



ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL COMO TECNOLOGIA PARA RESPOSTA A EPIDEMIAS DE DENGUE: RELATO DE EXPERIÊNCIA*

HEALTH CARE ORGANIZATION AS A TECHNOLOGY FOR RESPONDING TO DENGUE EPIDEMICS: AN EXPERIENCE REPORT

Lucia Teresa Côrtes da Silveira¹

Inavise Arouche Gomes de Souza²

Amanda Côrtes Brandão dos Santos³

Thiago Augusto Soares Monteiro da Silva¹

Alexandre Barbosa de Oliveira¹

ORCID: 0000-0002-3272-3911

ORCID: 0000-0002-8584-0011

ORCID: 0009-0004-0082-6256

ORCID: 0000-0001-6870-5101

ORCID: 0000-0003-4611-1200

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

² Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

³ Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, Brasil

Como citar: Silveira LTCS, Souza IAG, Santos ACB, Silva TASM, Oliveira AB. Health care organization as a technology for responding to dengue epidemics: an experience report. Online Braz J Nurs. 2025;24:e20256816. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20256816>

RESUMO

Objetivo: Descrever a organização assistencial como uma tecnologia de cuidado a ser considerada na elaboração de planos de contingência para a resposta a epidemias de dengue. **Método:** Este relato de experiência descreve a organização assistencial desenvolvida pelo estado do Rio de Janeiro durante a epidemia de dengue em 2008. **Resultado:** A organização assistencial implementada como tecnologia de resposta à epidemia de dengue de 2008 foi estruturada sobre um sistema de saúde já sobrecarregado, evidenciando fragilidades dos serviços assistenciais e iniquidades em saúde. **Conclusão:** A desestruturação das redes de atenção à saúde e as vulnerabilidades sociais ressaltaram a necessidade de uma estruturação contínua, interdisciplinar/intersetorial e adaptativa dos processos envolvidos na elaboração de planos de resposta a emergências de saúde pública, de modo a mitigar seus impactos sobre as populações atingidas.

Descritores: Dengue; Epidemias; Saúde Pública; Preparação em Desastres; Emergências.

ABSTRACT

Objective: To describe health care organization as a care technology to be considered when developing contingency plans in response to dengue epidemics. **Method:** This experience report outlines the care organization implemented by the state of Rio de Janeiro during the 2008 dengue epidemic. **Results:** The care organization adopted as a response technology during the 2008 dengue epidemic was built on an already overwhelmed health system. This exposed weaknesses in service delivery and health inequities. **Conclusion:** The breakdown of health care networks and existing social vulnerabilities highlighted the need for continuous, interdisciplinary, intersectoral, and adaptive planning processes when designing public health emergency response plans. Such an approach is essential to minimize the impact on affected populations.

Descriptors: Dengue; Epidemics; Public Health; Disaster Preparedness; Emergencies.

Editores:

Paula Vanessa Peclat Flores (ORCID: 0000-0002-9726-5229)

Ana Carla Dantas Cavalcanti (ORCID: 0000-0003-3531-4694)

Autor Correspondente:

Lucia Teresa Côrtes da Silveira

E-mail: luteco61@gmail.com

Editora:

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF

Rua Dr. Celestino, 74 – Centro, CEP: 24020-091 – Niterói, RJ, Brasil

E-mail da revista: objn.cme@id.uff.br

INTRODUÇÃO

As epidemias de dengue são reconhecidas como Emergências de Saúde Pública (ESP) e desastres de origem natural, de tipologia biológica, cujos impactos na morbimortalidade são significativos tanto no Brasil quanto em nível global. Esses eventos agravam os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde, já sobrecarregados pelas demandas cotidianas, comprometendo ainda mais sua capacidade de resposta⁽¹⁾. Nessa perspectiva, destaca-se a compreensão de que os desastres não são fenômenos exclusivamente naturais, mas resultam de ações humanas, configurando-se, portanto, como fenômenos sociais⁽²⁻⁴⁾.

No contexto das ciências sociais, as epidemias de dengue têm revelado características sindêmicas — neologismo que expressa a interação dinâmica e sinérgica entre doenças em diferentes populações, refletindo disparidades socioeconômicas. Essa abordagem desafia a concepção histórica das doenças como entidades isoladas, destacando sua inter-relação com os contextos sociais, econômicos e ambientais⁽⁵⁻⁶⁾.

Diversos condicionantes de saúde contribuem para o aumento dos casos de dengue no Brasil, entre eles o modelo econômico vigente, a precariedade dos sistemas de saúde, a ausência de planejamento urbano adequado e a insuficiência da infraestrutura. Esses fatores, somados à elevada concentração populacional em áreas urbanas, intensificam a (re)ocorrência das arboviroses⁽⁷⁾.

O panorama recente da dengue no país, com dados da Semana Epidemiológica 01 a 24 de 2024, que registraram 5.987.599 casos prováveis e 3.963 óbitos, reforça a percepção da dengue como uma ameaça persistente e evidencia que o cenário nacional pouco se modificou desde 2008⁽⁸⁾.

Em geral, a assistência aos pacientes acometidos pela dengue dispensa o uso de tecnologias de maior complexidade e custo, fazendo uso de tecnologias de cuidado de baixa complexidade, que envolvem investigações clínicas e laboratoriais acessíveis em qualquer ponto de atenção. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS), quando estruturada e com a capilaridade proporcionada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), desempenha um papel assistencial fundamental durante epidemias de dengue⁽⁹⁻¹¹⁾, desde que os serviços estejam organizados de forma eficiente⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Este estudo tem como objetivo relatar as lições aprendidas durante o enfrentamento da epidemia de dengue de 2008, que, de forma inovadora, estabeleceu um modelo assistencial como tecnologia de cuidado, voltado à mitigação dos efeitos diretos e indiretos daquele evento. Busca-se, ainda, (re)pensar a elaboração de planos de contingência orientados pela incorporação de tecnologias e inovações clínicas fundamentadas em evidências científicas. A experiência singular aqui apresentada enfoca as ações assistenciais desenvolvidas pela Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC), no município do Rio de Janeiro (MRJ), evidenciando os processos e a dinâmica implementada com o intuito de aprimorar as medidas de preparação e resposta a futuras epidemias, conforme previsto sistematicamente nos planos de contingência.

