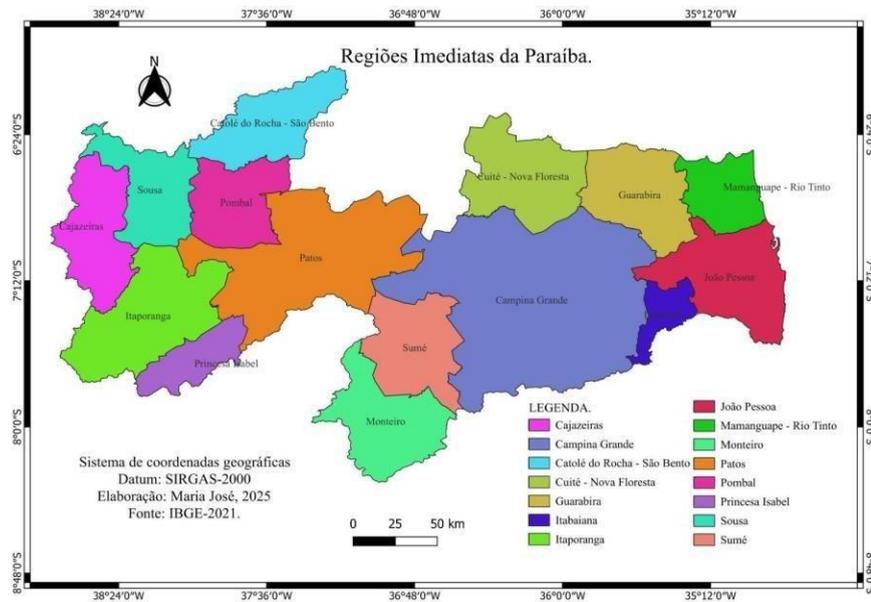
Isto é, o IBGE nomeou as Regiões considerando tanto a hierarquia urbana dos municípios que as compõem, quanto o tamanho da população dos polos urbanos que irão concentrar estruturas e serviços. As regiões geográficas imediatas, sob as quais iremos aprofundar na nossa pesquisa, são conformadas, portanto, por um conjunto de municípios, onde há um município polo que é aquele que detém a maior rede urbana, e que a partir dessa política regional irá concentrar estruturas e serviços, como universidades, grandes hospitais, sedes do INSS, bancos, e que, portanto, irá atender as demandas imediatas dos outros municípios que as conformam.

Nos preocupa, portanto, nesta pesquisa esse esquema hierarquizado que provoca essa relação de dependência para o suprimento de necessidades imediatas da população desses pequenos municípios com as cidades polos, como os casos de emergência da saúde. Esse esquema de regionalização pode também provocar o inchaço urbano em municípios pequenos que não possuem estrutura básica para esse atendimento, assim como também movimentos pendulares que provocam problemas como aumento do tráfego de transportes não condizente com a realidade desses municípios. Outro problema, são as dificuldades enfrentadas pela população desses pequenos municípios na busca desses serviços, como a questão dos transportes e das rodovias, assim como outro ponto a ser discutido é destinar que não haja mais crescimento nesses municípios pequenos pois tudo pode ser acessado no município polo.

2.1 O CASO DO DEPENDENCIA DO MUNICÍPIO DE LASTRO COM A CIDADE POLO DA REGIÃO IMEDIATA DE SOUSA – PB

No que diz respeito ao estado da Paraíba, as novas regiões geográficas intermediárias, substituindo as mesorregiões geográficas, que antes recebiam os nomes que representavam questões mais da Geografia física das regiões, relacionando as características fisiográficas, agora elas recebem os nomes das cidades polo, ou seja, o maior polo da hierarquia urbana, e somam o total de 04 (quatro) regiões: João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa-Cajazeiras; em relação às regiões geográficas imediatas, antigas microrregiões geográficas, somam o total de 15 (quinze) regiões, são elas: João Pessoa, Guarabira, Mamanguape – Rio Tinto, Itabaiana, Campina Grande, Cuité - Nova Floresta, Monteiro, Sumé, Patos, Itaporanga, Catolé do Rocha – São Bento, Pombal, Princesa Isabel, Sousa e Cajazeiras, e cada uma delas são compostas por seus respectivos municípios (IBGE, 2017).

Mapa 1: Regiões Geográficas Imediatas da Paraíba.



Fonte: elaborado pela autora Abrantes (2025).

No quadro a seguir podemos ver as regiões intermediárias, imediatas e a quantidade de municípios que conformam cada uma delas:

Quadro 2: Divisão Regional do Estado da Paraíba em Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias - 2017

REGIÃO GEOGRÁFICA INTERMEDIÁRIA	REGIÃO GEOGRÁFICA IMEDIATA	NÚMERO DE MUNICÍPIOS POR REGIÃO GEOGRÁFICA
João Pessoa		63
	João Pessoa	22
	Guarabira	26
	Mamanguape-Rio Tinto	10
	Itabaiana	5
Campina Grande		72
	Campina Grande	47
	Cuité-Nova Floresta	10
	Monteiro	7
	Sumé	8
Patos		63
	Patos	26
	Itaporanga	15
	Catolé do Rocha-São Bento	10
	Pombal	7
	Princesa Isabel	5
Sousa-Cajazeiras		25
	Sousa	13
	Cajazeiras	12

Fonte: IBGE, 2017. Reorganizado pela autora Abrantes (2025).

De acordo com o quadro, no que se refere a região imediata de Sousa, esta compreende 13 (treze) municípios, são eles: **Sousa, Aparecida, Bernardino Batista, Joca Claudino,**

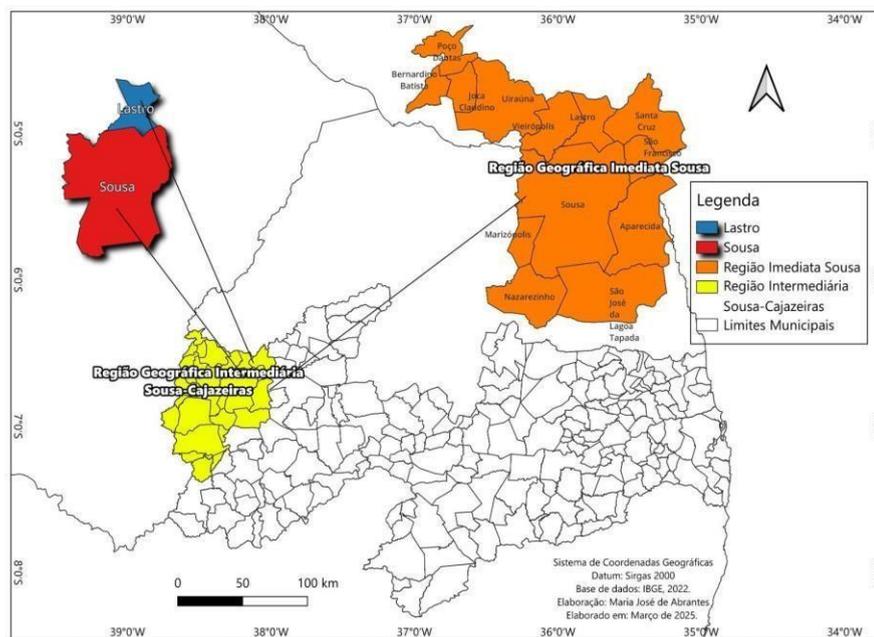
Marizópolis, Nazarezinho, Poço Dantas, Santa Cruz, São Francisco, São José da Lagoa Tapada, Uiraúna, Vieirópolis e Lastro (Brasil, 2023).

O Distrito de Lastro, anteriormente pertencente ao município de Sousa, foi emancipado politicamente enquanto município em 17 de julho do ano de 1963 (ABRANTES, 2011). De acordo com IBGE (2023) este município possui área territorial de 107,416 km², com densidade demográfica de 29,44 (hab.km²), e população de 3.162 (três mil cento e sessenta e dois) habitantes (Censo 2022).

Além de sua área urbana, este município compreende o Distrito de Boa Esperança, e os sítios: Mariana, Jurema, Lagoa da vereda, Espera, Cajazeiras, Caititu, Casinha, Riacho fechado, Roça Nova, São Joaquim, Bom nome, Gado bravo, Concórdia, Várzea de cima, Jardim, Algodão, Barra, Jerimun, Belo Monte, Malhada da pedra e Passagem funda.

O município de Lastro está situado no interior do estado da Paraíba, localizado dentro da região geográfica intermediária de Sousa-Cajazeiras, respondendo a Região Imediata de Sousa (mapa 2), de acordo com a nova Divisão Regional do Brasil em Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias (IBGE, 2017).

Mapa 2 : Localização do município de Lastro-PB



Fonte: elaborado pela autora Abrantes (2025).

Já sob as questões referentes ao objetivo desta pesquisa, que concerne à oferta de saúde no município e atendimento na região imediata do mesmo, compreendemos que os serviços públicos de atenção à saúde no Brasil, estão regionalizados e hierarquizados, conforme diferentes níveis de complexidade (Losco, 2020, p. 54). No caso de Lastro, a cidade detém (apenas) um Posto de Saúde da Família (PSF) e um hospital de pequeno porte (Foto 1), o qual é foco desta pesquisa. O hospital desse porte “É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de até 50 leitos” (Filho; Barbosa, 2014, p. 43).

Foto 1: Hospital de Lastro-PB



Fonte: arquivo da autora Abrantes (2025).

Sendo assim, o hospital do município de Lastro é de assistência básica, ou seja, aquele que possui nível de complexidade primária, se tratando assim de um hospital local e de caráter público. Por essas características, esse hospital não dispõe de estrutura suficiente para atender pacientes que apresentam casos de emergência, direcionando esse tipo de atendimento à população do município para o Hospital da cidade de Sousa, cidade polo da região imediata correspondente ao município de Lastro.

Nessa conjuntura, os deslocamentos estão previstos na própria forma como os serviços de saúde estão organizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde oferecidos no país, mantido pela gestão pública, sendo responsabilidade de três esferas do governo: municipal, estadual e federal (Brasil, 2009).

