

Plano Operacional Municipal de Contingência Coronavirus e

Influenza

(COVID-19)

**PREFEITURA MUNICIPAL DA CORTÊS-PE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Versão 3

Janeiro/2022



GOVERNO MUNICIPAL
CORTÊS
CONSTRUINDO UMA NOVA HISTÓRIA

MARIA DE FÁTIMA CISNEIROS SAMPAIO BORBA
PREFEITA

FLAVIANA MARQUES DE S MELO SAMPAIO
SECRETÁRIA DE SAÚDE

SHERLENE MACHADO DE OLIVEIRA
PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE



GESTORES COORDENADORES:

EDUARDO JOSÉ DE MOURA
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SHERLENE MACHADO DE OLIVEIRA
GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA

SUEDILSON MARACAJÁ
GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO

LUCIANA ROBERTA DOS SANTOS BORBA
GERÊNCIA DO PNI

CONSULTORIA TÉCNICA:
PETRA NATASHA DOS SANTOS QUEIROZ

1. Introdução

Em 31 de dezembro de 2019, o escritório da OMS na China foi informado sobre casos de pneumonia de etiologia desconhecida detectada na cidade de Wuhan, província de Hubei. As autoridades chinesas identificaram um novo tipo de Coronavírus, que foi isolado em 07 de janeiro de 2020. Em 11 e 12 de janeiro de 2020, a OMS recebeu mais informações detalhadas, da Comissão Nacional de Saúde da China, de que o surto estava associado a exposições em um mercado de frutos do mar, na cidade de Wuhan.

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em razão da disseminação do Coronavírus, após reunião com especialistas. Em 03 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana da doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19), por meio da Portaria MS nº 188, e conforme Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. A Portaria MS nº 188 também estabeleceu o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional, ficando sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) a gestão do COEnCoV.

2. Situação Epidemiológica no Brasil.

De janeiro de 2021 a dezembro de 2021, o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) Nacional confirmou 22.184,824 casos, destes 21.411,803 recuperados, 616.691 de óbitos e 156.330 casos em acompanhamento no país. Já o estado de Pernambuco registrou nesse período 645.702 casos confirmados, destes 588.784 recuperados e 20.544 óbitos no estado. Todas as notificações foram recebidas, caso a caso, com as autoridades de saúde dos Estados e Municípios. E estão sendo monitorados conforme protocolo da vigilância da Influenza.

3. Características gerais sobre a Infecção Humana por COVID-19

A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global.

O SARS-CoV-2 é um betacoronavírus descoberto em amostras de lavado broncoalveolar obtidas de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019. Pertence ao subgênero Sarbecovírus da família Coronaviridae e é o sétimo coronavírus conhecido a infectar seres humanos.

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo o homem, camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente os coronavírus de animais podem infectar pessoas e depois se espalhar entre seres humanos como já ocorreu com o MERS-CoV e o SARS-CoV-2. Até

o momento, não foi definido o reservatório silvestre do SARS-CoV-2.

3.1 Modo de transmissão

A transmissão dos coronavírus costuma ocorrer pelo ar ou por contato pessoal com secreções contaminadas, como:

- Gotículas de saliva;
- Espirro;
- Tosse;
- Catarro;
- Contato pessoal próximo, como toque ou aperto de mão;
- Contato com objetos ou superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos.

3.2 Período de Incubação

O período médio de incubação por coronavírus é de 05 dias, com intervalos que chegam a 12 dias, período em que os primeiros sintomas levam para aparecer desde a infecção.

3.3 Transmissibilidade

A transmissibilidade dos pacientes infectados por SARSCoV é em média de 07 dias após o início dos sintomas. No entanto, dados preliminares do coronavírus (SARS-CoV-2) sugerem que a

transmissão possa ocorrer mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas.

Até o momento, não há informações suficientes de quantos dias anteriores ao início dos sinais e sintomas uma pessoa infectada passa a transmitir o vírus.

