



Enfermagem na Força Nacional do SUS Durante a Cop30: Relato de Experiência

Nursing in the National Force of the SUS During Cop30: An Experience Report

Adriete Malato Ferreira Cordovil dos Santos

<https://orcid.org/0000-0003-3786-1739>

Eric Marques Pinho

<https://orcid.org/0009-0001-4202-6183>

Gabriela Nunes Pinheiro

<https://orcid.org/0009-0005-4514-431X>

Gerusa Medeiros Batista

<https://orcid.org/0009-0007-3197-1140>

Gleydson Fabrício de Freitas Menezes

<https://orcid.org/0009-0003-5559-0116>

Hinghred Christina Meireles da Silva

0009-0001-7781-9976

Jaqueline do Socorro Pereira Maciel

0009-0007-7337-9786

Karolainy Cruz de Lima

<https://orcid.org/0009-0006-1928-5124>

Maria Elisilda do Nascimento

<https://orcid.org/0009-0000-6924-4706>

Maria Jucicleide Ramos Correia

<https://orcid.org/0009-0001-7233-3141>

Resumo: Objetivo: relatar, à luz do Arco de Maguerez, a experiência de uma enfermeira voluntária da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) em hospital de campanha durante a 30ª Conferência das Partes da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (COP30), em Belém, Pará. Método: relato de experiência descritivo e reflexivo, referente à vivência ocorrida entre 3 e 27 de novembro de 2025 no Hospital de Campanha da FN-SUS instalado na Usina da Paz Jurunas. A narrativa apoiou-se exclusivamente em registros reflexivos da autora e em documentos de acesso público, sem uso de dados assistenciais ou institucionais, e foi organizada nas cinco etapas da metodologia da problematização: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Resultados: os pontos-chave identificados foram a classificação de risco em cenário provisório, a comunicação intercultural e intersetorial e o desgaste físico e emocional da equipe sob calor equatorial. A teorização com a literatura de medicina de eventos de massa e de enfermagem em emergência sustentou hipóteses de solução aplicáveis a futuras mobilizações. Considerações finais: a experiência evidenciou o papel estratégico da enfermagem na resposta organizada a eventos de massa e a capacidade de articulação do SUS em situações excepcionais.

Palavras-chave: acolhimento; triagem; enfermagem em emergência; sistema único de saúde; mudança climática.

Abstract: Objective: To report, in light of the Maguerez Arc, the experience of a volunteer nurse from the National Force of the Unified Health System (FN-SUS) in a field hospital during the 30th Conference of the Parties to the United Nations Framework Convention on Climate Change (COP30), in Belém, Pará. Method: A descriptive and reflective experience report, referring to the experience that occurred between November 3 and 27, 2025, at the FN-SUS Field Hospital installed at the Jurunas Peace Plant. The narrative relied exclusively on the author's reflective records and publicly available documents, without the use of care or institutional data, and was organized into the five stages of the problematization methodology: observation of reality, key points, theorization, solution hypotheses, and reality application. Results: The key points identified were risk classification in a temporary scenario, intercultural and intersectoral communication, and the physical and emotional exhaustion of the team under equatorial heat. The theorization, drawing on literature from mass event medicine and emergency nursing, supported solution hypotheses applicable to future mobilizations. Final considerations: the experience highlighted the strategic role of nursing in the organized response to mass events and the capacity of the Brazilian Unified Health System (SUS) to coordinate in exceptional situations.

Keywords: user engagement; triage; emergency nursing; unified health system; climate change.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define evento de massa como um acontecimento planejado ou espontâneo que reúne um contingente de participantes capaz de tensionar a capacidade de planejamento e de resposta da comunidade, da cidade ou do país anfitrião (Organização Mundial da Saúde, 2015; World Health Organization, 2015). Não se trata, portanto, de uma definição numérica, mas relacional: o que caracteriza o evento de massa é a desproporção entre a demanda gerada e os recursos habitualmente disponíveis no território. Essa formulação ajuda a compreender por que uma conferência internacional realizada em uma capital amazônica impõe desafios sanitários de natureza distinta daqueles observados em metrópoles com maior capacidade instalada.