O SUS tem princípios previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e também no artigo 7º do Capítulo II da Lei n.º 8.080/1990, que o orientam, são eles: a universalidade: tendo a saúde como direito universal de todos os cidadãos, os serviços de saúde deve ser prestado em todos os níveis de assistência, cabendo ao Estado essa função; a integralidade: garantir a todos os indivíduos uma assistência, considerada como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, promovendo prevenção, tratamento e reabilitação, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde; e a igualdade: garantia da assistência à saúde a qualquer pessoa sem preconceitos e privilégios, em todos os níveis de complexidade (Linard *et al.*, 2011).

Os princípios organizativos que regem o SUS são: a descentralização que é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, os serviços de saúde, públicos e conveniados, são distribuídos nas três esferas do governo: municipal, estadual e Federal; outro princípio organizativo é a participação social: significa que a sociedade tem direito de participação das gestões públicas e da saúde pública em particular, os cidadãos são ouvidos no processo de tomada de decisões dos governantes, contribuindo para que as políticas atendam o interesse público (Brasil, 2009).

A regionalização da saúde, também é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) “para a oferta de recursos e serviços de saúde, visando organizá-los de maneira hierarquizada e integrada, considerando as características demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas de cada região” (Rehem *et al.*, 2023).

A regionalização da saúde apresenta-se como uma estratégia para organização e integração dos serviços de saúde do SUS entre os municípios, levando em conta a diversidade de contextos regionais que existe no Brasil, suas diferenças socioeconômicas e as necessidades específicas de saúde da população em cada localidade, sendo que o princípio da regionalização da saúde constitui-se na organização dos serviços em espaços geográficos, as regiões de saúde (Rocha; Rache; Nunes, 2022). De acordo com o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, uma região de Saúde é,

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2021) o princípio da Regionalização da saúde está relacionado ao da descentralização que são a distribuição de competências e responsabilidades entre as esferas de governo, “esferas autônomas com capacidade político-legislativa, priorizando os níveis regionais e locais” (Brasil, 2021, p. 10).

O SUS também estrutura os níveis de atenção à saúde, os quais se dividem em atenção básica, atenção secundária e atenção terciária, que devem ser articulados entre si. A atenção básica ou primária é definida como a “porta de entrada” o contato inicial com o SUS, e centro ordenador das redes de atenção, os postos de saúde, geralmente são essa “porta de entrada” com o sistema, se utilizando da estratégia da Saúde da Família (Brasil, 2009).

A atenção secundária envolve atividades onde requer profissionais especializados, bem como, recursos mais tecnológicos, seria a atenção de média complexidade, desenvolvidos em policlínicas, centros de saúde e pequenos hospitais; já a atenção terciária, exige profissionais bastante especializados e alta tecnologia, que são ofertados em grandes hospitais (Bleicher; Bleicher, 2016).

De acordo com Bleicher e Bleicher (2016) os problemas em saúde podem e devem ser resolvidos em sua maior parte, na atenção primária, assim sendo, uma atenção primária bem estruturada, haverá menos pessoas que necessitarão de atenção secundária e atenção terciária.

Tanto a regionalização do SUS, como a Regionalização do IBGE, em Regiões Geográficas Imediatas e Intermediárias, há a divisão hierarquizada entre os municípios desde aqueles que oferecem serviços mais básicos e outros que dispõem de serviços mais complexos de saúde, justamente pra suprir a necessidade da população, onde é necessário que haja o deslocamento de pessoas para ter acesso a esses serviços.

Os serviços de saúde de média e alta complexidade se concentram em cidades, onde há hospitais de referência próximos à pequenas cidades que não detém a capacidade de possuir esses serviços, resultando em uma dependência entre os municípios.

Os deslocamentos da população de Lastro para ter acesso a serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, surge antes do SUS existir, quando Lastro já dependia de serviços de saúde na cidade de Sousa, visto que o hospital de Lastro só foi construído a partir de 1973 no centro da cidade, devido a necessidade de uma maternidade no município, assim o fez, nomeando-o de Hospital Maternidade Nossa Senhora do Carmo, atualmente denominado de Hospital Municipal Nossa Senhora do Carmo (Gadelha, 2020).

No atual cenário, para a organização da fila de espera dos pacientes pelos atendimentos no hospital do município de Lastro, se utilizam da prática da triagem, conforme pontua uma profissional enfermeira do hospital do município “utilizamos o protocolo de Manchester, que é um protocolo que vai determinar a prioridade do atendimento. É privativo do enfermeiro plantonista do dia, e também é utilizado neste protocolo de Manchester, cores que vai determinar o grau de urgência” (Depoimento de enfermeira atuante no município de Lastro em entrevista a nós concedida, realizada em 7 fev. 2025, Lastro - PB). Ou seja, no Hospital de Lastro os casos de emergência e os que não são emergência, são priorizados conforme a gravidade do quadro clínico em que o paciente se encontra, cabendo ao profissional da enfermagem a realização do mesmo.

Considerando o que foi exposto, com relação a última regionalização do IBGE em regiões geográficas intermediárias e regiões geográficas imediatas, a população de Lastro, visto possuir um hospital de assistência básica no município, para ter acesso aos serviços de saúde mais complexos, precisam se deslocar para uma cidade polo, Sousa, mas antes disso, os pacientes passam pelo processo de triagem, no caso, o protocolo Manchester.

Tendo em vista entender melhor como se dá o contato inicial do paciente que chega ao hospital de Lastro, principalmente com relação aos casos de emergência, no próximo capítulo serão apresentados o que vem a ser o protocolo Manchester, bem como, seu funcionamento, e analisar a estrutura do hospital no que se refere aos casos de emergência, tendo como referência as informações obtidas a partir da entrevista concedida pela profissional da enfermagem do hospital.

3. EMERGÊNCIA, TRIAGEM E O CENÁRIO DO HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE LASTRO-PB

Conforme Romani *et al.* (2009, p. 44) a origem da palavra emergência deriva do latim *emergentia*, que significa a ação de emergir, uma situação crítica, acontecimento perigoso, e incidente. Quando recorre a literatura, no contexto da clínica médica, nota-se que a emergência há mais de 50 anos, já se referia com fundamento na necessidade de uma atenção imediata, a casos em que havia perigo à vida (Mena *et al.*, 2017).

Trazendo para área da saúde, a emergência corresponde a um processo em que há um risco iminente de vida, em que seu diagnóstico, bem como, tratamento ocorrem nas primeiras horas após constatação (Moura; Carvalho; Silva, 2018). Nos hospitais do Brasil, os casos em que requer emergência, tendo em vista a sua gravidade, são priorizados no atendimento médico, que estão organizados pela triagem.

“A triagem determina quem vai receber tratamento primeiro, e tem como objetivo organizar e assegurar a assistência qualificada ao paciente, de acordo com o risco” (Bertozzi, 2011). Conforme Santos (2010 *apud* Muller *et al.*, 2018) a realização da triagem é feita pelo profissional enfermeiro, capacitado e treinado com a finalidade de identificar quais os pacientes que precisam ter atendimento primeiro.

Com base em Coutinho; Cecílio e Mota (2012) o termo “triagem” deriva do verbo ‘trier’ que significa escolher, separar e selecionar, e a origem dessa prática surge no início do século XIX, quando o cirurgião francês Dominique Jean Larrey, do exército de Napoleão, foi responsável pelo primeiro método que consistia em priorizar os cuidados aos soldados de acordo com a gravidade dos ferimentos e com isso, era possível fazer a separação dos casos mais graves para fazer os cuidados de forma mais rápida e assim, permitindo que os soldados voltassem mais rápido pra guerra.

Com o tempo, esse processo de triagem foi se aperfeiçoando, porém continuou alusivo a catástrofes, até a década de 60 esse método não era utilizado pela população civil, porém, diante de um processo de mudança da prática médica nos Estados Unidos, pela procura por serviços de urgência, houve a necessidade de definir aqueles que precisavam de cuidados imediatos (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco *apud* Filho, 2013, p. 7).

Dentre os sistemas de triagem desenvolvidos e mais utilizados em unidades de emergência de vários países, destacam-se: Emergency Severity Index-ESI, Australasian Triage

Scale (ATS), Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), e o Sistema de Triagem de Manchester (Coutinho; Cecílio; Mota, 2012).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM), é um protocolo, o qual, foi implementado em Manchester na Inglaterra no ano de 1997, depois, foi adotado em hospitais do Reino Unido, como protocolo padrão. A partir do ano de 2000 várias instituições de saúde de diferentes países, como o Brasil, vieram adotando o Sistema de Classificação de Manchester (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2021, p. 3).

Conforme pontua Coutinho; Cecílio e Mota (2012) a partir de 2008, esse sistema foi introduzido no Brasil como parte da política de saúde do estado de Minas Gerais. Tendo o seu representante oficial do STM no país o Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (GBACR) pela autorização dos detentores dos direitos autorais do protocolo, o Manchester Triage Group (MTG) e British Medical Journal.

De acordo com o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2021, p. 5) “O Protocolo de Manchester é baseado em categorias de sinais e sintomas e contém 55 fluxogramas (sendo 53 utilizados para situações rotineiras e dois para situação de múltiplas vítimas) que serão selecionados a partir da situação/queixa apresentada pelo paciente”. Deve ser realizado pela Enfermagem, que possui habilidade de comunicar e avaliar, com base no conhecimento dos princípios éticos e jurídicos e técnico-científico, que conduzem a profissão (Souza; Barreto, 2022).

Seguindo as considerações do Ministério da Saúde do Brasil, Ferreira *et al.* (2016) afirma que esse protocolo é um processo ativo de identificação dos pacientes, o qual, tem como objetivo principal, determinar prioridades para o atendimento de pacientes que necessitam de serviços de emergência.

O Sistema de Triagem de Manchester determina o atendimento dos pacientes de acordo com a gravidade do seu quadro clínico. Segundo Santos *et al.* (2024), o STM baseia-se em cinco categorias as quais são classificadas por cor e tempo alvo para o primeiro atendimento médico. Como mostrado a seguir:

Quadro 2: Categorias do STM

COR	CLASSIFICAÇÃO	TEMPO
VERMELHO	EMERGÊNCIA	0 MIN.
LARANJA	MUITO URGENTE	10 MIN.
AMARELO	URGENTE	60 MIN.
VERDE	POUCO URGENTE	120 MIN.
AZUL	NÃO URGENTE	240 MIN.