4. Atribuições da Secretaria Municipal de Saúde.

Nortear as ações no município de Cortês-PE, definindo objetivos e metas e seguindo os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Dentre as atribuições a serem seguidas, podemos citar:

- Captura de rumores diante de casos suspeitos de infecção por COVID-19,
- Notificação de casos suspeitos e análise das informações das unidades notificantes;
- Busca ativa de casos suspeitos, surto e óbitos, assim como investigação de comunicantes;
- Coleta e envio aos laboratórios de referência de amostras clínicas de suspeitos para diagnóstico e/ou isolamento viral;
- Organização do fluxo de assistência diante de casos suspeitos de infecção por COVID-19, o que inclui regulação de casos;
- Ampla divulgação de informações e análises epidemiológicas sobre a doença;
- Gestão dos insumos no município;
- Capacitação de recursos humanos para execução das ações de assistência e Vigilância em Saúde;
- Estruturação dos núcleos de Vigilância em Saúde hospitalar.
- Realização de testes de antígeno de covid em todas as Unidades de saúde.

- Coletar RT-PCR de covid-19 e influenza nos casos hospitalizados e óbitos suspeitos.

5. Objetivos

5.1 Objetivos Gerais

Promover a prevenção e evitar a transmissão de casos de infecção pelo COVID- 19 e Influenza no município de Cortês-PE.

5.2 Objetivos Específicos

- Garantir a detecção, notificação, investigação de casos suspeitos de forma oportuna;
- Organizar o fluxo de ações de prevenção e controle do Coronavírus;
- Estabelecer insumos estratégicos na utilização de casos suspeitos;
- Traçar estratégias para redução da transmissão da doença, por meio do monitoramento e controle dos pacientes já detectados;
- Intensificar ações de capacitação dos profissionais de saúde da rede municipal de saúde;
- Garantir adequada assistência ao paciente, com garantia de acesso e manejo clínico adequado;
- Monitorar e avaliar a situação epidemiológica para orientar a tomada de decisão;
- Definir as atividades de educação, mobilização social e comunicação que serão implementadas.

6. Vigilância do Coronavírus (SARS-CoV-2)

6.1 Definições de casos suspeitos

6.1.1 Síndrome Gripal (SG)

Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

a. **Em crianças:** além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

b. **Em idosos:** deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

6.1.2. Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Paciente internado com Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU Pressão persistente no tórax/dor no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto OU que evoluiu para óbito por SRAG independente da internação.

a. Alguns pacientes podem apresentar diarreia e/ou vômito;

b. **Em crianças:** além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

6.1.3. Reinfecção por COVID-19

Indivíduo com dois resultados positivos de RT-PCR para o vírus SARS-CoV-2, com intervalo igual ou superior a 90 dias entre os dois episódios de infecção respiratória, independente da condição clínica observada nos dois episódios.

Caso não haja a disponibilidade das duas amostras biológicas, com a conservação adequada, a investigação laboratorial não poderá ser complementada, inviabilizando a análise do caso.

6.2. Casos elegíveis para a testagem

6.2.1. Todas as pessoas que atendam às definições de caso do item 6.1;

6.2.2. Contatos domiciliares dos casos confirmados da COVID-19;

6.2.3. Recém-nascido e/ou feto morto, cuja mãe seja um caso suspeito ou confirmado da COVID-19;

6.2.4. Pacientes no pré-operatório de cirurgias elevas;

6.2.5. Pacientes com indicação de tratamento oncológico clínico e/ou cirúrgico;

6.2.6. Pacientes com indicação de internamento em UTI com ou sem sintomas respiratórios;

6.2.7. Pacientes admitidos nos serviços de urgência e emergência com indicação de internamento hospitalar com ou sem sintomas respiratórios;

6.2.8. Doadores e receptores de órgãos no pré-transplante;

6.2.9. Todas as gestantes no pré-natal (entre a 37^o e 38^o semanas de gestação);

6.2.10. Seguir as notas técnicas e protocolos setoriais da Secretaria de Saúde do Estado e Ministério da Saúde, sobre ações de vigilância epidemiológica e laboratorial do controle da Covid-19.

6.2.11. Nos Estabelecimentos de Ensino:

- Estudantes, trabalhadores da educação e colaboradores sintomáticos (conforme definição de caso do item 1.1);
- Contatos próximos dos casos sintomáticos, quais sejam: as pessoas do convívio domiciliar, os colegas de sala e os funcionários com quem compartilharam espaços comuns sem etiqueta respiratória, sem máscara e com menos de 1,5m de distância.