O campo da medicina de eventos de massa consolidou-se como área específica de conhecimento na última década, com formalização como disciplina em fórum da Assembleia Mundial da Saúde em 2014 (World Health Organization, 2015). Trata-se de campo híbrido, que combina elementos de atendimento pré-hospitalar, medicina de emergência, medicina esportiva, medicina tática e medicina de expedição, em proporções que variam conforme o tipo de evento e as características do local (Arbon, 2007; Milsten *et al.*, 2002).

Entre os riscos sanitários reconhecidos nesses cenários estão a transmissão de doenças respiratórias, os agravos térmicos, incluindo exaustão pelo calor, insolação e desidratação, a exacerbação de doenças crônicas, os transtornos mentais e os incidentes com múltiplas vítimas (World Health Organization, 2015). Estudo finlandês

de base registral, que analisou 25.124 acionamentos de serviços de emergência e de resgate durante nove eventos de massa, demonstrou que a carga de trabalho aumentou em oito dos nove eventos analisados, com concentração das ocorrências no período da noite e da madrugada e com formação de aglomerados de chamados nas imediações, e não apenas no interior, da área do evento (Koski *et al.*, 2022). Os autores destacam ainda que o incremento proporcional de demanda foi maior nas localidades de menor população, onde os recursos locais são dimensionados para a rotina habitual e, por isso, são mais facilmente sobrecarregados (Koski *et al.*, 2022). Esse achado é particularmente relevante para o contexto amazônico.

No Brasil, a resposta complementar a emergências em saúde pública conta com a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), instituída pelo Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, e regulamentada no âmbito do SUS pela Portaria GM/MS nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011a, 2011b; Gomes *et al.*, 2012). A FN-SUS organiza-se em Equipe Assistencial Móvel (EAM) e Equipe Assistencial de Campanha (EAC), e a enfermagem é a categoria numericamente predominante entre os profissionais cadastrados: em análise do primeiro cadastramento nacional, enfermeiros corresponderam a 47% e técnicos e auxiliares a 31% dos registros válidos, totalizando 78% do contingente inscrito (Gomes *et al.*, 2012). Aproximadamente metade dos enfermeiros inscritos candidatou-se especificamente à atuação em equipes de campanha (Gomes *et al.*, 2012).

A realização da COP30 em Belém, em novembro de 2025, reuniu delegações governamentais internacionais, observadores, imprensa, movimentos sociais, povos indígenas e a população local em uma cidade de clima equatorial quente e úmido. Nesse contexto, a FN-SUS estruturou um Hospital de Campanha (HCamp) na Usina da Paz Jurunas, ampliando a capacidade de atenção às demandas de saúde geradas pelo evento.

Apesar da relevância do tema, a produção científica sobre a atuação da enfermagem em eventos de massa concentra-se em eventos esportivos e religiosos, sendo escassos os relatos referentes a conferências de natureza diplomática e climática, sobretudo em cenário amazônico. Este estudo tem por objetivo relatar, à luz do Arco de Maguerez, a experiência de uma enfermeira voluntária da FN-SUS durante a COP30, destacando a atuação no acolhimento com classificação de risco, a organização do cuidado, a integração multiprofissional e os aprendizados decorrentes da missão.

MÉTODO

Trata-se de relato de experiência, de natureza descritiva e reflexiva, com abordagem qualitativa, elaborado a partir da vivência profissional da autora como enfermeira voluntária da FN-SUS.

O cenário foi o Hospital de Campanha da FN-SUS instalado na Usina da Paz Jurunas, em Belém, Pará, Brasil, no período de 3 a 27 de novembro de 2025,

coincidente com a realização da COP30. A participação da autora está formalmente documentada por declaração oficial emitida pela Diretoria da Força Nacional do SUS.