Fonte: Santos *et. al.*, 2024. Organizado pela autora Abrantes (2025).

Com base em Borges *et al.* (2024) depois da triagem, os pacientes são conduzidos para suas respectivas áreas onde irão ter atendimento de acordo com a cor que foi atribuída, e garantia que os casos mais graves possam ser atendidos primeiro. Além disso, o STM também fornece instruções para o devido cuidado dos pacientes de cada categoria, como ajuda para assegurar que cada um tenha o devido tratamento.

Para que não ocorra o agravamento dos casos, é necessário que se tenha uma organização e faça uma priorização desses atendimentos de modo a oferecer uma assistência adequada e rápida aos que mais precisam e assim evitar que o pior aconteça a vida. Vários serviços de atendimento de saúde, ainda possuem longas filas de espera, onde há uma disputa pelo rápido atendimento, usando apenas o critério da ordem de chegada, isso pode acabar comprometendo para o agravo dos pacientes que apresentam quadros mais imediatos.

Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada. A não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não-atendimento no tempo adequado (Brasil, 2009, p.22).

Entretanto, muitas unidades de saúde apesar de usarem o protocolo de triagem, não possuem estruturas para atender alguns níveis de gravidade, como no caso o vermelho, que corresponde a casos de emergência, tendo em vista que as redes de atenção à saúde estão

hierarquizadas. Sabendo que “Emergência (atendimento imediato) - Indica uma situação de risco iminente de morte ou danos graves, exigindo atendimento imediato” (Santos *et al.*, 2024).

Logo, é preciso que o atendimento seja da forma mais rápida possível. Por não possuir estrutura, a única saída é o encaminhamento dos pacientes para outras unidades que comportam e possuem suporte para atender essas pessoas, como é o caso do município de Lastro, onde o hospital é de pequeno porte, não trata alguns casos de emergência, recorrendo ao Hospital Regional de Sousa.

3.1 O ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE LASTRO SOB A VISÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Assim como em outras instituições de saúde no país, o contato inicial com o paciente que chega ao Hospital Municipal Nossa Senhora do Carmo - Lastro-PB, devido a realização do protocolo de Triagem, é feito por um profissional da enfermagem. Esse profissional é também o responsável pelo acompanhamento de pacientes no transporte em situações de emergência.

Mediante essa importância, traçamos um perfil do atendimento de emergência nesse hospital, assim como abordamos questões referentes ao deslocamento dos pacientes para o Hospital de Sousa, a partir de uma entrevista com uma das profissionais de enfermagem da instituição de saúde deste hospital.

Quanto a quantidade de médicos, dias e horários que trabalham no hospital, a enfermeira, pontua:

Temos treze médicos plantonistas, que trabalham no período... diurno e período noturno. Alguns eles tem plantão fixo. Outros eles rodam final de semana, mas tem alguns que só tira o período diurno doze horas de plantão, outros só tira mais doze à noite e alguns tira vinte e quatro, entendeu? por isso que essa quantidade de médicos. Trabalham de segunda a domingo (Depoimento de enfermeira atuante no município de Lastro em entrevista a nós concedida, realizada em 7 fev. 2025, Lastro - PB).

Sendo questionada a respeito do total de médicos citados, ela acrescenta: “É porque assim, tem médico que só tem um plantão por mês, e não é um plantão de vinte e quatro, esse mês teve um que só teve um plantão de 12 horas só durante o dia, o diurno” (Depoimento de enfermeira atuante no município de Lastro em entrevista a nós concedida, realizada em 7 fev. 2025, Lastro - PB).

Vale ressaltar que um desses médicos fica de plantão no PSF do município, dá suporte tanto ao Posto quanto no hospital, “Eu só inclui Dr₁ Mesmo, porque assim, de segunda a quarta,

Dr₁, dá... ele tá no PSF mas ele dá o suporte ao hospital” (Depoimento de enfermeira atuante no município de Lastro em entrevista a nós concedida, realizada em 7 fev. 2025, Lastro - PB). Ou seja, de segunda a quarta, o médico está atendendo no PSF durante o dia. Os pacientes para serem atendidos, tem que ir diretamente para o posto de saúde. Já no período da noite, tem outros médicos de plantão lá no próprio hospital.

A noite já é outro médico, na segunda, na terça já é outro médico à noite, entendeu? Aí na quinta como Dr₁ não dá o suporte, já é um médico no hospital mesmo, de dia e a noite, já é outro também, por isso que dá esse tanto de médico, e assim, como falei pra você, teve um deles que só tirou um plantão esse mês, já tem outros que tira três plantão, outros que tira dois, entendeu?” (Depoimento de enfermeira atuante no município de Lastro em entrevista a nós concedida, realizada em 7 fev. 2025, Lastro - PB).

Pelo exposto, o hospital dispõe de uma boa quantidade de médicos, porém não ficam no máximo, mais de dois médicos dando plantão no hospital no mesmo turno e horário, alguns têm plantão fixo, outros não. De segunda a quarta fica apenas um médico de plantão no posto e dando suporte ao hospital durante o dia.

Em relação ao primeiro atendimento médico, passando pelo protocolo de Manchester, o paciente que se tratando de um caso de emergência e dependendo desse caso, visto a instituição de saúde não ter suporte para todos os casos, chegar até o hospital de Lastro, levado por familiares ou sozinho, ele terá o primeiro atendimento médico, porém se ocorre um imprevisto, uma alta demanda, por exemplo, ou mais de dois pacientes que precisam ser atendidos de imediato, o hospital precisará traçar um plano para dá suporte a todas as vítimas que chegarem no mesmo momento para serem atendidos e estabilizados para efetuar o encaminhamento desses pacientes até um hospital de referência, maior porte, principalmente nos dias da semana: segunda, terça e quarta.

No que se refere aos profissionais de enfermagem da instituição, a quantidade é menor do que a de médicos. “Em relação à enfermagem, temos o quantitativo de cinco enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem que trabalham em escala de plantão de vinte e quatro horas e também trabalham de segunda a domingo” (Depoimento de enfermeira atuante no município de Lastro em entrevista a nós concedida, realizada em 7 fev. 2025, Lastro - PB).

Mesmo que a quantidade de enfermeiros seja menor que a de médicos, o total de enfermeiros citados parece ser adequado, visto que possui cinco profissionais em cada categoria

(enfermeiro e técnico de enfermagem) trabalhando em escala de plantão de 24 horas em todos os dias da semana.

Com relação aos casos mais frequentes de emergência que surgem no hospital, a enfermeira, pontua: “As emergências mais frequentes que aparece no hospital, são algumas doenças cardiovasculares como por exemplo o IAM, que é o infarto agudo do miocárdio, e também algumas doenças do aparelho respiratório” (Depoimento de enfermeira atuante no município de Lastro em entrevista a nós concedida, realizada em 7 fev. 2025, Lastro - PB). As doenças cardiovasculares, de acordo com Costa *et al.* (2018), “são alterações que afetam as funções responsáveis por carrear oxigênio e nutrir os tecidos celulares para que estes possam desempenhar de modo eficaz suas funções.”

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), também conhecido como ataque cardíaco, é uma dessas doenças, é “Decorrente de uma interrupção abrupta do fluxo sanguíneo nas vias coronárias¹, que pode ser acometida por vários fatores, o IAM acontece por uma isquemia² no músculo cardíaco, levando a necrose irreversível deste órgão” (Jarros; Junior, 2014).

De acordo com Bett *et al.* (2022) o IAM é uma das principais causas de morte no País e no mundo, sendo que o tempo entre o início dos sintomas do IAM até início do tratamento, é um dos grandes problemas da morbimortalidade da doença, o diagnóstico e o tratamento, devem ser realizados o quanto antes possível. Já, com relação às doenças do aparelho respiratório, são aquelas que irão afetar o sistema respiratório, como a boca, pulmão, laringe, nervos e músculos da respiração, dentre outros (Calderin, 2016).

As doenças citadas, tendo em vista sua condição em que há um alto risco à vida, requer profissionais preparados, e precisa-se que haja uma ação rápida no primeiro atendimento, sendo esse, de fundamental importância e decisivo visto a condição em que o paciente se encontra.

No que se refere a estrutura do hospital de Lastro para atender casos de emergência (atendimento imediato) e os equipamentos disponíveis para esses casos, ela explica:

Não temos estruturas pra atender todas as emergências, mas algumas, como... infarto agudo do miocárdio, uma parada cardiorrespiratória, onde se a gente obter sucesso nessa parada, né? Que o paciente possa voltar, mesmo assim, a gente ainda precisa de um suporte, e esse suporte é dado pelo o SAMU que leva o paciente até o Hospital Regional de Sousa pra que esse paciente, ele seja assistido, né? E também esse paciente vai precisar de algumas tecnologias, de alguns equipamentos que só o hospital de grande porte oferta.

¹ As artérias que suprem o coração (Luz, 2019).

² Refere-se a redução ou interrupção do suprimento sanguíneo.

O hospital dispõe de alguns equipamentos, que... eu posso esquecer alguns, mas eu vou citar alguns mais relevantes, bem como, monitor multiparâmetro, a gente tem, também, laringoscópio pra intubação, também disponhamos de Ambu que é Bolsa Válvula Máscara pra parada cardiorrespiratória, disponhamos também de oxigênio pra o paciente que necessita, outro equipamento é o eletrocardiográfico pra emissão de eletros em casos de infarto, em caso de arritmias, temos também, DEA que é o Desfibrilador Externo Automático, temos também o Desfibrilador manual que são importantes equipamentos pra tanto para parada, também pra cardioverter pacientes que tenha algumas arritmias³ (Depoimento de enfermeira atuante no município de Lastro em entrevista a nós concedida, realizada em 7 fev. 2025, Lastro - PB).

Parada Cardiorrespiratória (PCR) de acordo com Siqueira, Silva e Sousa (2022) “ocorre quando há uma falha súbita mecânica no funcionamento cardíaco e respiratório, além de inconsciência”. Ou seja, o coração não contrai de forma efetiva e não respira. A respiração pode estar em apneia total ou agônica, ofegante (Nacer; Barbieri, 2015). Sendo “uma situação tecnicamente de morte e que se precocemente detectada pode ser revertida” (Willers *et al.*, 2018). Conforme Chiarelli *et al.* (2025) a PCR “é o evento de maior gravidade na área da saúde”.