A conjuntura política da época era marcada por divergências quanto à existência ou não de uma epidemia de dengue. Enquanto os governos federal e estadual reconheciam a ocorrência da epidemia, o governo municipal a negava, alegando tratar-se apenas de regiões com características epidê-

micas. Essa situação evidencia que a governança exerce um papel fundamental nas ações de resposta a epidemias, ao envolver diferentes setores na implementação de políticas e estratégias de enfrentamento, além de demandar a mobilização e o engajamento ativo das comunidades.

Este estudo tem como objetivo descrever aspectos das ações assistenciais que devem ser considerados na elaboração de planos de contingência voltados à resposta a epidemias de dengue.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, fundamentado na vivência de uma das autoras como coordenadora dos Centros de Hidratação (CH) e de outra como coordenadora de enfermagem dos CH, estabelecidos pela SESDEC como medida assistencial durante a epidemia de dengue de 2008.

Para embasar a prática no contexto teórico, partiu-se da premissa de que a teorização visa à análise de eventos ou fenômenos, com o propósito de compreender o mundo real. No entanto, “nenhuma teoria, por mais elaborada que seja, dá conta de explicar todos os fenômenos e processos”⁽¹²⁾. Dessa forma, a abordagem teórica adotada neste estudo não busca uma explicação exaustiva, mas sim a compreensão do fenômeno analisado e a reflexão sobre as práticas adotadas no enfrentamento das epidemias de dengue.

RESULTADOS

Durante a epidemia de dengue de 2008, foram notificados 254.315 casos e 299 óbitos no estado do Rio de Janeiro (ERJ), dos quais 51,7% dos casos e 56,2% dos óbitos ocorreram no MRJ⁽¹³⁾.

O MRJ concentrava 62,7% da população do ERJ, apresentando alta densidade demográfica e, como consequência, distribuição desigual dos serviços, déficit habitacional, crescimento desordenado de favelas, degradação ambiental, esgotamento dos recursos naturais, desemprego, marginalização e exclusão social⁽¹⁴⁾.

A capacidade hospitalar instalada no MRJ era de 7.447 leitos gerais e 393 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), distribuídos em 16 hospitais de emergência, sendo oito municipais, cinco estaduais e três federais, além de 11 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) estaduais⁽¹⁵⁾. Em dezembro de 2008, a cobertura populacional da ESF era de 3,7% com equipes completas e 8,1% com equipes implantadas⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. O sorotipo predominante da dengue naquele período era o tipo 2, isolado em 81% das amostras analisadas no MRJ⁽¹⁸⁾.

O elevado número de casos de dengue resultou em grande afluxo de pacientes às portas de entrada da rede assistencial, provocando superlotação e formação de filas, nas quais os pacientes com dengue competiam por atendimento com os demais casos da demanda cotidiana. Diante desse cenário, a SESDEC passou a planejar ações de resposta que pudessem interferir diretamente no aspecto assistencial da epidemia, articuladas à logística necessária para a implementação das medidas previstas⁽¹⁹⁾. A média mensal dos gastos com essas ações assistenciais foi de aproximadamente R\$ 6.127.880,04, sem incluir os Recursos Humanos (RH) empregados pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ) e pelas Forças Armadas (FA)⁽¹⁹⁾.

Histórico e planejamento das ações assistenciais desenvolvidas na resposta à epidemia de dengue de 2008

Em 19 de março de 2008, o Ministro da Saúde instituiu um gabinete de crise no ERJ, com a participação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, da SESDEC, de secretarias municipais do ERJ e de especialistas. Em 24 de março, o Governo do Estado decretou situação de emergência nas áreas afetadas pela dengue, por meio do Decreto nº 41.233, de 24 de março de 2008⁽²⁰⁾.

Em 28 de março, foi ativado o Gabinete Interno de Gestão de Crise (GIGC) no Combate à Dengue, em estrutura instituída pelo CBMERJ. A operação assistencial dos CH ficou sob responsabilidade do coordenador geral, cargo ocupado por um militar do CBMERJ, com apoio das coordenações de logística e de enfermagem, exercidas por enfermeiras civis vinculadas à SESDEC⁽¹⁹⁾.

Inicialmente, foi aberta uma enfermaria com 30 leitos no Hospital Estadual Getúlio Vargas, destinada exclusivamente a pacientes com dengue. Além disso, houve ampliação do número de médicos e enfermeiros nas UPAs de Santa Cruz e Campo Grande, com o reforço de militares do CBMERJ em escala extra. No entanto, essas ações iniciais não foram suficientes para ampliar de forma efetiva a capacidade assistencial, nem para atender à demanda crescente de pacientes que necessitavam de atendimento e internação.

Como consequência, foi desenvolvido e instituído um modelo assistencial emergencial por meio da implantação dos CH, montados em locais estratégicos com base nos informes da Vigilância Epidemiológica. A dimensão das unidades, o número de poltronas, os exames laboratoriais e as Hidratações Venosas (HVs) foram calculados de acordo com o volume de atendimentos previstos. O objetivo era ampliar e oferecer suporte assistencial às portas de entrada das unidades da rede assistencial do ERJ e do MRJ.

Inicialmente, foram inaugurados três CH no formato de tenda, nos bairros de Jacarepaguá, Santa Cruz e Campo Grande⁽¹⁹⁾, em 24 de março de 2008. Os demais foram abertos conforme a disponibilidade de pessoal. Ao todo, foram implantados 17 CH: 10 em tendas de hidratação, estruturas provisórias em Octanorm com cobertura de lona, localizadas em Jacarepaguá, Santa Cruz, Campo Grande, Duque de Caxias, Penha, Angra dos Reis, Hospital do Andaraí, Gávea, Méier e Belford Roxo; e sete em espaços físicos de unidades de saúde, sendo estes na Fiocruz, São João de Meriti, Mesquita, Campos e nos Hospitais Estaduais Eduardo Rabello, Albert Schweitzer e Alberto Torres. O uso de poltronas teve como objetivo ampliar os espaços de observação e aumentar o número de pontos para HV.