A organização da narrativa adotou como referencial metodológico o Arco de Magueréz, esquema da metodologia da problematização concebido por Charles Magueréz, sistematizado por Bordenave e Pereira e amplamente difundido na educação em saúde brasileira por Berbel (Bordenave; Pereira, 1982; Berbel, 2011). O Arco parte da observação da realidade, avança para a seleção de postos-chave, submete esses pontos à teorização com a literatura científica, elabora hipóteses de solução e retorna à realidade por meio da aplicação prática. A escolha desse referencial justifica-se pela sua aderência à natureza do relato: em vez de descrever linearmente a missão, o Arco obriga o autor a converter a vivência em problema, a confrontá-la com evidências e a devolver à prática proposições concretas.

A construção do texto apoiou-se em duas fontes: os registros reflexivos e as memórias profissionais da autora, sistematizados ao longo e ao término da missão; e documentos normativos e literatura científica de acesso público. Não foram utilizados prontuários, registros assistenciais, sistemas de informação, dados estatísticos institucionais ou quaisquer informações relativas a usuários ou a profissionais individualmente identificáveis.

Por se tratar de relato de experiência profissional da própria autora, que não envolve pesquisa com seres humanos, coleta de dados de participantes ou acesso a bancos de dados institucionais, o estudo não se enquadra nas situações que demandam apreciação pelo sistema CEP/CONEP, nos termos das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012, 2016). Foram observados os princípios de sigilo, de não identificação de pessoas e de respeito institucional.

PRIMEIRA ETAPA: OBSERVAÇÃO DA REALIDADE

O Hospital de Campanha foi organizado de modo a reproduzir, em estrutura provisória, a lógica de funcionamento de um serviço de urgência. Contava com recepção, área de acolhimento com classificação de risco, consultórios, salas vermelhas e amarelas, área de recuperação, sala de isolamento, ponto de testagem para Covid-19 e influenza, farmácia, logística e suporte administrativo. À estrutura fixa somavam-se recursos móveis, com ambulâncias e equipes de resposta rápida disponíveis para deslocamento e transporte inter-hospitalar quando indicado. A operação envolveu profissionais de diferentes categorias e procedências, enfermagem, medicina, equipes de apoio, logística e condutores, mobilizados de forma voluntária e por período determinado.

A atuação da autora concentrou-se na área de acolhimento com classificação de risco, posição que constitui a porta de entrada assistencial e o ponto de maior densidade decisória do serviço. Nessa função, a enfermeira é a primeira profissional a estabelecer contato com o usuário e a quem cabe reconhecer, em poucos minutos

e frequentemente com informações incompletas, o grau de prioridade clínica e a necessidade de intervenção imediata.

A observação da realidade revelou um conjunto de tensões que atravessaram toda a missão. A primeira decorreu do próprio caráter provisório do serviço: um hospital montado do zero, com equipe recém-constituída e sem rotinas consolidadas, exige que o desenho dos fluxos funcione como instrumento de cuidado, e não apenas como arranjo logístico. A segunda originou-se da heterogeneidade do público atendido, que incluiu participantes internacionais, integrantes de povos indígenas e a população local, com repertórios linguísticos, referências culturais e expectativas assistenciais bastante distintos. A terceira relacionou-se às condições ambientais e laborais: jornadas intensas, estrutura de campanha, calor e umidade elevados, afastamento da família e imprevisibilidade da demanda.

Uma quarta observação, menos evidente no cotidiano, mas decisiva para o funcionamento do serviço, foi a de que o HCamp não operava isoladamente. Constituíu um ponto adicional de atenção, articulado à rede assistencial preexistente do município, que absorvia demandas de menor e média complexidade geradas pelo evento e encaminhava os casos que exigiam recursos hospitalares definitivos.

SEGUNDA ETAPA: PONTOS-CHAVE

Da realidade observada, foram selecionados três pontos-chave, entendidos como as variáveis mais determinantes para a qualidade da assistência de enfermagem prestada e, portanto, as que mereciam ser submetidas à teorização.