Entre as principais causas da PCR, estão: o Infarto Agudo do Miocárdio, abuso de drogas, isquemia, causas respiratórias e arritmias (Barbosa, 2021). Ou seja, o Infarto pode levar à PCR porém as pessoas podem ter a parada cardiorrespiratória sem ter infartado. Tendo em vista esses fatores, é incompatível a vida, caso não tenha o rápido e eficaz atendimento (Silva *et al.*, 2022). Nessa condição, o primeiro atendimento se configura como fator determinante.

Embora a profissional tenha destacado os equipamentos para prestar os cuidados necessários, é preciso que haja uma quantidade significativa de profissionais para sua utilização em casos de possíveis imprevistos, como a alta demanda de pacientes em estado de emergência, como por exemplo: a PCR, devido a sua condição precisar de atendimento precoce, bem como, o suporte do SAMU para que o paciente seja assistido no hospital de referência que se refere ao hospital Regional de Sousa (foto 2) como a profissional enfatiza.

³ Alteração do Ritmo Cardíaco (Filho *et al.*, 2022).

Foto 2: Hospital Regional de Sousa



Fonte: Instagram do Hospital (2023).

Esta instituição de saúde, se trata de um hospital de referência para a região, por se referir a um hospital de grande porte e que detém, além de suporte básico, também possui suporte avançado para casos mais complexos.

Ao ser questionada sobre o suporte prestado pelo Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ao hospital de Lastro, a enfermeira clarifica a diferença da classificação da ambulância do município e a do SAMU.

A do tipo A é a ambulância do hospital, a do SAMU é classificada como tipo B, a gente tem o apoio deles pras urgências e emergências. Eles fazem as transferências dos pacientes mais graves, a gente só faz transferência de pacientes simples, que não tenha risco iminente de morte (Depoimento de enfermeira atuante no município de Lastro em entrevista a nós concedida, realizada em 7 fev. 2025. Lastro - PB).

No que concerne ao próprio Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), primeiro componente da Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantado no início dos anos 2000 no Brasil, para realização do atendimento, é preciso que o usuário solicite o mesmo, para isso, ele terá que efetuar uma ligação gratuita pelo número 192, onde será atendido pela Central de Regulação que irá fazer o preenchimento da ficha do usuário e logo após transferir para o regulador médico, o qual vai acionar a equipe assistencial, orientar a vítima

enquanto o socorro não chega, e definir o tipo de viatura que irá efetuar o atendimento (O'Dwyer *et al.*, 2017).

O SAMU dispõe de alguns tipos de ambulâncias, entre elas, a Unidade de Suporte Básico (USB) citada pela profissional. Por definição:

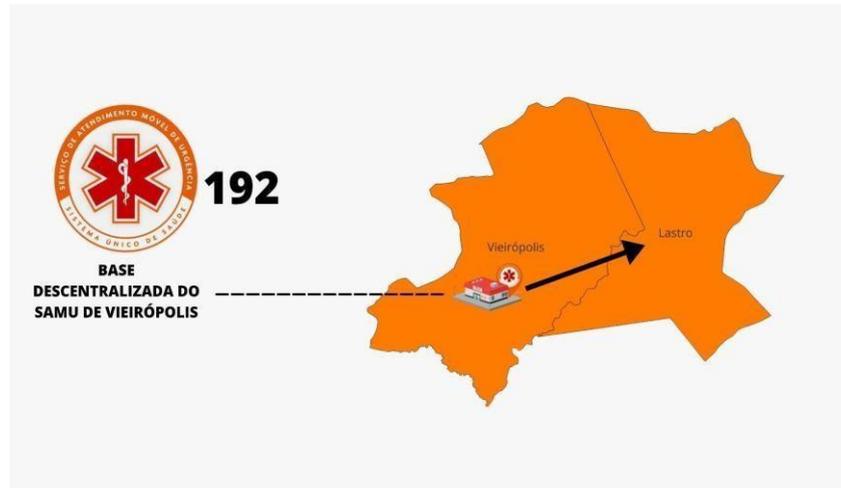
é veículo destinado ao transporte inter hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino, com os equipamentos mínimos para a manutenção da vida, devendo ser tripulada por no mínimo 2 pessoas treinadas; um condutor socorrista e um enfermeiro(a) (Paraíba (Estado), 2022).

Uma outra ambulância do SAMU é a Unidade de Suporte Avançado (USA), que conta com recursos mais avançados e com a presença de um médico e enfermeiro na equipe, para pacientes com alto risco de vida. As ambulâncias do SAMU podem ficar baseadas na central de regulação ou em bases descentralizadas (O'Dwyer *et al.*, 2017).

A base descentralizada deverá estar localizada estrategicamente nos municípios de forma a contemplar o atendimento na região com um tempo resposta adequado e respeitando a ordenação dos fluxos de urgência através da grade de serviços regionalizada e hierarquizada, bem como o tráfego (Brasil, 2018).

A SAMU relatada pela profissional, se trata de uma base descentralizada que possui transporte de suporte básico pertencente ao município de Vieirópolis, que atende, também, o município de Lastro (Figura 1). A enfermeira pontua, “Base descentralizada de Vieirópolis” (Depoimento de enfermeira atuante no município de Lastro em entrevista a nós concedida, realizada em 7 fev. 2025, Lastro - PB).

Figura 15 : A Base descentralizada do SAMU de Vieirópolis dá suporte aos pacientes de Lastro-PB



Fonte: elaborado pela autora Abrantes (2025).

A ambulância que se encontra no hospital de Lastro, do tipo A, relatada pela profissional da enfermagem, são classificadas como ambulância de transporte “é o veículo destinado ao transporte de enfermos que não apresentem risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo, devendo ser tripulada por duas ou três pessoas treinadas: um condutor socorrista e um técnico ou auxiliar de enfermagem” (Paraíba (Estado), 2022). Ou seja, esse tipo de ambulância não tem suporte para atender pacientes que apresentam casos em que pode haver risco de vida, recorrendo, portanto, ao apoio do SAMU do município de Vieirópolis para suprir essa necessidade.

O hospital de Lastro, apesar de possuir equipamentos para alguns casos de emergência, não detém do transporte básico para realizar um transporte de paciente em emergências, precisando de um suporte oferecido pelo SAMU de Vieirópolis.

Sobre os casos de emergência que não conseguem ser atendidos no hospital, a profissional cita emergência que requer intervenções cirúrgicas de imediato, por não ter centros cirúrgicos, alegando se tratar de um hospital de pequeno porte.

As emergências que não conseguimos resolver no hospital, mas de toda forma, se caso aparecer a gente sempre presta os primeiros socorros, tenta estabilizar o paciente da melhor forma possível e também diante do que a gente tem, são por exemplo: emergências que requer intervenções cirúrgicas de imediato, né? Porque a gente é um hospital de pequeno porte e não temos centros cirúrgicos (Depoimento de enfermeira atuante no município de Lastro em entrevista a nós concedida, realizada em 7 fev. 2025, Lastro - PB).

Por se tratar de um hospital de pequeno porte e de assistência básica, o hospital consegue realizar sua função que é estabilizar o paciente, dependendo do caso, prestar os primeiros socorros para efetuar o encaminhamento do paciente até o local especializado, um hospital que possui estrutura de alta tecnologia para suprir a necessidade.

Sobre a quantidade de leitos existentes no hospital, a enfermeira relata,

Existe um eixo chamado verde que a gente chama de sala de observação, pra que esses pacientes que vão tomar somente a medicação e depois, posteriormente serão liberados. Ele dispõe de cinco cadeiras daquelas apropriadas pra medicações, a gente tem quatro leitos pediátricos, a gente tem dois leitos na enfermaria feminina, e a gente tem dois leitos na enfermaria masculina e um leito de isolamento, e temos também um leito na sala de urgência (Depoimento de enfermeira atuante no município de Lastro em entrevista a nós concedida, realizada em 7 fev. 2025, Lastro - PB).

A quantidade de leitos descritos, também parece está adequada para atender as necessidades do hospital desse porte, e atendimento de pacientes que chegam com casos mais complexos de saúde, considerando que além da sala de observação para medicação do paciente, leitos pediátricos, de enfermaria feminina e masculina, leito de isolamento, há também, um leito na sala de urgência onde pode ser atendido casos que requer atendimento imediato, porém, essa capacidade de atendimento pode mudar conforme houver uma demanda maior de pacientes que precisam do atendimento ao mesmo tempo.

Em relação aos deslocamentos dos pacientes para outra cidade, foi perguntado a quantidade de transporte e quais são eles, pertencentes ao hospital, a enfermeira explica: “Temos três transportes: um carro comum, uma ambulância pequena e uma ambulância grande” (Depoimento de enfermeira atuante no município de Lastro em entrevista a nós concedida, realizada em 7 fev. 2025, Lastro - PB). Em relação a quantidade de pessoas que cabem no total em cada transporte citado, ela explica:

Na ambulância grande, um motorista, enfermeira ou técnica, paciente na maca e acompanhante podendo ser até dois acompanhantes. Na ambulância pequena, um motorista, uma enfermeira ou técnica, paciente na maca, um acompanhante. No carro comum, quatro pacientes sentados e um motorista (Depoimento de enfermeira atuante no município de Lastro em entrevista a nós concedida, realizada em 7 fev. 2025, Lastro - PB).

Cabe ressaltar que apenas na ambulância “grande” citada, que detém no hospital, contém equipamento para primeiros socorros, porém de acordo com a classificação, ela não é utilizada para transporte de pacientes que apresentam risco iminente de morte, casos de emergências. Como aponta a profissional:

Somente na ambulância grande que contém alguns materiais de primeiro socorro, mas eu quero enfatizar que é uma ambulância classificada como tipo A, que ela só pode ser feita transferência de paciente de hospital para hospital e não de pacientes graves. Devido essa classificação e registro, ela também não pode fazer a função das ambulâncias do SAMU (Depoimento de enfermeira atuante no município de Lastro em entrevista a nós concedida, realizada em 7 fev. 2025, Lastro - PB).