6.3. Definições de Casos confirmados

6.3.1. Por critério laboratorial

a. **Biologia molecular** (RT-PCR, detecção do vírus SARS-CoV-2): resultado detectável para o SARS-Cov-2 em amostra coletada, preferencialmente, até o sétimo dia de início dos sintomas (podendo ter sido coletada até o décimo dia, quando a pessoa ainda estiver sintomática), processada em laboratório público ou privado. No caso de laboratório privado o laudo precisa ser validado pelo laboratório de referência (LACEN-PE). **OU**

b. **Imunológico** (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos): resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG, em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas E após 72 horas do desaparecimento dos sintomas.

6.3.2. Por critério clínico-epidemiológico

Caso suspeito da COVID-19 com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 14 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

6.4 Definição de Caso Descartado

- a. Caso suspeito de COVID-19 com resultado laboratorial negativo para o SARS-CoV-2 (não detectável pelo método de RT-PCR), considerando a oportunidade da coleta; **OU**
- b. Caso de SRAG e SG para o qual houve identificação de outro agente etiológico confirmada por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma co-infecção; **OU**
- c. Confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável.

6.5. Definição de Caso Inconclusivo

- a. Caso suspeito de COVID-19 notificado, que não foi possível confirmar por critério laboratorial, e que não tenha sido possível estabelecer vínculo clínico-epidemiológico ou fechar pelo clínico-imagem; **OU**
- b. Caso suspeito de COVID-19 notificado, cuja coleta foi insuficiente ou inadequada para análise laboratorial; **OU**
- c. Caso suspeito da COVID-19 que apresentou resultado inconclusivo no teste de RCT- PCR, após duas análises consecutivas.

6.6. Definição de Caso Recuperado

De acordo com a OMS, no Informe Científico de 17 de junho de 2020, os critérios para alta de pacientes do isolamento (ou seja, suspensão das precauções de transmissão), sem exigência de novo teste, são:

- a. **Para pacientes sintomáticos:** 10 dias após o início dos sintomas, mais, no mínimo, 3 dias adicionais sem sintomas, inclusive sem febre e sem sintomas respiratórios;
- b. **Para casos assintomáticos:** 10 dias após teste positivo para SARS-CoV-2. Por exemplo, se o paciente tiver sintomas por dois

dias, pode ser liberado do isolamento após 10 dias + 3 = 13 dias a partir da data de início dos sintomas; se tiver sintomas por 14 dias, pode receber alta após 14 dias + 3 dias = 17 dias da data do início dos sintomas; e se tiver sintomas por 30 dias, pode receber alta após 30 + 3 = 33 dias da data do início dos sintomas.

7. Notificação dos casos

7.1. Síndrome Respiratória Aguda Grave

Os casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) devem ser notificados de forma imediata (até 24 horas) pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento, ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco (CIEVS-PE), no Notifica-PE, através do preenchimento de formulário eletrônico no endereço <https://www.cievspe.com/notifique-aqui>, clicando em SRAG – Notifique aqui! (Covid-19) e anexando a ficha de SRAG preenchida ao formulário eletrônico. Caso se trate de profissional de saúde, preencher a variável Ocupação do Paciente com "profissional de saúde". Em se tratando de um óbito por SRAG, cuja notificação não tenha sido realizada em vida, a notificação deve seguir esse mesmo fluxo, selecionando a opção óbito na especificação do evento. Na ocorrência de óbito suspeito ou confirmado por COVID-19, o mesmo deve ser informado imediatamente ao CIEVS-PE (cievs.pe.saude@gmail.com).

Além disso, os casos de **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)** devem ser digitados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) pelas unidades hospitalares que já utilizam o sistema. Para aquelas que não utilizam a digitação no SIVEP-Gripe deve ser realizada pelo município da ocorrência da internação.

7.2 Síndrome Gripal

A notificação das **Síndromes Gripais (SG)** dos casos suspeitos, que NÃO atenderem à definição de caso para SRAG, deverá ser realizada no sistema e-SUS Notifica através do endereço <https://notifica.saude.gov.br>. É obrigatório registrar os dados de todos, inclusive os resultados dos exames.