Ponto-chave 1 — A classificação de risco em serviço provisório e com equipe recém-constituída. Em unidades permanentes, a padronização das condutas de triagem é sustentada por protocolos institucionalizados, treinamento continuado e equipes entrosadas. Em um hospital de campanha, esses três elementos precisam ser construídos em poucos dias. A pergunta que emergiu foi: como assegurar consistência e segurança na avaliação inicial quando o serviço, a equipe e as rotinas são todos novos?

Ponto-chave 2 — A comunicação como tecnologia de cuidado, em duas dimensões. A dimensão intercultural, no contato com delegações estrangeiras e com povos indígenas, e a dimensão intersetorial e interprofissional, na articulação entre enfermagem, medicina, equipes de apoio, logística e demais atores envolvidos na operação do evento. Em ambas, a falha de comunicação não é um problema acessório: repercute diretamente na acurácia da classificação e na continuidade do cuidado.

Ponto-chave 3 — O desgaste físico e emocional da própria equipe de enfermagem. Trabalhar sob calor e umidade elevados, em jornadas intensas, longe da família e em estrutura provisória produz um custo que tende a ser naturalizado no discurso do voluntariado e da missão. A pergunta foi: em que medida o cuidado com quem cuida integra formalmente o planejamento de forças-tarefa em saúde?

TERCEIRA ETAPA: TEORIZAÇÃO

Classificação de Risco e Sistematização da Avaliação em Cenários de Emergência

A literatura de enfermagem em emergência sustenta que abordagens tradicionais de avaliação, centradas em sinais vitais e em revisão de sistemas, não são suficientemente ancoradas em evidência nem estruturadas segundo a lógica da segurança do paciente (Curtis *et al.*, 2021). Estudo quase-experimental multicêntrico conduzido em departamentos de emergência australianos avaliou a implantação do referencial HIRAIID, acrônimo que organiza a avaliação em história, identificação de sinais de alerta, exame, intervenções, exames diagnósticos, comunicação e reavaliação, e demonstrou redução pela metade na proporção de episódios de deterioração clínica atribuíveis ao cuidado prestado na emergência, além de queda nos atrasos de tratamento e nas falhas de escalonamento diante de sinais vitais alterados (Curtis *et al.*, 2021). Os fatores causais isoladamente relacionados à enfermagem caíram de 21% para 8% após a implantação (Curtis *et al.*, 2021).

Dois aspectos desse estudo dialogam diretamente com a vivência na COP30. O primeiro é a demonstração de que a padronização da avaliação inicial e da passagem de plantão produz efeito mensurável sobre a segurança do paciente, o que reforça a percepção de que, em serviço provisório, a clareza do método compensa parcialmente a ausência de rotinas consolidadas. O segundo é o reconhecimento, pelos autores, de que a adoção de um referencial estruturado não se sustenta apenas por determinação institucional: exigiu estratégia deliberada de mudança de comportamento, com módulo de ensino a distância, oficina presencial, integração aos programas de ambientação, auditorias periódicas de registro e material de apoio disponível no ambiente de trabalho (Curtis *et al.*, 2021).

No cenário brasileiro, o acolhimento com classificação de risco constitui diretriz da Política Nacional de Humanização, e a participação do enfermeiro nessa atividade é normatizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Brasil, 2009; Conselho Federal de Enfermagem, 2021). A articulação entre a diretriz nacional e os referenciais internacionais de avaliação sistematizada configura, portanto, um terreno fértil e ainda pouco explorado para a enfermagem brasileira em contextos de campanha.