No que se refere às dificuldades enfrentadas durante o deslocamento dos pacientes que precisam desse serviço até o local de atendimento, ela retrata as comunidades que residem nas zonas rurais de Lastro, onde há entraves como estradas não asfaltadas, e localização, dificultando o acesso rápido a esses serviços. Ela explica:

Por se tratar de uma cidade onde a maior concentração populacional está nas zonas rurais... esses pacientes têm dificuldades, enfrentam problemas em relação a esse deslocamento e em relação principalmente a tempo e distância, e a questão das estruturas das estradas, como por exemplo: no período chuvoso que dificulta mais ainda o acesso aos serviços de saúde. Sabendo que essas estradas elas não são asfaltadas, elas não são calçadas e os pacientes têm essa dificuldade de deslocamento, né? Mesmo que o serviço disponha de transporte, mas aí existe esses entraves em relação a tempo e distância, pra que seja feito um atendimento imediato (Depoimento de enfermeira atuante no município de Lastro em entrevista a nós concedida, realizada em 7 fev. 2025, Lastro - PB).

Como mencionado pela enfermeira, os transportes que detém no hospital de Lastro não possuem suporte para atender pacientes que necessitam de atendimento de emergência, onde há risco iminente de morte. Nessa conjuntura, o atendimento pré hospitalar, nas zonas rurais, é feito pelo Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município de Vieirópolis.

Esse paciente não passa pela triagem do hospital de Lastro, a não ser que, seja na hipótese em que o paciente residente no rural, não saiba identificar os primeiros sintomas de um caso de emergência, acione um transporte de Lastro, que irá ser conduzido até o hospital do município, o qual irá ser atendido e avaliado conforme o protocolo Manchester, ou o paciente morando na cidade próximo ao hospital procure ser atendido no mesmo, passando pela triagem.

Diante das análises realizadas até aqui, que foi possível através das informações enunciadas pela profissional referente ao perfil do hospital de Lastro, em relação aos casos de emergência, pode-se afirmar que o hospital, por ser de pequeno porte, consegue realizar sua função que é estabilizar a vítima e encaminhá-la para o hospital de referência em Sousa, dependendo do caso de emergência e da demanda.

Entretanto, a profissional mencionou o evento de maior gravidade na área da saúde que refere-se a PCR. Sabendo que seu diagnóstico e tratamento devem ser realizados de forma rápida. Tendo em vista esses fatores, é pertinente questionar: É possível sobreviver a uma PCR residindo em uma cidade que detém hospital de pequeno porte, em que o paciente precisa se deslocar para ter suporte mais avançado em outro município? E quanto a população que reside no rural? A distância em que o SAMU percorre até o local em que a vítima se encontra, as chances de sobrevivência aumentam ou diminuem? É sobre essas questões que serão discutidas no próximo capítulo.

4. AS REGIÕES IMEDIATAS E A CENTRALIZAÇÃO DAS ESTRUTURAS E SERVIÇOS NAS CIDADES POLOS: A QUESTÃO DA DISTÂNCIA/TEMPO, CONSEQUÊNCIAS E SOLUÇÕES

Na nova regionalização em Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias, há a concentração de serviços no urbano, em cidades polo, como Sousa, tornando o acesso a esses recursos mais complexos do que parecem para as pessoas que residem no município de Lastro, onde é necessário o deslocamento de pacientes para obter os devidos cuidados. Fatores como: distância e conseqüentemente a demora no tempo de atendimento, falta de ambulâncias devidamente capacitadas no município, podem desencadear novos problemas em pacientes que necessitam de atendimento imediato.

Conforme Arruda; Maia e Alves (2018) o acesso a saúde é considerado como um dos fatores determinantes da qualidade de vida, e afeta a dinâmica demográfica, com impactos sobre a mortalidade e expectativa de vida, sendo o acesso à saúde elemento essencial do sistema de saúde ligados a entrada nos serviços e o tratamento subsequente de saúde, e as pessoas que residem em localidades vulneráveis, está suscetível a vivenciar uma série de custos ao indivíduo, como à infraestrutura, relacionados a uma maior distância e dificuldade para ter acesso aos serviços públicos.

Conforme realçam a narrativa da profissional da Enfermagem, é possível constatar que o acesso a serviços de emergências em saúde no município de Lastro, até o encaminhamento para a Região Imediata de Sousa, onde detêm o hospital de referência, se configuram de duas formas: pelo atendimento passando pela triagem (protocolo Manchester) no hospital de Lastro e encaminhamento para o hospital de referência em Sousa, e pelo atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU, da residência ou em qualquer local em que a vítima estiver, até o hospital de referência em Sousa.

4.1 ATENDIMENTO PELO O MÉTODO DE TRIAGEM HOSPITALAR (PROTOCOLO MANCHESTER)

Em relação ao primeiro atendimento médico, tendo em vista o que foi mencionado pela enfermeira, o hospital de Lastro não está preparado para atender uma alta demanda de pacientes em estado de emergência, que chegam até o hospital para em seguida ser direcionados para o hospital de referência na região imediata de Sousa, visto a quantidade de médicos que ficam de plantão, principalmente na segunda, terça e quarta. Sendo necessário efetuar uma estratégia para prestar os socorros a todos os pacientes.

Entre as doenças de emergência, que conseguem resolver no hospital de Lastro, a profissional cita o evento de maior gravidade na área da saúde, a parada cardiorrespiratória (PCR), contudo irá precisar de um suporte oferecido pelo SAMU do município de Vieirópolis que leva o paciente ao hospital de referência.

Uma PCR, geralmente ocorre de forma abrupta, e é preciso uma intervenção rápida, sendo necessário um diagnóstico clínico imediato, contando que o paciente estará inconsciente, podendo estar com dificuldade de respirar ou sem respiração, e com pulso nulo nas artérias carotídeas ao apalpar, porém se caso o paciente estiver sendo monitorado, ele pode exibir um dos ritmos mencionados, a avaliação do pulso sozinho pode ser incerta, mesmo sendo realizada por profissionais experientes (Willers *et al.*, 2018).

As abordagens ao paciente pode ser divididas em duas etapas: avaliação primária (Suporte Básico de Vida) que consiste em reconhecer imediatamente se o caso se trata de uma Parada cardiorrespiratória, chamar por ajuda e em seguida realizar as manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade, que combina técnicas incluindo compressões torácicas e abertura das vias aéreas e boa ventilação, já a segunda etapa de abordagem é a avaliação secundária (Suporte Avançado de Vida) que consiste na realização de técnicas mais invasivas, como a intubação (via aérea avançada); o acesso venoso, uso de drogas vasoativas (adrenalina); o uso de desfibrilador e por sequência os cuidados pós uma PCR (American Heart Association, 2020).

Após a reanimação do paciente, devem ser realizadas várias medidas e cuidados pós PCR, pois o paciente que sofre deste evento, pode está sujeito a vários traumas (Souza *et al.*, 2022). Esses cuidados devem incluir o suporte cardiopulmonar e neurológico. Dentre os principais objetivos dos cuidados pós-PCR, estão: transportar/transferir esse paciente para um hospital apropriado ou UTI, que detém o suporte apropriado para tratamento do paciente pós-PCR, controle da pressão arterial, controlar a temperatura para otimização da recuperação neurológica, otimizar a função cardiopulmonar e a perfusão de órgãos vitais após o retorno da circulação espontânea, dentre outros cuidados (American Heart Association, 2010 *apud* Junior 2022).

Sendo que o primeiro (Suporte Básico de Vida) de acordo com Willers *et al.* (2018) é direcionado especialmente para a assistência pré-hospitalar e leigos, pois quanto o mais depressa forem realizadas as manobras de ressuscitação, mais chances a vítima terá de

sobrevivência. “Por isso, uma abordagem simples, realizável por pessoas “comuns”, é importante para um atendimento precoce e efetivo” (willers *et al.*, 2018).

Com relação ao suporte avançado, o mesmo, é direcionado para profissionais capacitados, pois, há a utilização de drogas vasoativas e desfibriladores, fornece mais recursos e técnicas, como a estabilização da via aérea com oferta de oxigênio e a monitorização do paciente, e é realizado principalmente em unidades de saúde, sendo que o princípio do atendimento segue sendo o mesmo que o do suporte básico, no que diz respeito ao acionamento da equipe de emergência. Um único socorrista, por mais que ele seja capacitado, precisará de ajuda para manter uma reanimação eficaz. (Willers *et al.*, 2018).

De acordo com Acadroli e Nobre (2023) a PCR envolve uma situação dramática para a saúde do indivíduo, responsável por morbimortalidade elevada, mesmo se o atendimento for realizado de forma rápida e correta. Estudos mostram que cerca de 30% das pessoas vítimas de uma parada cardiorrespiratória não sobrevivem, e 15% sobrevivem sem sequelas neurológicas (Silva *et al.*, 2022). Conforme Silva; Oliveira e Barbosa (2022) a avaliação de um paciente se tratando de uma Parada cardiorrespiratória, não deve demorar mais que 10 segundos, sendo que a ausência de manobras de reanimação em aproximadamente 5 minutos pode causar alterações irreversíveis nos neurônios do córtex⁴cerebral.

Com base em Chiarelli *et al.* (2025) o reconhecimento de uma vítima de PCR, bem como, a iniciação de manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) é de fundamental importância para que haja o retorno da circulação espontânea. A PCR “É um quadro súbito, que pode ser reversível, se houver pronta e efetiva manobra de ressuscitação cardiopulmonar (RCP)” (Chiarelli *et al.*, 2025).

A enfermeira enfatizou que o hospital consegue fazer os primeiros socorros, contudo, é preciso do suporte oferecido pelo SAMU do município de Vieirópolis, pois o hospital não dispõe de ambulâncias de suporte básico com equipamentos necessários à manutenção da vida para deslocar-se com paciente até a cidade polo da Região Imediata de Sousa. Abaixo podemos ver essa relação entre distância-tempo da sede do Samu que atende a população de Lastro, e de Lastro para a cidade Sousa, por meio das figuras 16 e 17.

⁴ Se refere a uma das partes mais essenciais do sistema nervoso, onde os impulsos provenientes de todas as vias da sensibilidade chegam, que aí se tornam conscientes e são interpretadas (Santos, 2002).