Os casos de **Síndrome Gripal (SG)** atendidos nas Unidades de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal, devem seguir os fluxos já estabelecidos para a vigilância da influenza e outros vírus respiratórios, devendo ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe) e, também, no sistema e-SUS Notifica através do endereço [hps://notifica.saude.gov.br](https://notifica.saude.gov.br). **OBSERVAÇÃO:** A notificação dos casos elegíveis para a testagem, conforme descrição dos itens 6.2.2 a 6.2.10, que NÃO atenderem à definição de caso para SRAG ou para SG, deverá ser realizada no sistema e-SUS Notifica através do endereço [hps://notifica.saude.gov.br](https://notifica.saude.gov.br). É obrigatório registrar os dados de todos, inclusive os resultados dos exames.

7.3. Orientações para notificação na volta às aulas

- Na ocorrência de caso leve no estabelecimento de ensino, a ficha de notificação do e-SUS Notifica deve ser impressa e preenchida manualmente em duas vias. Uma via deverá ser encaminhada junto com o estudante, trabalhador da educação, colaborador ou seus contatos à unidade de saúde indicada pelo Atende em Casa, onde a coleta e/ou o atendimento serão realizados. A outra via deverá ficar na escola para o acompanhamento dos casos;
- O Estabelecimento de Ensino preencherá os campos da notificação referentes aos Dados de identificação, Sintomas e Condições (comorbidades);
- A unidade de saúde que fará a coleta e/ou o atendimento, encaminhará a vigilância epidemiológica para digitação da

ficha de notificação no Sistema de Informação e-SUS Notifica, complementando as demais informações acerca da coleta, resultado do exame e evolução do caso;

- É imprescindível que a Secretaria de Saúde Municipal, com o apoio da Gerência Regional de Saúde (Geres), se articule com os Estabelecimentos de Ensino do seu território para dar conhecimento sobre a estratégia de acompanhamento e testagem dos casos suspeitos e seus contatos;
- O rastreamento e monitoramento do isolamento dos contatos deve ser iniciado imediatamente, após a identificação de um caso suspeito, independentemente do contato estar sintomático;
- Diante da ocorrência de caso ou surto (agregado) de casos relacionados à COVID-19, em ambiente escolar, os serviços de vigilância em saúde e/ou atenção primária municipais devem ser informados, para monitoramento dos casos e/ou atuação conjunta com o Estabelecimento de Ensino, quando necessário.

7.4 Casos suspeitos de reinfecção

Após a identificação de um caso suspeito de reinfecção, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de residência deverá preencher o formulário de investigação disponível no link <https://www.cievspe.com/novo-coronavirus-2019-ncov>, anexando:

7.4.1. Os dois laudos de RT-PCR com resultados detectáveis para SARS-CoV-2, conforme definição de caso suspeito de reinfecção (item 1.1.3), de laboratório público ou privado;

7.4.2. As duas fichas de notificação do e-SUS Notifica e/ou SIVEP Gripe e/ou Notifica-PE, referentes aos episódios de infecção por SARS-CoV-2.

OBSERVAÇÃO: Somente seguirão para análise os casos suspeitos de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2 que possuírem as respectivas amostras biológicas.

De posse dessa documentação, o LACEN-PE irá separar as amostras, caso os exames tenham sido realizados pelo próprio LACEN-PE, ou solicitá-las a outros laboratórios para envio ao Instituto Evandro Chagas – IEC-PA (laboratório de referência). O Ministério da Saúde analisará e divulgará o resultado da investigação.

8. Exames Laboratoriais

8.1. Teste molecular (RT-PCR)

8.1.1. Coleta nos casos de SRAG

Em todos os casos de SRAG deve ser realizada coleta apenas de secreção da nasofaringe, utilizando um swab para a coleta da secreção de ambas as narinas, acondicionado no meio de transporte viral e encaminhado para o LACEN-PE, com o cadastro no GAL E acompanhadas do formulário eletrônico do Notifica-PE, no endereço <https://www.cievspe.com/notifique-aqui>, ou o número do protocolo do seu preenchimento) E da ficha de SRAG preenchida. A coleta deve ser realizada, preferencialmente, até o sétimo dia do início dos sintomas (podendo ser realizada até o décimo dia, se a pessoa ainda estiver sintomática).