Perfil de Demanda e Distribuição da Carga de Trabalho em Eventos de Massa

Os achados do estudo de Koski *et al.* (2022) oferecem parâmetros úteis para o planejamento. A carga de trabalho dos serviços de emergência aumentou de forma estatisticamente significativa em seis dos nove eventos analisados; o risco relativo foi mais elevado para ocorrências relacionadas à violência, seguidas de acidentes de trânsito e de outros acidentes e lesões; houve incremento das

ocorrências de urgência intermediária e redução das não urgentes; e a elevação da demanda concentrou-se entre as 20h e as 8h. A análise geoespacial revelou concentrações de chamados no entorno da área do evento e nas rotas entre o local do evento e o centro urbano, e não apenas no perímetro oficial. Esses resultados desafiam uma intuição comum no planejamento, a de que os recursos devem ser concentrados dentro do perímetro do evento e nos horários de maior público, e reforçam a necessidade de dimensionamento que contemple o entorno e os períodos noturnos. Os autores enfatizam ainda que localidades menores sofrem impacto proporcionalmente maior, o que exige atenção especial dos organizadores quanto ao próprio nível de preparo (Koski *et al.*, 2022).

Para Memish *et al.* (2019), os riscos sanitários associados a grandes aglomerações são: transmissão de doenças comunicáveis, agravos relacionados à água e ao saneamento, exacerbação de doenças crônicas, transtornos mentais e psicossociais, distúrbios térmicos, tumultos, acidentes e traumas. Destaca-se também a experiência brasileira dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos do Rio de Janeiro em 2016, quando a Organização Mundial da Saúde prestou apoio técnico ao Ministério da Saúde e ao Comitê Olímpico Internacional, e nenhum caso de infecção por vírus Zika foi confirmado entre os participantes, apesar da intensa repercussão prévia.

Esse precedente é instrutivo: demonstra que sistemas robustos de comunicação de risco e uma estratégia de gestão baseada em evidências são decisivos para resistir à pressão midiática e política que acompanha eventos internacionais. A mesma revisão registra uma limitação recorrente do campo: a produção científica sobre eventos de massa é fragmentada, baseada em estudos de pequeno porte e pouco generalizável, com escassa tradução em política pública (World Health Organization, 2015).

Diversidade Sociocultural e Populações com Necessidades Específicas

O primeiro tratado dedicado especificamente à medicina de eventos de massa organiza as necessidades de populações específicas, incluindo crianças, mulheres, pessoas idosas e pessoas com deficiência, a partir do referencial CMIST, que agrupa as dimensões de comunicação, manutenção da saúde, independência, suporte, segurança e transporte (Brady *et al.*, 2024). Esse arranjo conceitual é útil para o contexto vivenciado, ainda que tenha sido concebido para outras populações: a comunicação figura como a primeira dimensão a ser assegurada, e não como um adendo à assistência técnica.

A obra dedica capítulos específicos a eventos religiosos, políticos, musicais e comunitários e a circunstâncias agravantes como clima e intempéries, tumultos, incidentes com múltiplas vítimas e doenças infecciosas (Brady *et al.*, 2024). Aponta-se, como principal limitação da literatura disponível, a escassa discussão sobre continuidade do cuidado e acompanhamento posterior das pessoas cuja saúde foi afetada em decorrência da participação no evento (Brady *et al.*, 2024). Essa lacuna

converge com a percepção, na vivência relatada, de que o encaminhamento à rede local é o elo mais frágil da cadeia assistencial em estruturas provisórias.

Essas competências articulam atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem (Gomes *et al.*, 2012). O estudo de Memish *et al.* (2019) acrescenta um dado organizacional relevante: em experiências de vigilância intensificada para eventos de massa, os departamentos locais de saúde pública recorreram a pessoal remanejado de outros setores e a apoio externo, e todos retornaram às suas atribuições anteriores ao término do evento, o que dificultou a consolidação de ganhos duradouros. Trata-se de um alerta direto à sustentabilidade do legado de missões como a da FN-SUS na COP30.

QUARTA ETAPA: HIPÓTESES DE SOLUÇÃO

A partir do confronto entre a realidade observada e a literatura, elaboram-se as seguintes hipóteses de solução, aplicáveis a futuras mobilizações da FN-SUS em eventos de massa.