Em 31 de março de 2008, o gabinete de crise, em articulação com o Ministério da Defesa, instituiu os HCAMPs. Foram abertos três: um do Exército e um da Aeronáutica, ambos no MRJ, e um da Marinha, em Duque de Caxias⁽¹⁹⁾.

Buscou-se ampliar o acesso e reorganizar as portas de entrada das unidades de emergência, desviando o fluxo de pacientes para os CH e HCAMPs. Essa estratégia visava acelerar o acolhimento de casos suspeitos de dengue, possibilitar o diagnóstico e a realização precoce de HV nos casos graves, além de garantir acompanhamento clínico e laboratorial diário. O objetivo era evitar o agravamento dos casos e reduzir os óbitos, bem como diminuir a demanda por leitos hospitalares de internação⁽¹⁹⁾.

Para (re)direcionar os pacientes, foram instituídos,

nas unidades, espaços específicos para triagem médica, que encaminhavam aos CH os casos prováveis de dengue, por meio de transporte sanitário, previamente autorizado pela enfermeira responsável pelo acolhimento no CH. No CH, os pacientes eram inicialmente recebidos por pessoal administrativo para registro e, em seguida, encaminhados ao acolhimento realizado por enfermeiros, que colhiam a história clínica, realizavam a prova do laço, solicitavam o hemograma — com coleta e processamento realizados no próprio local — e classificavam o risco em verde, amarelo, laranja ou vermelho, com base em protocolo adaptado à dengue, distinto daquele utilizado para os demais agravos de rotina (Figura 1). Os técnicos de enfermagem eram responsáveis pela aferição dos sinais vitais, pesagem e coleta de sangue⁽¹⁹⁾.

Grupo A (verde)	Grupo B (amarelo)
- Febre < 7 dias - Dois dos sintomas: Cefaleia, Mialgia, Artralgia - Prostração - Exantema - Sem manifestações Hemorrágicas espontâneas ou Induzidas (prova do laço) - Sem sinais de alarme e sem alterações hemodinâmicas - Hemograma simplificado sem alterações importantes	- Manifestações hemorrágicas leves ou - Alterações no hemograma simplificado: Hematócrito até 10% do basal ou Criança > 38% e < 42% - Mulheres > 40% e < 50% - Plaquetas entre 50 e 100 mil/mm³ - Leucopenia < 1000/mm³ - Sem sinais de alerta - Sem alterações hemodinâmicas - Hemograma simplificado pouco alterado
Grupo C (laranja)	Grupo D (vermelho)
Sem alterações hemodinâmicas mas com qualquer sinal de alarme: Dor abdominal intensa contínua, Hepatomegalia dolorosa, Vômitos persistentes, Hipotensão postural ou lipotímia, Hemorragias importantes (hematêmese ou melena), Sonolência ou irritabilidade, Diminuição da diurese, Diminuição repentina da temperatura ou hipotermia, Aumento repentino do hematócrito, Queda abrupta das plaquetas, Desconforto respiratório	Pacientes com sinais de choque: Extremidades frias, Pulso rápido e fino, Enchimento capilar lento (> 2 segundos), Hipotensão arterial, Pressão arterial convergente (PS/PD < 20 mmHg)

Fonte: Adaptado de SESDEC, 2008

Figura 1 – Dengue: manejo clínico e classificação de risco. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2008

Os pacientes classificados como verde ou amarelo aguardavam o resultado do hemograma para posterior atendimento médico, enquanto recebiam hidratação oral e orientações sobre a prevenção da dengue, permanecendo sob observação e reavaliação contínua pelos enfermeiros. Já os pacientes classificados como laranja ou vermelho eram encaminhados diretamente às poltronas para início imediato da HV e avaliação médica. O fluxograma de atendimento está ilustrado na Figura 2⁽¹⁹⁾.

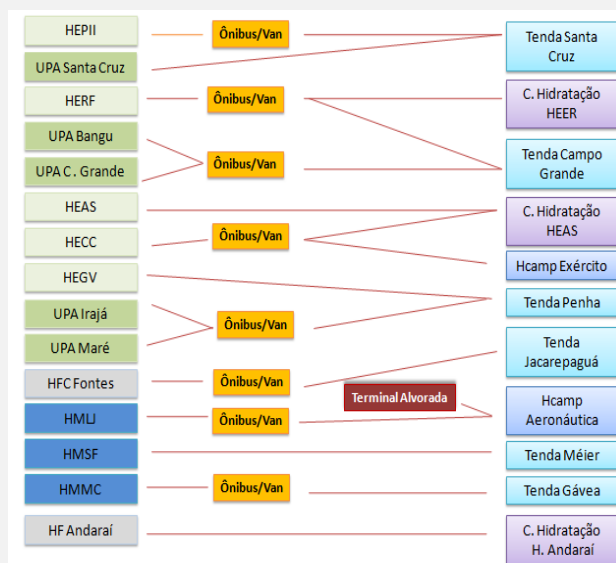


Fonte: Adaptado de SESDEC, 2008.

Figura 2 – Fluxograma de atendimento de pacientes com dengue. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2008

Todos os pacientes recebiam o cartão de acompanhamento da dengue e eram vinculados a um CH, com garantia de reavaliação clínica e laboratorial diária até a alta⁽¹⁹⁾.

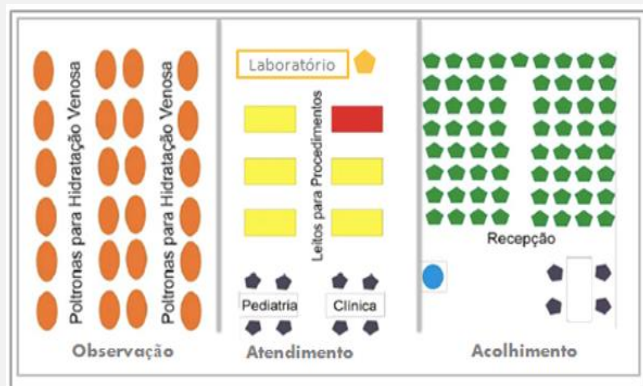
O transporte sanitário das unidades até os CH e HCAMPs era realizado por ônibus e vans, atendendo a todas as unidades públicas do MRJ. A rota está ilustrada na Figura 3⁽¹⁹⁾.