8.1.2. Coleta nos casos de Síndromes Gripais

Nos casos das Síndromes Gripais, que não se enquadrem na definição de SRAG e estejam, preferencialmente, **até o sétimo dia do início dos sintomas** (podendo ser até o décimo dia, se ainda estiver sintomático), deve ser realizada apenas coleta de secreção da nasofaringe, utilizando um swab para a coleta da secreção de ambas as narinas. As amostras devem ser acondicionadas no meio de transporte viral e encaminhado para o LACEN-PE, com o cadastro no GAL E acompanhada da ficha de notificação do e-SUS Notifica. Os casos testados **devem ficar em isolamento domiciliar até o resultado do exame**. Caso o resultado seja positivo para

COVID-19, o mesmo deverá permanecer em isolamento domiciliar durante 07 dias após o início dos sintomas, mais 24 h adicionais sem sintomas, inclusive sem febre e sem sintomas respiratórios.

8.1.3. Coleta nos casos elegíveis para testagem descritos nos itens 6.2.2 a 6.2.10

Deve ser realizada apenas coleta de secreção da nasofaringe, utilizando um swab para a coleta da secreção de ambas as narinas. As amostras devem ser acondicionadas no meio de transporte viral e encaminhado para o LACEN-PE, com o cadastro no GAL acompanhado da ficha de notificação do e-SUS Notifica. Caso o resultado seja positivo para COVID-19, o mesmo deverá permanecer em isolamento domiciliar durante 07 dias após o início dos sintomas e 24 h dias adicionais sem sintomas, inclusive sem febre e sem sintomas respiratórios.

8.1.4. Coleta nos casos dos recém-nascido e feto (cuja mãe seja um caso suspeito ou confirmado da COVID-19), dos pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas e oncológicas, e de doadores e receptores de órgãos no pré-transplante:

Nos casos que não se enquadrem na definição de SRAG e de SG, ou seja, sejam assintomáticos, deve ser realizada apenas coleta de secreção da nasofaringe, utilizando um swab para a coleta da secreção de ambas as narinas, acondicionado no meio de transporte viral e encaminhado para o LACEN-PE, com o cadastro no GAL e acompanhado da ficha de notificação do e-SUS Notifica.

Caso o resultado seja positivo para COVID-19, o mesmo deverá permanecer em isolamento domiciliar durante 10 dias após teste positivo para SARS-CoV-2.

8.2. Sorologia (quimioluminescência, eletroquimioluminescência, Elisa)

O teste rápido sorológico deve ser realizado em qualquer dos casos suspeitos, desde que esteja com no mínimo 7 dias completos, desde o início dos sintomas respiratórios, E pelo menos 72 horas após o desaparecimento dos sintomas.

De acordo com o Boletim 8, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, devido às características da infecção pelo SARS-CoV-2, nos primeiros dias após o início dos sintomas os anticorpos não são devidamente detectados pelo teste. Para atingir valores de sensibilidade de 86%, é necessário que o teste seja realizado após o sétimo dia do início dos sintomas.

Caso o resultado do teste rápido sorológico seja positivo, para os pacientes que apresentaram sintomas, deverá ser cumprido o período total de 10 dias após o início dos sintomas, mais, no mínimo, 3 dias adicionais sem sintomas, inclusive sem febre e sem sintomas respiratórios.

9. Coleta de Amostras nos casos de óbitos e emissão de Declaração de Óbito

Nos pacientes que evoluíram para óbito antes de ter sido coletada amostra de material biológico, deve ser realizada a coleta de swab pós óbito. Para melhor identificação viral, esse procedimento deve ser realizado de preferência até 6 horas depois do óbito, podendo se estender até 12 horas. Nesse caso, a própria unidade de saúde deverá realizar a coleta.

A Declaração de Óbito (DO) deverá ser emitida pelo serviço de saúde onde a pessoa faleceu. Para os óbitos com suspeita da COVID-19 sem diagnóstico laboratorial, a DO deverá ser preenchida informando na **PARTE I** do atestado de óbito a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Para os óbitos com resultado laboratorial positivo para COVID-19, a DO deverá ser

preenchida informando na PARTE I do atestado de óbito a infecção por Coronavírus (COVID-19) e as demais causas consequenciais e terminais. A PARTE II do atestado de óbito deve conter as comorbidades, em ambos os casos.