1. Adoção de um referencial estruturado de avaliação de enfermagem, com pactuação prévia à missão. Recomenda-se a definição antecipada de um instrumento único de avaliação inicial e de passagem de plantão, articulando o protocolo nacional de acolhimento com classificação de risco a referenciais sistematizados de avaliação em emergência, cuja efetividade sobre a redução de atrasos de tratamento e de falhas de escalonamento está demonstrada (Curtis *et al.*, 2021; Brasil, 2009). A pactuação deve ocorrer antes do deslocamento das equipes, por meio de módulo assíncrono breve, e ser reforçada por material de consulta rápida afixado nos postos de trabalho, estratégia de implementação já validada em outro contexto (Curtis *et al.*, 2021).

2. Dimensionamento sensível ao horário e ao entorno. O planejamento de escalas e de recursos móveis deve considerar que a elevação da demanda tende a concentrar-se no período noturno e a distribuir-se também nas imediações e nas rotas de acesso à área do evento, e não apenas no seu perímetro (Koski *et al.*, 2022). Para eventos futuros em capitais amazônicas, essa recomendação deve ser combinada à vigilância de agravos térmicos, dado o risco documentado de desidratação, exaustão pelo calor e insolação em aglomerações (Memish *et al.*, 2019).

3. Plano formal de comunicação intercultural. Propõe-se a incorporação, ao desenho do serviço, de suporte de tradução, presencial ou por meio digital, de sinalização e de materiais de orientação em mais de um idioma, e de um protocolo breve de abordagem culturalmente competente no atendimento a povos indígenas, contemplando a presença de acompanhantes, a explicação prévia de cada etapa do exame e o respeito a modos próprios de compreender o adoecimento. A literatura sustenta que a comunicação constitui a primeira dimensão a ser assegurada no cuidado a populações com necessidades específicas (Brady *et al.*, 2024).

4. Protocolo de cuidado com a equipe mobilizada. Sugere-se a previsão formal, no plano da missão, de pausas programadas, hidratação e alimentação regulares, rodízio nos postos de maior exposição térmica, espaço de escuta ao término dos plantões e retaguarda de apoio psicológico. O preparo psicológico específico para atuação em cenários de emergência é reconhecido como componente do preparo profissional da enfermagem, e não como benefício acessório (Gomes *et al.*, 2012; International Council of Nurses, 2009, 2019).

5. Instrumento padronizado de registro de lições aprendidas. Recomenda-se a adoção de um formulário breve de encerramento de missão, preenchido por cada profissional antes da desmobilização, destinado a capturar dificuldades, soluções improvisadas e sugestões. Trata-se de resposta direta à fragilidade da memória organizacional de forças-tarefa, cujo conhecimento tende a se dispersar com o retorno dos profissionais às suas atribuições de origem (Memish *et al.*, 2019).

QUINTA ETAPA: APLICAÇÃO À REALIDADE

A quinta etapa do Arco corresponde ao retorno à prática. Em um relato de experiência, esse retorno assume duas formas: a transformação da própria trajetória profissional e a formulação de recomendações transferíveis a outros contextos.

No plano pessoal, a missão modificou a compreensão da autora sobre o alcance da enfermagem. A atuação na classificação de risco em cenário de campanha deslocou o eixo da prática da execução de procedimentos para a organização do cuidado: perceber que o desenho de um fluxo, a clareza de uma explicação na sala de espera ou a decisão de reavaliar um usuário em espera produzem efeitos de segurança tão concretos quanto uma intervenção técnica. Consolidou-se, igualmente, o interesse pela enfermagem em emergências e desastres como campo de aprofundamento, articulado à saúde coletiva e à compreensão do SUS como sistema capaz de mobilizar solidariedade federativa em situações excepcionais.

No plano institucional, as hipóteses formuladas são aplicáveis a futuros megaeventos no Brasil e, sobretudo, ao enfrentamento de emergências climáticas e sanitárias regionais. A Amazônia concentra vulnerabilidades, dispersão territorial, dificuldade de acesso, capacidade instalada limitada em municípios de pequeno porte, que tornam o modelo de hospital de campanha articulado à rede local uma tecnologia organizacional relevante para além de conferências internacionais. O aprendizado acumulado na COP30 pode, nesse sentido, subsidiar respostas a enchentes, estiagens severas, incêndios florestais e surtos, cenários nos quais a lógica de mobilização é análoga.