Fonte: Adaptado de SESDEC, 2008.

Figura 3 - Rota do transporte sanitário: unidades de saúde e Centros de Hidratação. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2008

Os CH eram compostos por três ambientes: um destinado ao registro, acolhimento e espera; outro para atendimento médico, coleta de exames e funcionamento do laboratório de análises clínicas, com um leito de reanimação e três a quatro leitos para observação e realização de procedimentos; e um terceiro ambiente exclusivo para HV, com poltronas de HV. Contavam com laboratório no local e exames laboratoriais disponíveis, como hemograma completo e bioquímica básica. O objetivo era garantir que o resultado do hemograma estivesse disponível em até 3 h, possibilitando a identificação de hemoconcentração e o diagnóstico precoce das formas mais graves da doença, assegurando o início imediato da HV, conforme ilustrado na Figura 4⁽¹⁹⁾.



Fonte: Adaptado de SESDEC, 2008.

Figura 4 – Estrutura esquemática dos Centros de Hidratação. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2008

O quantitativo de leitos de retaguarda para dengue, pertencentes ao ERJ, MRJ e ao Ministério da Saúde, foi ampliado e alocado na Central de Regulação de Leitos, operada pela SESDEC. Os pacientes eram transportados por ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou do CBMERJ⁽¹⁹⁾.

A capacidade diária de atendimento dos CH e HCAMPS era de 6.500 atendimentos, 1.809 HV e 13.000 exames laboratoriais, variando de acordo com a capacidade instalada de cada unidade. Os valores oscilavam entre 300 e 800 atendimentos, 72 a 240 HV e 600 a 1.000 exames labo-

ratoriais por unidade.

Para a ampliação dos RH, diversas ações foram adotadas. O CBMERJ remanejou profissionais de suas unidades de saúde e suspendeu os processos de demissão de médicos. O governo do ERJ suspendeu férias e licenças, além de promover o retorno à SESDEC de profissionais da saúde que estavam cedidos a outros órgãos. A SESDEC também contratou pessoal temporário, especialmente enfermeiros, e solicitou apoio de outros estados. Nos HCAMPS, a força de trabalho era composta por profissionais das próprias forças responsáveis por sua operação. Já o MRJ suspendeu as consultas eletivas, a fim de estender o horário de funcionamento de seus postos de saúde.

O RH dos CH era composto, em média, por quatro médicos, quatro enfermeiros e um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada sete poltronas de hidratação.

O financiamento de toda a estrutura assistencial foi viabilizado por meio de recursos do MS, bem como dos tesouros estadual e municipal.

Em relação à comunicação de risco, como estratégia de prevenção e controle da dengue, foi criado o site intitulado “Rio Contra a Dengue”, que disponibilizava informações sobre a doença, com boletins semanais sobre casos, internações e óbitos. O site também divulgava as demais ações executadas, permitindo que a população acompanhasse a evolução da epidemia.

Para o alinhamento das ações, eram realizadas reuniões diárias entre os coordenadores dos CH, além de reuniões semanais coordenadas pela SESDEC, com a participação de representantes das Forças Armadas, da coordenação dos CH e da Vigilância Epidemiológica.

À medida que o número de casos diminuía em determinadas regiões, os CH eram remanejados para outras áreas ou tinham seu horário de funcionamento reduzido. Em 30 de maio de 2008, todas as unidades já estavam encerradas⁽¹⁹⁾.

DISCUSSÃO

Lições aprendidas

A ausência de planejamento prévio, em 2008, exigiu a formulação e implementação de medidas emergenciais para mitigar os desdobramentos da epidemia, que, enquanto ESP, poderia levar à disrupção das rotinas sociais e assistenciais. O grau de impacto social e assistencial é, comumente, proporcional ao nível de organização da sociedade na construção de sua resiliência^(10,21–23).

A resposta às epidemias de dengue ainda está predominantemente vinculada a uma abordagem reacional, em detrimento de uma perspectiva prospectiva, voltada à mitigação por meio da intervenção nas vulnerabilidades socioambientais e econômicas. Entre essas vulnerabilidades destacam-se a pobreza, a desigualdade, a violência, a precariedade da infraestrutura urbana — especialmente em áreas de aglomerados subnormais —, a coleta inadequada de resíduos e o abastecimento irregular de água. Esses fatores, em conjunto, contribuem para um ciclo contínuo de ausência de prevenção, ocorrência de eventos adversos, perdas e aumento da demanda por resposta. Em geral, a resposta reacional proporciona maior visibilidade e retorno político imediato aos governos do que as ações preventivas^(24–27).

Em 2008, a desarticulação política entre os gestores resultou no retardo das ações de resposta, o que pode ter contribuído para o agravamento da epidemia^(28–29). Para o plane-

jamento e a implementação das ações multissetoriais e interdisciplinares necessárias em todos os níveis de resposta, é fundamental assegurar uma governança capaz de coordenar a logística, os RH envolvidos e a articulação entre os diversos atores, em espaços permanentes de planejamento estratégico. A questão central não é apenas o que precisa ser feito, mas também quem fará, com quais recursos e de que forma será executado^(28,30-32).

Para isso, o gabinete de crise, importante ferramenta de gestão, configura-se como uma estrutura organizacional de planejamento estratégico que viabiliza a integração e a interlocução entre diferentes órgãos e serviços. Seu objetivo é coordenar, de forma conjunta, as ações de gestão das emergências, tanto durante a crise, nas ações de resposta, quanto no pós-impacto, nas ações de recuperação^(4,33). A instituição do gabinete de crise pelo MS, em 2008, possibilitou a implementação e a legitimação das ações de combate à dengue, funcionando como espaço de acompanhamento contínuo e discussão estratégica.