Nos óbitos de pessoas que não estejam internadas e não tenham diagnóstico definido, mas que tenham sido acompanhados por médico assistente, a coleta deve ser solicitada à Secretaria Municipal de Saúde e a Declaração de Óbito (DO) poderá ser emitida pelo médico assistente. Para os óbitos ocorridos em domicílio que não tenham sido acompanhados por médico assistente, o corpo deverá ser transportado pelo serviço funerário para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) de Caruaru (no caso das IV e V Regiões de Saúde) ou para o SVO Recife (no caso das I, II, III e XII Regiões de Saúde), onde será realizada a coleta de material biológico com swab nasal, e emitida a DO. O SVO Caruaru tem funcionamento 24 horas, todos os dias da semana e o SVO Recife funciona das 7 às 19 horas, todos os dias da semana. Nas demais Regiões de Saúde, a coleta deverá ser solicitada à Secretaria Municipal de Saúde e a Declaração de Óbito (DO) emitida por médico indicado por ela.

10. Acondicionamento e Transporte de Amostras

No momento da coleta, identificar as amostras com nome completo do paciente, data de nascimento, número da requisição do GAL e data de coleta. Cadastrar a amostra corretamente na requisição do sistema GAL como SWAB NASOFARÍNGEO. No momento do envio das amostras, encaminhar as requisições via GAL, além de estarem acompanhadas as devidas fichas de notificação, para que seja possível recebê-las na recepção LACEN-PE.

As amostras devem ser mandadas em temperatura adequada de refrigeração (2° a 8°C) e devem ser enviadas entre 24 a 48 horas após a coleta, não devendo ultrapassar o prazo de 72 horas da coleta para processamento. O transporte das amostras deve ser

feito em caixas térmicas de paredes rígidas, que mantêm a temperatura adequada de refrigeração até a chegada ao LACEN-PE, e transportadas na posição vertical. Não acondicionar documentos e fichas de notificação dos casos no interior das caixas isotérmicas.