Figura 16 : Distância/tempo realizado pelo SAMU a partir de Veirópolis para a cidade de Lastro



Fonte: Google Earth. Elaborado pela autora Abrantes (2025).

Figura 17: Distância/tempo da cidade de Lastro até o hospital Regional de Sousa



Fonte: Google Earth. Elaborado pela autora Abrantes (2025).

A distância que leva para que o SAMU de Veirópolis chegue até o hospital de Lastro, como mostra a Figura 16 é de 25 Km, levando em torno de 25 minutos, já com relação à

distância que a SAMU levaria de Lastro até o hospital Regional de Sousa, hospital de referência de Lastro, localizado na região geográfica imediata de Sousa, (Figura 17), é de 33,8 km, distância essa percorrida com o tempo médio de 34 minutos.

De acordo com a distância que o SAMU percorre até o hospital de Lastro não vai interferir tanto no processo de atendimento, visto que os primeiros socorros são feitos no hospital, na hipótese de que essa vítima veio a ter uma parada cardiorrespiratória residindo na área urbana da cidade perto ao hospital. Ao chegar ao mesmo, ela será avaliada por enfermeiros no processo de triagem, profissionais capazes de identificar e distinguir se realmente se trata de uma PCR e realizar as manobras de reanimação, e utilização do DEA, o SAMU irá dar suporte no deslocamento até a Região Imediata de Sousa, onde esse paciente será assistido com recursos mais avançados, ou seja, as chances de reverter uma parada no hospital de Lastro são maiores, visto os equipamentos de primeiros socorros como o DEA, profissionais médicos e enfermeiros.

Considerando que a viatura do SAMU é de suporte básico de sobrevivência a vida, não possuindo suporte avançado para casos realmente graves. O SAMU pode recorrer ao suporte de uma viatura do Tipo D encontrada em Regiões como Sousa, para que venha de encontro, sendo classificada de Unidade de Suporte Avançado – USA,

Veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte interhospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função. Tal veículo deve ser tripulado por no mínimo 3 pessoas, sendo um motorista treinado com curso de técnico em emergências médicas, e a presença obrigatória de um médico e um enfermeiro. (Paraíba (Estado), 2022).

Tendo em vista sua classificação, a Unidade de Suporte Avançado, se refere a um transporte que estaria mais equipado para transportar os pacientes, com o profissional médico, para assistência de pacientes com alto risco em emergências, como a Parada Cardiorrespiratória.

4.2 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (SAMU) EM ZONAS RURAIS.

Quando relatado pela profissional de saúde do município, sobre as dificuldades enfrentadas no deslocamento de pacientes, a enfermeira cita a população de Lastro que reside

nas zonas rurais, onde detêm a maior parte da população do município, mas que depende de todos os serviços e estruturas básicas concentradas na área urbana do seu município, ou da cidade polo da região imediata.

Quanto à essa conjuntura, na hipótese de o paciente apresentar algum caso de emergência em sua residência, a família do mesmo, terá que acionar diretamente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) pois se trata do atendimento pré-hospitalar, até o local onde a vítima se encontra, sendo, portanto, função do serviço móvel, conduzindo diretamente para o hospital que detém suporte avançado para o devido atendimento. Pois como a profissional enfatizou, o hospital de Lastro não possui transporte adequado para tais condições. Nesse cenário o paciente não passa pelo protocolo de Manchester, cabendo ao SAMU, visto a classificação do transporte.

Uma das comunidades do município de Lastro que residem em localidades mais distantes, é a do Distrito de Boa Esperança, que para ter acesso ao mesmo, terá que passar por uma estrada não asfaltada, tanto pela estrada que faz ligação entre Vieirópolis e o Distrito de Boa Esperança (Foto 3), quanto para a que liga o Distrito de Boa Esperança à cidade de Lastro (Foto 4).

Foto 3: Estrada de acesso Vieirópolis à Boa Esperança.



Fonte: arquivo da autora Abrantes (2025).

Foto 4: Estrada de acesso Boa Esperança à Lastro



Fonte: arquivo da autora Abrantes (2025).

Essa população que reside no Distrito de Boa Esperança terá dificuldades de deslocamento tanto pelo aspecto da estrutura das estradas, quanto pela distância que leva para

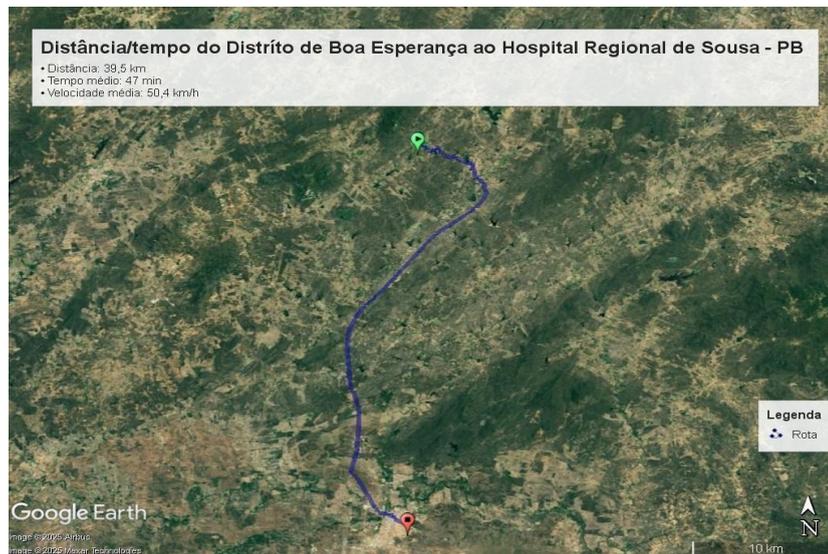
percorrer de um município a outro. A relação distância-tempo desses percursos pode ser vista nas figuras abaixo (Figura 18 e 19).

Figura 18 : Distância/tempo realizado pelo SAMU a partir de Vieirópolis para o Distrito de Boa Esperança, Lastro-PB



Fonte: Google Earth. Elaborado pela autora Abrantes (2025).

Figura 19: Distância/tempo realizado pelo SAMU a partir de Boa Esperança até o hospital Regional de Sousa



Fonte: Google Earth. Elaborado pela autora Abrantes (2025).

Nesse caso, de acordo com a figura 18 a distância em que o SAMU de Vieirópolis irá percorrer até a comunidade do Distrito de Boa Esperança que pertence ao município de Lastro, é menor comparado a quem reside na cidade de Lastro, no total de 14,4 km, levando por volta de 20 minutos considerando também a demora no tempo de atendimento em decorrência das estradas do Distrito não ser asfaltada, fato que ainda se torna mais problemático no período chuvoso, comprometendo, cada vez mais, na demora no tempo de atendimento dos casos de emergência em saúde. Já a distância que levaria o SAMU do Distrito de Boa Esperança até o hospital de referência de Sousa (figura 19) é de 39,5 km, com o tempo de 45 minutos. A distância é maior comparado a quem reside na cidade de Lastro que tem que se deslocar para Sousa.

De acordo com a distância entre Vieirópolis até o Distrito de Boa Esperança, a vítima de PCR terá poucas chances de sobrevivência, mesmo que a distância de quem reside na cidade seja maior, a menos que uma pessoa “comum” no local em que a vítima se encontra consiga realizar as manobras de reanimação.

Com base em Souza *et al.* (2020) é de suma importância prestar assistência à uma vítima de PCR no atendimento pré-hospitalar, visto que a falta de intervenção pode resultar na redução de sobrevivência entre 7 a 10% para cada minuto que se espera por uma assistência, contudo, se for feita a assistência, a taxa de sobrevivência é de 75% nos primeiros 4 minutos, 15% entre 4 a 12 minutos, e em 15 minutos a taxa desce para 5%.

O atendimento dos casos de emergência, tanto pelo protocolo de Manchester, quanto pelo acionamento do SAMU até a residência do usuário, terá a demora no tempo de atendimento. Após a triagem do hospital de Lastro o paciente terá os primeiros socorros e poderá aguardar o suporte do SAMU de Vieirópolis para transportar até Sousa, durante esse tempo, pode haver complicações no quadro do paciente, porém ele terá mais chances de sobrevivência.

No outro caso, o paciente na zona rural que acionou o SAMU, é resolvido de outra forma, e também terá a demora no tempo de atendimento, porém ficará sujeito a complicações maiores, como o risco à vida, ou na hipótese de sobrevivência, a vítima poderá ficar com sequelas.

Portanto, há a necessidade de um planejamento mais adequado para atender a demanda da população de Lastro, que dependem de serviços de saúde mais complexos de Sousa, para um investimento desses recursos de forma a garantir uma ação mais eficiente para os cuidados necessários a esses casos.

Podemos dizer que as chances de sobreviver a uma Parada Cardiorrespiratória residindo na própria cidade de Lastro é maior, visto a proximidade do hospital, ou seja a distância é menor, comparado às pessoas que residem no Distrito e nos demais sítios distantes do hospital.

Considerando que as cidades-polo (Sousa) são os detentores de serviços mais complexos, enquanto que municípios de pequeno porte (Lastro) onde possuem comunidades vivendo em espaços rurais, necessitam de deslocamento para obter um tratamento efetivo e especializado, para facilitar o atendimento mais ágil, algumas ações podem ser estabelecidas considerando os casos emergentes em saúde como o PCR. São elas:

- Fornecer informações à população através de palestras em escolas e nas comunidades, para a execução de primeiros socorros, que podem ajudar enquanto espera o atendimento feito por profissionais;
- Efetuar a ligação gratuita para a central de regulação do SAMU, fará com que o médico regulador preste orientações de primeiros socorros aos familiares ou pessoas próximas do local em que a vítima se encontra;
- Mais médicos plantonistas no mesmo turno e horário para atendimento no hospital (não só prestam assistência profissional aos pacientes com PCR, como também as demais emergências que surgirem no mesmo momento).
- Melhorias na estrutura das estradas do Distrito e dos demais sítios do município de Lastro;
- Fazer a implantação de uma base descentralizada do SAMU no município de Lastro.