A elaboração antecipada de planos de contingência é um elemento central na organização da resposta e constitui parte fundamental do enfrentamento das ESP. A construção desses planos viabiliza a interlocução entre os atores envolvidos no processo de planejamento, o que pode otimizar as ações de atenção à saúde quando a emergência se instala^(4,34-35). A formulação dos planos municipais, orientada pelas diretrizes do MS e avaliada pelas secretarias estaduais, permite a execução de ações conjuntas, coordenadas e sinérgicas, considerando que a dengue frequentemente ultrapassa os limites territoriais e assistenciais⁽¹⁰⁾.

Esforços conjuntos para a elaboração de planos articulados e resolutivos são indispensáveis, uma vez que a simples existência de planos previamente elaborados não garante o sucesso das ações desenvolvidas. Quando o planejamento é insuficiente, a resposta tende a ser igualmente limitada⁽³⁶⁾. Nesse sentido, o MS lançou materiais de apoio, como o “Guia para Elaboração de Planos de Contingência”⁽³⁷⁾, o “Plano de Ação para Redução da Dengue e Outras Arboviroses”⁽³⁸⁾ e o “Plano de Contingência Nacional para Dengue, Chikungunya e Zika”⁽³⁹⁾.

No contexto do planejamento contingencial, o modelo assistencial desenvolvido em 2008 pôde ser reproduzido em outras ESP. Em 2009, o ERJ e o MRJ estavam preparados para uma nova epidemia de dengue e, assim, puderam responder de forma célere à epidemia de Influenza A (subtipo H1N1), adaptando os postos climatizados utilizados anteriormente para estruturas naturalmente ventiladas e arejadas⁽⁴⁰⁾. Na epidemia de dengue de 2012, no MRJ, foi planejada a abertura dos chamados polos de acolhimento, adaptados em espaços de unidades de saúde, com redução do custo operacional das estruturas provisórias em Octanorm. O modelo foi sendo readaptado e reestruturado ao longo dos anos, sendo utilizado novamente na epidemia de dengue de 2024, no formato dos Polos de Atendimento de Dengue. Na ocasião, foram abertos 10 polos com funcionamento de 12 h diárias, em apoio à estrutura da APS, já fortalecida por sua ampliação⁽⁴¹⁾. O modelo também foi incorporado por outros estados da federação, com apoio técnico do ERJ, e serviu de base para a elaboração do manual de organização dos serviços do MS⁽⁹⁻¹⁰⁾. Durante a pandemia de COVID-19, esse mesmo modelo de coorte, com acolhimento e assistência qualificada e resolutiva, foi implementado no ERJ e no MRJ⁽⁴²⁾.

Outro aspecto importante para o planejamento é o enfrentamento da subnotificação dos casos⁽²⁹⁾. As informações geradas pela vigilância epidemiológica desdobram-se em ações que contribuem para a integralidade da atenção à saúde, orientadas pelos territórios e voltadas à superação das desigualdades socioambientais e em saúde, promovendo maior equidade na assistência⁽⁴⁾. Em 2008, os atendimentos realizados nas tendas não foram notificados diretamente pelos profissionais de saúde que ali atuavam, o que provavelmente resultou em perda de informações. As planilhas e boletins de atendimento eram encaminhados à vigilância epidemiológica da SESDEC para posterior notificação. Essa limitação pode ser superada com a previsão de RH específico para essa finalidade, evitando a sobrecarga das equipes assistenciais com mais essa atribuição⁽⁴³⁾.

Outra questão relevante refere-se aos RH em saúde, que, nas ESP, representam um ponto nevrálgico. Esses profissionais, geralmente oriundos das mesmas instituições e formações, embora especializados, necessitam de capacitação específica para as ações assistenciais exigidas em situações emergenciais^(4,21,23,28). O uso de protocolos unificados, elaborados por especialistas de diferentes áreas do conhecimento e baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, pode influenciar diretamente na redução da letalidade da doença^(21,28-29,32,44-46).

A necessidade de implementação das ações assistenciais em 2008 demandou o uso de diferentes estratégias para a captação de RH. As ações baseavam-se na lógica assistencial de equipe multidisciplinar, com protagonismo da enfermagem na identificação e intervenção precoce de possíveis casos graves, antes mesmo do atendimento médico, por meio da adaptação da ferramenta de classificação de risco. Para o início do atendimento nas tendas, entre os profissionais de saúde necessários, os médicos eram os mais escassos naquele momento. Essa escassez levou a SESDEC a solicitar o envio de médicos por parte das secretarias de saúde de outros estados para atuarem no ERJ. Essa necessidade de ampliação de RH, comum a qualquer ESP, motivou o MS, ainda em 2008, a idealizar a criação da Força Nacional do SUS (FNSUS), oficialmente instituída por decreto presidencial em 2011⁽⁴⁷⁾, a partir da experiência do desastre socioambiental que atingiu a região serrana do ERJ naquele ano. Desde então, a FNSUS tem sido empregada pelo MS em diversos eventos emergenciais no país.

Outros componentes fundamentais dos planos são a comunicação de risco e a mobilização social, que permeiam as relações entre gestores e a população, ao socializar informações e promover o intercâmbio de conhecimentos em saúde. Esses componentes, quando articulados, podem ajudar a contornar medos e inquietações, prevenir a infodemia e a disseminação de *fake news*, humanizar a resposta e fortalecer as operações locais, ao envolver a população na elaboração e validação das ações de resposta⁽⁴⁸⁻⁵⁰⁾. Em 2008, os ruídos de comunicação entre gestores e cidadãos levaram a população a desconfiar dos dados relacionados ao número de casos e óbitos, gerando medo e insegurança diante da percepção de que a situação estava fora do controle das autoridades^(21,28,30,32,45).

As tendas de 2008 foram implementadas como substitutas de uma cobertura de APS então ausente. Os desafios estratégicos daquele período estavam relacionados aos processos de trabalho para aquisições e contratações necessários à operação assistencial, realizados com urgência, o que os tornava mais onerosos, trabalhosos e suscetíveis a interferên-

cias externas. Atualmente, esse modelo vem sendo substituído por uma organização mais qualificada, sustentada por planos de contingência mais bem elaborados e estruturados. Destacam-se, nesse novo cenário, o uso de ferramentas que agilizam o monitoramento dos casos, como o portal de atualização de casos de arboviroses⁽⁵¹⁾, o prontuário eletrônico do e-SUS⁽⁵²⁾ e aplicativos de fácil acesso via web, celular ou computador, que facilitam a classificação de risco e o manejo clínico, substituindo materiais impressos de bolso ou de mesa. Um exemplo é o aplicativo desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, disponível em sua página oficial na internet⁽⁵³⁾. Soma-se a isso o planejamento prévio para aquisições e contratações, além da assistência conduzida, de forma protagonista, pelas unidades da APS.