Por fim, cabe explicitar as limitações deste relato. A narrativa expressa a perspectiva individual de uma profissional, circunscrita a um posto de trabalho específico e a um recorte temporal determinado, sem sustentação em dados assistenciais ou epidemiológicos e sem pretensão de generalização. Recomenda-se, para o aprofundamento do tema, a realização de estudos que analisem o perfil de demanda atendida, os indicadores de desempenho da classificação de risco

e a percepção de usuários e de profissionais, mediante os procedimentos éticos aplicáveis, em direção coerente com o apelo presente na literatura internacional por estudos adequadamente delineados e com poder estatístico suficiente no campo dos eventos de massa (Memish *et al.*, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação voluntária na Força Nacional do SUS durante a COP30 constituiu experiência singular de desenvolvimento profissional e humano. A experiência evidenciou o papel estratégico da enfermagem na resposta organizada a eventos de massa e a capacidade de articulação do SUS em situações excepcionais. Destacam-se, como contribuições para o planejamento de futuras missões, a pactuação prévia de um referencial estruturado de avaliação, o dimensionamento sensível ao horário e ao entorno, a incorporação formal de estratégias de comunicação intercultural, a previsão institucional de suporte biopsicossocial às equipes e o registro sistemático das lições aprendidas. O aprendizado adquirido permanece como legado para a trajetória profissional e para a compreensão do dever de servir ao SUS.

REFERÊNCIAS

- ARBON, P. **Mass-gathering medicine: a predictive model for patient presentation and transport rates**. *Prehospital and Disaster Medicine*, v. 22, n. 1, p. 34-43, 2007.
- BERBEL, N. A. N. **Metodologia da Problematização: fundamentos e aplicações**. Londrina: Editora UEL, 2011.
- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. **Estratégias de Ensino-Aprendizagem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.
- BRADY, William J. *et al.* (ed.). **Mass Gathering Medicine: A Guide to the Medical Management of Large Events**. Cambridge: Cambridge University Press, 2024.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016.
- BRASIL. **Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 221, p. 4-5, 18 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011**. Regulamenta a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 240, p. 73, 15 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Política Nacional de Humanização. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 661/2021**. Dispõe sobre a participação do enfermeiro na atividade de Classificação de Risco. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2021.

CURTIS, K. *et al.* The implementation of an emergency nursing framework (HIRAID) reduces patient deterioration: A multi-centre quasi-experimental study. **International Emergency Nursing**, v. 56, 100976, maio 2021.

GOMES, L. D. *et al.* Atuação da enfermagem em emergências de saúde pública: análise do primeiro cadastramento nacional da Força Nacional do SUS. REFACI - **Revista da Faculdade de Ciência e Tecnologia**, v. 1, n. 1, p. 45-56, 2012.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **ICN Core Competencies in Disaster Nursing**: Version 2.0. Geneva: ICN, 2019.

KOSKI, A. *et al.* Preparedness for mass gatherings: rescue and emergency medical services' workloads during mass gathering events. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, v. 30, n. 14, p. 1-10, 2022.

MEMISH, Ziad A. *et al.* Mass gatherings medicine: public health issues arising from mass gathering religious and sporting events. **The Lancet**, v. 393, n. 10185, p. 2073-2084, maio 2019.

MILSTEN, A. M. *et al.* Mass-gathering medical care: a review of the literature. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 17, n. 3, p. 151-162, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Public Health para Grandes Eventos: Principais Considerações**. Genebra: OMS, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mass gatherings: public health for mass gatherings: key considerations**. Geneva: World Health Organization, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **ICN Framework of Disaster Nursing Competencies**. Geneva: WHO/ICN, 2009.