De acordo com Ferreira *et al.* (2015) o conhecimento das pessoas em conseguir prestar assistência a uma parada cardiorrespiratória, se torna um fator essencial, pois minimiza o tempo entre a PCR e o início do atendimento prestado pelo serviço de emergência. Sendo que esse conhecimento deve ser repassado não só para profissionais, como também para leigos, pois o tempo é fundamental frente a esse evento.

Fazer a implantação de uma base descentralizada do SAMU no município de Lastro em um ponto estratégico que consiga responder às necessidades imediatas, iria agilizar e melhorar os atendimentos aos casos de emergência no município como um todo, principalmente a população residente em localidades rurais que estão mais distantes de acesso a esses serviços.

Diante do exposto, podemos dizer que o planejamento regional do Brasil, cada vez mais, concentra serviços principais em cidades polo, fazendo com que as pessoas que residem em

municípios menores, como Lastro, não tenham uma rápida solução dos casos de emergência, isso ocorre segundo os resultados dessa pesquisa, mediante a falta de transportes capacitados, da distância percorrida nos trajetos de atendimento, uma estrutura não adequada das estradas das zonas rurais e conseqüentemente, a demora no tempo de atendimento aos serviços de saúde, em que o mesmo, precisa ser imediato, e que cidades como Lastro, fiquem dependentes de um deslocamento até regiões que detém estrutura para atender emergências, no caso, a Região Imediata de Sousa e do município de Vieirópolis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A configuração territorial do Brasil sofreu ao longo do tempo inúmeras modificações por diferentes autores, para determinados interesses e se utilizando de critérios diversos, levando em consideração o contexto histórico do país. Entretanto, é a partir da década de 1940 que ocorre a Regionalização oficial em grandes regiões, que passa a ser elaborada pelo órgão IBGE, objetivando o levantamento de informações para planejamento, em um contexto de mudanças políticas e econômicas, visando um desenvolvimento econômico, visto que o mundo neste período, vivenciava uma nova fase no desenvolvimento do sistema capitalista, com a expansão do capitalismo industrial, incentivando as elites e os governos autoritários, para se moldarem aos seus interesses.

Permanecendo com a divisão macrorregional ou grandes regiões da década de 70: Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul, a última divisão regional do Brasil, diz respeito aos estados substituindo as antigas mesorregiões e microrregiões geográficas que estavam em vigor até 2017, quando o IBGE estabelece as Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias, as quais, levam em consideração o polo de maior hierarquia urbana e tamanho da população, concentrando estruturas e serviços em cidades polo, fazendo com que, os pequenos municípios fiquem dependentes de um deslocamento para acessá-los.

Como é o caso de Lastro-PB que possui hospital de pequeno porte e de assistência básica, se tratando de um hospital que serve como “porta de entrada” ao Sistema Único de Saúde (SUS), em municípios de pequeno porte, como Lastro, onde detêm comunidades residindo em espaços rurais distantes, ainda mais, de serviços de saúde complexos, é possível constatar as desigualdades no acesso à esses recursos, principalmente, quando aspectos como a maior distância trazem impactos sobre as chances de sobrevivência comparada a populações que residem perto de instituições de saúde onde detêm suporte para atender e solucionar da forma mais rápida e eficaz aumentando as chances de vida do paciente.

São disparidades existentes, fruto do desenvolvimento do modo de produção capitalista, e o advento da Globalização concentrando, cada vez mais, serviços no urbano, em cidades polos enquanto os municípios com uma população menor, ou ainda, com comunidades em zonas rurais distantes, fiquem dependentes dessas localidades, precisando recorrer ao deslocamento, o qual, se torna ainda mais problemático no período chuvoso, devido a estrutura não adequadas

das estradas, trazendo a necessidade de soluções, como: a implantação de um Serviço Móvel de Urgência- SAMU no município de Lastro, melhorias na estrutura das estradas, fornecer informações às pessoas, principalmente, as que residem nas zonas rurais, sobre a execução dos primeiros socorros de uma vítima de parada cardiorrespiratória, bem como, de todas as outras doenças graves.

A centralização de estruturas e serviços em cidades polos, nos leva a um modelo de sociedade que privilegia o crescimento das cidades, em detrimento de outros espaços, desconsiderando as reais necessidades das populações. Não podemos deixar de refletir, também, sobre os problemas que podem ser causados aos hospitais públicos de grande porte dessas cidades polos, os quais, podem sofrer com o efeito da superlotação, gerando desigualdades ainda maiores, tanto para as pessoas residentes em municípios menores quanto para as dos centros urbanos.

Portanto, diante dos resultados evidenciados ao longo deste trabalho, torna-se necessário enfatizar a importância de novas pesquisas direcionadas aos moradores do município de Lastro-PB, tendo em vista, saber suas opiniões acerca do atual cenário do hospital de Lastro, de sua dependência com a cidade polo e os desdobramentos dessas opiniões.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, Erasmo. Memórias de um persistente. 2ª edição , 2011.

ACADROLI, Ricardo; NOBRE, Leandra F. O NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS ALUNOS SOBRE O ATENDIMENTO DE SUPORTE BÁSICO À VIDA NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIVERSIDADE DO OESTE DO PARANÁ. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* Volume 5, Issue 3, Page 451-471, 2023.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. ACLS Provider Manual. 2020 e Guidelines version. Dallas: American Heart Association, 2020.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL. Rio de Janeiro, v.53, p.1-1/ 8-30, 1993.

ALBINO, R.M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *Revista da Associação Catarinense de Medicina*. v. 36, n. 4, 2007.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública*. 34(6), 2018.

AZAMBUJA, Leonardo Dirceu de. A Geografia do Brasil na educação básica. Florianópolis, 2010.

BARBOSA, Leirian Correia. **Assistência de Enfermagem à Parada Cardiorrespiratória secundária no Infarto Agudo do Miocárdio em adultos**. UNIATENAS, Paracatu, 2021.

BERTOZZI, Flavia De Moraes. IMPORTÂNCIA DA TRIAGEM REALIZADA PELO ENFERMEIRO NA EMERGÊNCIA. Salvador, 2011.

BETT, Murilo Santos, *et al.* **Infarto agudo do miocárdio: Do diagnóstico à intervenção**. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 3, e23811326447, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/26447/23198/310158>. Acesso em: 2 março 2025.

BORGES, L. P.; *et al.* PROTOCOLOS DE TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. *Revista Contemporânea*, vol. 4, nº. 7, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p1680-1687>. Acesso em: 23 de jan. 2025.

BOSCARIOL, Renan Amabile. Região e regionalização no Brasil: uma análise segundo os resultados do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). IN. MARGUTI, B.O., COSTA, M.A PINTO, C.V. da S. Território em números: insumos para políticas públicas a partir da análise do IDHM e do IVS de municípios e Unidades da Federação brasileira. Brasília. IPEA, INCT, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8911>. Acesso em: 27 de dez. 2024.

BLEICHER, L.;BLEICHER, T. Saúde para todos, já! [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2016. Disponível em:<https://books.scielo.org/id/x8xnt/pdf/bleicher-9788523220051.pdf>. Acesso em: 28 março 2025.

BRASIL, Ministério da Cultura. Regiões Imediatas Prioritárias. Brasília, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/cultura/pt-br/assuntos/editais/editais/2023/inscricoes-abertas/anexos/copy_of_ANEXO_II_REGIOES_IMEDIATAS_PRIORITARIAS.pdf. Acesso em: 1 abril 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 354, DE 10 DE MARÇO DE 2014**. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html. Acesso em: 6 março 2025

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Curso I : Regulação de Sistemas de Saúde do SUS : aula 3 : Regionalização da Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Decreto nº 7508/2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011.

CALDERIN, Juan Carlos Iglesias. **AÇÃO PARA REDUÇÃO DA ALTA INCIDÊNCIA DE PACIENTES COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS**. Juiz de Fora – Minas Gerais, 2016.

CORRÊA, Roberto Lobato. **Região e Organização Espacial**. 7ª ed. São Paulo: Editora Ática, 2000.

CORRÊA, ROBERTO LOBATO. ESTUDOS SOBRE A REDE URBANA. RIO DE JANEIRO: BERTRAND BRASIL, 2006.

COSTA, F. A. S. da, *et al.* PERFIL DEMOGRÁFICO DE PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA. SANARE, Sobral - v.17 n.02, p.66-73, Jul./Dez. - 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/1263/671/0>. Acesso em: 2 fevereiro 2025.

COUTINHO, Ana Augusta Pires; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MOTA, Joaquim Antônio César. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. Rev. Méd. Minas Gerais. V. 22, n. 2, jun. 2012.

CUNHA, Mafalda Soares da; NUNES, António Castro. Territorialização e poder na América portuguesa. A criação de comarcas, séculos XVI-XVI. Tempo, (Niterói, online) | Vol. 22 n. 39. p. 001-030, jan-abr., 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tem/a/CJNkhbpTtHTrNDHHBvBQv7r/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 de fev. 2025.

CUNHA, Maria Soares da. Pontos de (Re) visão e explorações historiográficas da abordagem regional: exercício a partir do Cariri cearense (séculos XIX e XX). Fortaleza: UFC, Tese de Doutorado em Geografia, 2012.

CHIARELLI, B. G. N. *et al.* Reanimação Cardiorrespiratória (RCP): Novos Protocolos e Técnicas Avançadas. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences Volume 7, Issue 2, P. 246-257. 2025.

FABIANE, Darlan. As regionalizações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a hierarquia das cidades da Região Sul do Brasil. Boletim Geográfico do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, n. 40, p. 46-65, 2022. Disponível em: <https://revistas.planejamento.rs.gov.br/index.php/boletim-geografico-rs/article/download/4497/4156>. Acesso em: 15 de fev. 2024.

FERREIRA, C. M. R. *et al.* Estudantes Universitários no Atendimento de Vítimas em Parada Cardiorrespiratória Cerebral. Barbacena-MG, 2015.

FERREIRA, N. *et al.* Proporção de atendimentos Pós Implantação do Protocolo Manchester em um Hospital Público do Mato Grosso. Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina - Número 6. Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT (Cáceres). 2016.

FILHO, Aluísio F. A. *et al.* Arritmias supraventriculares: Uma revisão de literatura. Santé [Internet]. v. 1 n. 1, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unidep.edu.br/sante/article/view/148>. Acesso em: 4 março 2025.