Compreende-se a APS como a porta de entrada, coordenadora e ordenadora das ações e serviços da rede de saúde em todo o território, sendo o município seu principal gestor^(23,54). Com o tempo, os saberes e as experiências acumuladas contribuíram para a construção de soluções no cuidado aos pacientes com dengue, evitando ações excepcionais e fortalecendo a APS como primeiro ponto de atenção. Assim, a APS passa a atuar de forma integrada na Rede de Atenção à Saúde (RAS), acionando, quando necessário, os demais níveis de atenção.

Outro ponto relevante do planejamento refere-se às políticas públicas, que representam a interface entre o Estado, os governantes e a população e, portanto, são destinadas a esta. Para que tenham impacto nas ações de preparação e resposta às ESP, tais políticas precisam ser concebidas considerando o território em sua totalidade e trabalhadas de forma transversal. O objetivo é não apenas definir um ponto de partida, mas também compreender e enfrentar as múltiplas questões que fragilizam e expõem as pessoas em seus territórios sociais^(22,55-56). Por fim, o planejamento precisa ultrapassar o campo das ideias e concretizar-se na prática social, indo além das diretrizes globais e contemplando as especificidades locais^(1,23).

CONCLUSÃO

Em consonância com o objetivo do estudo, a análise da narrativa das ações instituídas permite afirmar que o modelo assistencial desenvolvido pode ser reproduzido em outras epidemias de dengue, inclusive naquelas em que há planejamento prévio de resposta.

Baseado em práticas fundamentadas em evidências, esse modelo pode ser aprimorado e incorporado aos planos de contingência voltados às epidemias de dengue de forma prospectiva e sistematizada — e não apenas de maneira reativa e emergencial —, abordagem que, além de obsoleta, impõe custos adicionais a uma rede pública de saúde já sobrecarregada.

É necessário ressignificar a assistência em situações de ESP, reforçando a importância de um atendimento multi-

profissional, com destaque especial para o papel da enfermagem — e não apenas para a atuação médica. O modelo de trabalho em equipe contribui para a redução do tempo de espera e possibilita intervenções mais imediatas nos agravos que representam risco à vida.

Não se pode afirmar que a epidemia teria seguido outro curso ou duração na ausência das ações implementadas. Este estudo não teve como objetivo avaliar a efetividade do modelo, mas compreender como ele funcionou na prática. Considerando que o foco não foi a prevenção do adoecimento, mas o controle e a redução dos casos graves e dos óbitos, pressupõe-se que as alternativas de cuidado adotadas foram compatíveis com esses objetivos assistenciais. A organização da assistência, por meio da ampliação das portas de entrada da RAS com a implantação dos Centros de Hidratação, contribuiu para a redução do tempo de espera, a agilização dos atendimentos, a classificação de risco rápida e a identificação precoce dos casos graves, com início imediato da HV e transferência regulada e oportuna dos pacientes que necessitavam de internação hospitalar — estratégias assistenciais com potencial para induzir a redução da letalidade por dengue.

O impacto da epidemia sobre a população, em 2008, foi proporcional às suas vulnerabilidades e à capacidade de resposta instalada. Apesar das diversas políticas públicas instituídas ao longo do tempo no país, a sociedade ainda sofre, até os dias atuais, os efeitos da naturalização das ESP. Diante dos números atuais de casos e óbitos por dengue, observa-se que, aparentemente, pouco mudou no cenário nacional.

Soluções de longo prazo podem reverter esse cenário, como o investimento em moradias salubres, cidades sustentáveis e resilientes, novas tecnologias de controle vetorial e vacinas com potencial de uso em larga escala.

O tema abordado permanece como um campo em aberto, ainda que existam alternativas possíveis para ações contingenciais já delineadas. Talvez o principal desafio atual resida justamente em transformar em prática concreta aquilo que permanece no campo das ideias. Esse parece ser, no momento presente, o grande desafio a ser enfrentado pelos gestores, pelas políticas públicas, pelas ciências em geral e, especialmente, pela saúde pública e coletiva.

*Artigo extraído da tese de doutorado intitulada “A epidemia da dengue no Estado do Rio de Janeiro e as ações assistenciais como estratégia para gestão de risco de desastres: estudo de caso”, apresentada à Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, em 2023.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Silva IVM, Freitas CM, Freitas LE. Vulnerabilidade institucional do setor saúde a desastres: perspectiva dos profissionais e gestores de Nova Friburgo. *Saúde debate*. 2020;44(spe2):188–202. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E213>
2. Perry RW, Quarantelli EL, organizadores. What is a disaster? new answers to old questions. Philadelphia (PA): Xlibris; 2005.
3. Mattedi M. Dilemas e perspectivas da abordagem sociológica dos desastres naturais. *Tempo Soc*. 2017; 29(3):261. <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2017.111685>