FILHO, Armando de Negri; BARBOSA, Zilda. O PAPEL DOS HOSPITAIS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: Elementos para pensar uma Agenda Estratégica para o SUS. consensus | segundo trimestre, 2014. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo_consensus_11.pdf>. Acesso em: 15 de fev. 2025.

FILHO, Luiz Alberto Marques. Revisão sistemática do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco. Salvador, 2013.

GADELHA, **Um Grito de Liberdade**. Exposição de motivos. Sousa, 2020.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6º ed. São Paulo: Atlas, 2008.**

GUIMARÃES, F. M. S. Divisão regional do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 1942.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. DIRETRIZES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS PONTOS DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: como implementar o Sistema Manchester de Classificação de Risco. 2. ed., 2021 Disponível em: <https://www.gbcr.org.br/wp-content/uploads/2021/03/DIRETRIZES.pdf>. Acesso em: 23 janeiro 2025.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Lastro. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/lastro> Acesso em: 26 dezembro 2024.

IBGE. Divisão regional do Brasil em Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias. **Rio de Janeiro: IBGE, 2017.** Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2100600>.

Acesso em: 26 dezembro 2024.

IBGE. Quadro Geográfico de Referência para Produção, Análise e Disseminação de Estatísticas. 2ª ed. - Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em:

https://nada.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/a32c92ac895a068c195bbebf96b01d24.pdf. Acesso em: 24 fevereiro 2025.

JARROS, I. C.; JUNIOR, G. Z. **AVALIAÇÃO DE RISCO CARDÍACO E O DIAGNÓSTICO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS.** Revista UNINGÁ Review. Vol.19, n.3, p.05-13. 2014. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/download/1546/1158/4441>. Acesso em: 2 março 2025.

JÚNIOR, Augusto Dantas dos Santos. Cuidados de enfermagem na pós-parada cardiorespiratória (PCR): uma revisão integrativa. Santa Cruz-RN, 2022.

LIMA, Maria Helena Palmer, *et al* (orgs). **Divisão territorial do Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

LINARD, A. G. et al. PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. a. Rev Gaúcha Enferm., 32(1):114-20. Porto Alegre (RS), 2011.

LOSCO, Luiza Nogueira. Saúde e mobilidade: deslocamentos populacionais frente à organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Campinas, SP: [s. n.], 2020.

LUCIZANI, Jonhey Nazario; LIMA, & Jandir Ferrera. REGIONALIZAÇÕES BRASILEIRAS DO ÚLTIMO SÉCULO. Revista Orbis Latina. V.11 n. 2, 2021.

LUZ, Marcus Alexandre Mendes. **Anatomia clínica das artérias coronárias e vasos linfáticos cardíacos.** UNILAGO. 2019. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/149>. Acesso em: 2 março 2025.

MAGNAGO, Angélica Alves. A divisão regional brasileira: uma revisão bibliográfica. Revista Brasileira de Geografia, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 65-92, out./dez., 1995.

MATOS, Fábio de Oliveira. A Regionalização Brasileira na Primeira Metade do Século XX. Soc. Nat. v.31. Uberlândia - MG, 2019.

MENA, Humberto *et al*. Urgência e Emergência: os conceitos frente às normas administrativas e legais e suas implicações na clínica médica. Saúde, Ética & Justiça. 22(2), 2017.

MICHELINE, Laryssa Lucas Campos; SANTOS, Matheus Nadur Dos. A NOVA REGIONALIZAÇÃO DO IBGE: UM ESTUDO A PARTIR DA REGIÃO IMEDIATA DE ALFENAS-MG. São Paulo, 2022.

MOURA, A; CARVALHO, J. P. G. de; SILVA, M. A. de B. **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: CONCEITOS E ATUALIDADES.** Saúde & Conhecimento - Jornal De Medicina Univag, v. 1, 2018. Disponível em:

<<https://periodicos.univag.com.br/index.php/jornaldemedicina/article/view/744>>. Acesso em: 5 março 2025

MULLER, Monik Priscila Souto, *et al.* O Enfermeiro na realização da triagem com classificação de risco utilizando o Protocolo de Manchester: uma revisão bibliográfica. Faculdade Atenas, 2018.

NACER, D.T. ; BARBIERI, A. R. Sobrevivência a parada cardiorrespiratória intra-hospitalar: revisão integrativa da literatura. Ver. Eletr. Enf. [Internet]. 2015. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/download/30792/20778/0>. Acesso em: 3 março 2025.

NETO, Manoel Nascimento de Oliveira. As novas configurações regionais de Alagoas : das microrregiões geográficas (1990) as regiões geográficas imediatas (2017). Maceió, Alagoas, 2021.

O'DWYER, Gisele. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2017.

PARAÍBA (ESTADO). RESOLUÇÃO RDC – AGEVISA Nº. 006, de 26 de Agosto de 2022. Dispõe sobre a regulamentação, no Estado da Paraíba, do transporte e do atendimento pré hospitalar móvel e das transferências e transporte inter hospitalar de pacientes. Paraíba, 2022, AGENVISA. Disponível em: <https://agevisa.pb.gov.br/documentos-pdf/legislacao/resolucoes/2022/rdc-06-2022-assinada-dg.pdf>. Acesso em: 24 fevereiro 2025.

PORTO-GONÇALVES, Carlos Walter. A reinvenção dos territórios na América Latina/Abya Yala. In: Conceptos y fenómenos fundamentales de nuestro tiempo. 2012.

REHEM, R. *et al.* Os desafios da regionalização do SUS de acordo com a visão de atores estratégicos. Estudo Institucional n. 11. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023.

ROCHA, Aristotelina Pereira Barreto; OLIVEIRA, Márcia Silva de. Geografia Regional do Brasil. 2. ed. – Natal, RN: EDUFRN, 2011. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/419529253/GEOGRAFIA-REGIONAL-DO-BRASIL-pdf>. Acesso em: 27 dezembro 2024.

ROCHA, R.; RACHE, B.; NUNES, L. A Regionalização da Saúde no Brasil. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2022. Disponível em: <https://search.app/S31LTyRZfqXNfkNJ8>. Acesso em: 19 março 2025.

RODRIGUES, Auro de Jesus *et al.* ABORDAGENS SOBRE A CATEGORIA REGIÃO NA HISTÓRIA DO PENSAMENTO GEOGRÁFICO. Caderno De Graduação - Ciências Humanas E Sociais - UNIT - SERGIPE, 3(2), 27–38,v. 3 n. 2, 2016. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernohumanas/article/view/2236>. Acesso em: 13 março 2025.

ROMANI, Humberto M. *et al.* Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. Revista Bioética. 17 (1): 41 -53, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/78. Acesso em: 5 março 2025.

SANTOS, R. O. dos. Estruturas e Funções do Córtex Cerebral. Faculdade de ciências da saúde - UNICEUB. Brasília, 2002.

SANTOS, Suzana Oliveira, *et al.* ASPECTOS DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER. Revista Contemporânea, v. 4 n. 7, 2024.

SANTOS, M. G. A.; ALVIM, A. M. M. Comparação entre as regionalizações do IBGE de 1990 e 2017 em Minas Gerais: breves discussões. Revista Geografia em Atos(Online), v. 6, n. 2, Ano 2022. p. 200-224. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/geografiaematos/article/view/9084/6703>. Acesso em: 31 janeiro 2025.

SILVA, Elton Oliveira da; TORRES, Ericsson da Nóbrega. **A nova regionalização do IBGE de 2017: Uma análise a partir do estado da Paraíba.** Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.9, n.1, p.1509-1521, jan, 2023.

SILVA, C. S.; OLIVEIRA, G. D. G. C. F. A.; BARBOSA, J. de S. P. **Protocolo do enfermeiro no atendimento hospitalar em paciente com parada cardiorrespiratória.** Rev. REVOLUA. Jul-Set; 1 (1): 21-32, 2022.

SILVA, L. G. F. e. et al. Atendimento inicial na parada cardiorrespiratória: uma revisão integrativa da literatura. Research, Society and Development, v. 11, n. 2, e30911225516, 2022.

SIQUEIRA, C. H. B. de; SILVA, I. B. da; SOUZA, C. da S. NÍVEL DO CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO DO INTERIOR DE ALAGOAS ACERCA DA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR. Revista interfaces. V.10 N.2, 2022. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/986/910>. Acesso em: 3 março 2025.

SOUZA, C. E. A. de. *et al.* Cuidados ao Paciente Pós-Parada Cardiorrespiratória. Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde. v. 4. 2022.

SOARES, I. C. dos S. ; SILVA, R. P. da . A CIDADE LOCAL E A REDE URBANA INTERIORIZADA: ASSÚ/RN EM ANÁLISE. Revista Geotemas, Pau dos Ferros, v. 12, p. e02207, 2022.

SOUZA, R. P. de. *et al.* Parada Cardiorrespiratória: Avaliação Teórica das Conduas Emergenciais de Pessoas Leigas. Rev Norte Mineira de enferm. 9(1):29-39, 2020.

WILLERS, Thiago *et al.* PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: DO FIM AO RECONHEÇO DA VIDA. Disponível em: 2018 <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882794/parada-cardiorrespiratoria-do-fim-ao-recomeco-da-vida.pdf>. Acesso em: 3 março 2025.

APÊNDICE



ROTEIRO DE ENTREVISTA (PROFISSIONAL DA SAÚDE DO HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DO CARMO, LASTRO-PB)

1. Como é organizado o atendimento dos pacientes no hospital?
 2. Qual a quantidade de médicos e quais dias da semana trabalham?
 3. Qual a quantidade de enfermeiros e quais dias da semana trabalham?
 4. Quais são os casos mais frequentes de emergência, que surgem no hospital?
 5. O hospital possui estrutura para atender casos de emergência (atendimento imediato)? Quais são os equipamentos disponíveis no hospital para atender esses casos?
 6. Quais casos de emergência não conseguem ser atendidos?
 7. Quantos leitos há no hospital?
 8. Qual a quantidade de transporte e quais são eles?
 9. Quantos pessoas cabem, no total, em cada transporte?
 10. Quais as dificuldades enfrentadas durante o deslocamento dos pacientes que precisam desse serviço, até o local de atendimento?
 11. Nos transportes, possuem algum equipamento para esses tipos de casos?
-