4. Silveira LTC, Oliveira AB. Emergências em Saúde Pública, desastres e risco: perspectivas e abordagens a partir das ciências sociais. *Saúde Debate*. 2023;47(139):844–57. <https://doi.org/10.1590/01031104202313909>
5. McGowan VJ, Bambra C. COVID-19 mortality and deprivation: pandemic, syndemic, and endemic health inequalities. *Lancet Public Health*. 2022;7(11):966–75. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00223-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00223-7)
6. Silva RFD, Siqueira AMD, Silveira LTCD, Oliveira ABD. A redução de risco de desastres, a agenda dos Objetivos Sustentáveis e os princípios do SUS, no contexto da pandemia de COVID-19. *Cien Saude Colet*. 2023;28(6):1777–88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.11272022>
7. Almeida LS, Cota ALS, Rodrigues DF. Saneamento, Arboviroses e Determinantes Ambientais: impactos na saúde urbana. *Cien Saude Colet*. 2020;25(10):3857–68. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.30712018>
8. Ministério da Saúde (BR). Centro de Operações de Emergências (COE): dengue e outras arboviroses. Informe Semanal no. 19: SE 01 a 24/2024 [Internet]. 19. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2024 Jun 30]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/arboviroses/informe-semanal/informe-semanal-no-19.pdf>
9. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue [Internet]. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2024 Jan 29]. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/296757/>
10. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia por arboviroses [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2024 Mar 10]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_atencao_saude_epidemia_arboviroses.pdf
11. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, et al. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saude Publica*. 2019;35(3):00012219. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>
12. Minayo MCS, organizador. Pesquisa social. Teoria, método e criatividade [Internet]. 21. ed. Petrópolis: Vozes; 2002 [citado 2023 Fev 3]. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>
13. Secretaria de Saúde (RJ). Dengue: Casos notificados e residentes no Rio de Janeiro a partir de 2000 [Internet]. Rio de Janeiro: Governo do Estado; 2024 [citado 2024 Mar 26]. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?sinan/tf_dengue.def
14. Secretaria Estadual de Defesa Civil (RJ). Caderno de informações em saúde do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SESDEC; 2009.
15. Kuschnir R. Atlas de serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/SESDEC; 2009.
16. Harzheim E, Lima KM, Hauser L. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro [Internet]. Porto Alegre (RS): Organização Pan-americana da Saúde; 2013 [citado 2024 Fev 3]. Disponível em: <https://apsredes.org/download/13548/>
17. Pereira MHB, Sousa AI, Zils CAA, Souza MHN, Costa LFM. Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: Avaliação da Cobertura e Internações por Condições Cardiovasculares. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2018;10(3):605–11. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.605-611>
18. Ministério da Saúde (BR). Informe Epidemiológico da Dengue – Janeiro a Junho de 2008 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [citado 2024 Fev 20]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/informe_epidemiologico_dengue_janeiro_junho_2008.pdf
19. Secretaria Estadual de Defesa Civil (RJ). Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro. Ações de Combate ao Dengue. Rio de Janeiro: CBMERJ; 2008.
20. Rio de Janeiro (RJ). Decreto no. 41233, de 24 de março de 2008. Declara em situação anormal de emergência, as áreas do estado do Rio de Janeiro afetadas por dengue (CODAR-HB.VDE/23.101) [Internet]. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro; 2008 [citado 2024 Mar 28]. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rj/decreto-n-41233-2008-rio-de-janeiro-declara-em-situacao-anormal-caracterizada-como-situacao-de-emergencia-as-areas-do-estado-do-rio-de-janeiro-afetadas-por-dengue-codar-hb-vde-23-101>
21. Malik MW, Ikram A, Safdar RM, Ansari JA, Khan MA, Rathore TR, et al. Use of public health emergency operations center (PH-EOC) and adaptation of incident management system (IMS) for efficient inter-sectoral coordination and collaboration for effective control of Dengue fever outbreak in Pakistan - 2019. *Acta Trop*. 2021;219:105910. <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2021.105910>
22. Silva EL, Gurgel H, Freitas CM. Saúde e desastres no Brasil: uma reflexão sobre os aspectos envolvidos em eventos hidrológicos e rompimento de barragens. *Confins*. 2019;42. <https://doi.org/10.4000/confins.23114>
23. Silva MA, Xavier DR, Rocha V. Do global ao local: desafios para redução de riscos à saúde relacionados com mudanças climáticas, desastre e Emergências em Saúde Pública. *Saúde debate*. 2020;44(spe2):48–68. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E204>
24. Crisis Bureau Disaster Risk Reduction and Recovery for Building Resilience Team (UN). The social construction of systemic risk: towards an actionable framework for risk governance [Internet]. Geneva (CH): United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2022 [citado 2024 Mar 20]. Disponível em: <https://www.undrr.org/publication/social-construction-systemic-risk-towards-actionable-framework-risk-governance-0>

25. Carmo EH. Emergências de saúde pública: breve histórico, conceitos e aplicações. *Saúde Debate*. 2020;44(spe2):9–19. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E201>
26. Terra RM, Silva RS, Pereira MGN, Lima AF. *Aedes aegypti* e as arboviroses emergentes no Brasil. *Uningá Rev [Internet]*. 2017 [citado 2024 Fev 6];30(3). Disponível em: <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/2028>
27. Oliver-Smith A, Alcántara-Ayala I, Burton I, Lavell A. A construção social do risco de desastres: em busca das causas básicas. In: Marchezini V, Wisner B, Londe LR, Saito SM, organizadores. *Redução de vulnerabilidade a desastres: do conhecimento à ação*. São Carlos (SP): RiMa; 2017. p. 97-114.
28. Mohamud MA, Qazi U, Latif A, Khan IU, Anwar S. Dengue Outbreak Response and Control in Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan: A Mixed Methods Study. *J Epidemiol Glob Health*. 2019;10(1):74. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.191125.001>
29. Oliario P, Fouque F, Kroeger A, Bowman L, Velayudhan R, Santelli AC, et al. Improved tools and strategies for the prevention and control of arboviral diseases: A research-to-policy forum. *PLoS Negl Trop Dis*. 2018;12(2):1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005967>
30. Escobar O, Oliveira T, Yénder N, Rubio D, Peraza O. La reemergencia del dengue: un gran desafío para el sistema sanitario latinoamericano y caribeño en pleno siglo XXI. *Medisan [Internet]*. 2019 [citado 2024 Fev 6];23(2):308–24. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192019000200308&script=sci_arttext
31. Harrington J, Kroeger A, Runge-Ranzinger S, O'Dempsey T. Detecting and Responding to a Dengue Outbreak: Evaluation of Existing Strategies in Country Outbreak Response Planning. *J Trop Med*. 2013;1–9. <https://doi.org/10.1155/2013/756832>
32. Srisawat N, Thisyakorn U, Ismail Z, Rafiq K, Gubler DJ, on behalf of ADVA-ISNTD World Dengue Day Committee. World Dengue Day: A call for action. *PLoS Negl Trop Dis*. 2022;16(8):1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010586>
33. Freitas CM, Silva EL, Silva IV, Mazoto ML, Silva MA, Alpino TMA, et al. Guia de preparação e respostas do setor saúde aos desastres [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018 [citado 2023 Dez 11]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40925>
34. Rodrigues KF, Carpes MM, Raffagnato CG. Preparação e resposta a desastres do Brasil na pandemia da COVID-19. *Rev Adm Pública*. 2020;54(4):614–34. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200291>
35. Lavell A, Maskrey A. The future of disaster risk management. *Environ Hazards*. 2014;13(4):267–80. <https://doi.org/10.1080/17477891.2014.935282>
36. Quarantelli EL. Disaster crisis management: a summary of research findings. *J Manag Stud*. 1988;25(4):373–85. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1988.tb00043.x>
37. Ministério da Saúde (BR). Guia para elaboração de planos de contingência [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2025 Jan 17]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteu-do/publicacoes/svsa/emergencia-em-saude-publica/guia-para-elaboracao-de-planos-de-contingencia>
38. Ministério da Saúde (BR). Plano de ação para redução da dengue e de outras arboviroses – período sazonal 2024/2025 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2025 Jan 17]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteu-do/publicacoes/guias-e-manuais/2024/guia-plano-de-acao-para-reducao-da-dengue-e-outras-arboviroses.pdf>
39. Ministério da Saúde (BR). Plano de contingência nacional para dengue, chikungunya e Zika [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado 2025 Jan 17]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteu-do/publicacoes/guias-e-manuais/2025/plano-de-contingencia-nacional-para-dengue-chikungunya-e-zika.pdf/view>
40. Secretaria Estadual e Municipal de Defesa Civil (RJ). Protocolos de influenza – diagnóstico e tratamento versão 2.0. Rio de Janeiro: SESDEC e SMSDC; 2009.
41. Secretaria Municipal de Saúde (RJ). Plano municipal de contingência de arboviroses dengue, chikungunya e Zika 2024-2025 [Internet]. Rio de Janeiro: SMSRJ; 2024 [citado 2024 Jan 17]. Disponível em: https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2024/02/Livro-Plano-de-Contingencia-de-Arboviroses-2024-2025-07_02_2024.pdf
42. Portal Hospitais Brasil. Covid-19: Rio de Janeiro vai inaugurar 1.800 leitos em hospitais de campanha [Internet]. São Paulo: Publimed Editora Ltda; 2020 [citado 2025 Jan 17]. Disponível em: <https://portal.hospitaisbrasil.com.br/covid-19-rio-de-janeiro-vai-inaugurar-1-800-leitos-em-hospitais-de-campanha/>
43. Silveira LTC. A epidemia de dengue no estado do Rio de Janeiro e as ações assistenciais como estratégia para gestão de risco de desastres: estudo de caso [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2023.
44. Feitosa MC, Leite PHAC, Costa JH, Hökerberg YHM. Avaliação da qualidade metodológica de diretrizes de vigilância e manejo clínico de dengue e chikungunya. *Cad Saude Publica*. 2020;36(7):1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00050919>
45. Figueiró AC, Hartz ZMA, Brito CAA, Samico I, Siqueira Filha NT, Cazarin G, et al. Óbito por dengue como evento sentinela para avaliação da qualidade da assistência: estudo de caso em dois municípios da Região Nordeste, Brasil, 2008. *Cad Saude Publica*. 2011;27(12):2373–85. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200009>
46. Lew RJ, Tsai WY, Wang WK. Dengue outbreaks in Hawai'i After WWII - A Review of Public Health Response and Scientific Literature. *Public Health [Internet]*. 2018 [citado 2024 Fev 6];77(12):315–8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6277838/>
47. Presidência da República (BR). Decreto no. 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância nacional – ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema único de Saúde – FN-SUS [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2011 [citado 2025 Jan 17]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2011/2011_007/Decreto7616.htm

- Jan 17]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm
48. Dick L, Moodie J, Greiner AL. Are we ready? Operationalising risk communication and community engagement programming for public health emergencies. *BMJ Glob Health*. 2022;7(3):1–4. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008486>
49. Haraki CAC. Estratégias adotadas na América do Sul para a gestão da infodemia da COVID-19. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.43>
50. Organização Mundial da Saúde. Comunicação de riscos em emergências de saúde pública: um guia da OMS para políticas e práticas em comunicação de risco de emergência [Internet]. Genebra (CH): Organização Mundial da Saúde; 2018 [citado 2024 Mar 16]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259807/9789248550201-por.pdf?ua=1>
51. Ministério da Saúde (BR). Atualização de casos de arboviroses [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado 2025 Jan 17]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-egypti/monitoramento-das-arboviroses>.
52. Ministério da Saúde (BR). Informatiza APS prontuário eletrônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado 2025 Jan 17]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/informatiza-aps/prontuario-eletronico>.
53. Secretaria de Saúde (RJ). Manejo clínico de casos de dengue [Internet]. Rio de Janeiro: SESRJ; 2024 [citado em 2025 Jan 17]. Disponível em: <https://cishiny.saude.rj.gov.br/shiny/>
54. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde debate*. 2019;43(spe6):70–83. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>
55. Giovanella L, Escorel S, Lobato LDVC, Noronha LDVC, Carvalho JCD, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. <https://doi.org/10.7476/9788575413494>
56. Vieira MS, Alves RB. Interlocução das políticas públicas ante a gestão de riscos de desastres: a necessidade da intersetorialidade. *Saúde debate*. 2020;44(spe2):132–44. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E209>

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do projeto: Silveira LTCS, Oliveira AB

Obtenção de dados: Silveira LTCS, Souza IAG

Análise e interpretação dos dados: Silveira LTCS, Souza IAG

Redação textual e/ou revisão crítica do conteúdo intelectual: Silveira LTCS, Souza IAG, Santos ACB, Silva TASM, Oliveira AB

Aprovação final do texto a ser publicada: Silveira LTCS, Souza IAG, Santos ACB, Silva TASM, Oliveira AB

Responsabilidade pelo texto na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Silveira LTCS, Souza IAG, Santos ACB, Silva TASM, Oliveira AB



Copyright © 2025 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.