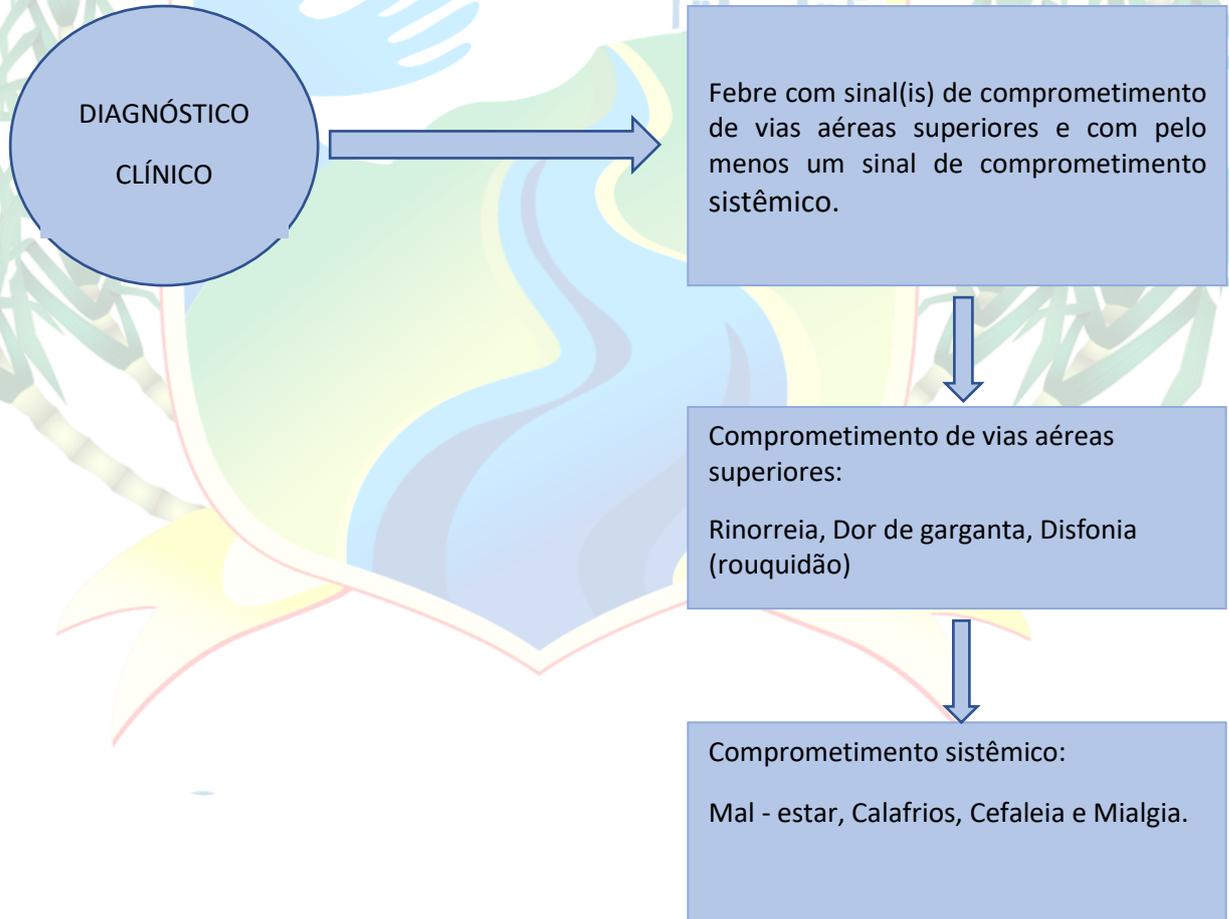


LINHA DE CUIDADO INFLUENZA

PROTOCOLO DE TRATAMENTO INFLUENZA 2017

- **ASPECTOS CLÍNICOS**

A excreção viral inicia durante o período de incubação, com pico nos primeiros dois dias de sintomas, decrescendo para níveis identificáveis em torno de uma semana, em geral correlacionando-se à intensidade de sintomas, embora entre crianças e imunossuprimidos possa haver excreção mais prolongada.



DIAGNÓSTICO
CLÍNICO

Febre com sinal(is) de comprometimento de vias aéreas superiores e com pelo menos um sinal de comprometimento sistêmico.

Comprometimento de vias aéreas superiores:
Rinorreia, Dor de garganta, Disfonia (rouquidão)

Comprometimento sistêmico:
Mal - estar, Calafrios, Cefaleia e Mialgia.



COMPLICAÇÕES

A evolução da gripe (influenza) geralmente tem resolução espontânea em sete dias, embora a tosse, o mal-estar e a fadiga possam permanecer por algumas semanas.

- Pneumonia bacteriana;
 - Sinusite;
 - Otite;
- Desidratação;
- Piora de doenças crônicas como insuficiência cardíaca, asma ou diabetes;
- Pneumonia primária por influenza.

SINAIS DE AGRAVAMENTO (PIORA DO ESTADO CLÍNICO)

- Aparecimento de dispneia ou taquipneia (frequência respiratória igual ou acima de 20 incursões por minuto) ou hipoxemia – (SpO₂ < 95%).
- Persistência ou aumento da febre por mais de três dias ou retorno após 48 horas de período afebril (pode indicar pneumonite primária pelo vírus influenza ou secundária a uma infecção bacteriana).
- Alteração do sensório (confusão mental, sonolência, letargia).
- Hipotensão arterial (sistólica abaixo de 90 mmHg e/ou diastólica abaixo de 60 mmHg).
- Diurese abaixo de 400 ml em 24 horas.
- Exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças.
- Desidratação.
- Exacerbação de doença preexistente (doença pulmonar obstrutiva crônica – Dpoc, cardiopatia ou outras doenças com repercussão sistêmica).
- Miosite comprovada por creatinofosfoquinase – CPK (≥ 2 a 3 vezes).
- Elevação da creatinina sérica acima de 2,0 mg/dL.



SINAIS DE AGRAVAMENTO NA CRIANÇA

- Persistência ou retorno da febre.
- Taquipneia com aumento do esforço respiratório (batimento de asas do nariz, tiragem intercostal, supra/subesternal, supraclavicular, subcostal, contração da musculatura acessória da respiração e movimento paradoxal do abdome).
- Bradipneia e ritmo respiratório irregular (colapso respiratório iminente).
- Gemidos expiratórios (colapso alveolar e de pequenas vias aéreas ocasionado pelo fechamento da glote na expiração na tentativa de aumento da capacidade residual funcional pulmonar).
- Estridor inspiratório (obstrução de vias aéreas superiores).
- Sibilos e aumento do tempo expiratório (obstrução de vias aéreas inferiores).
- Palidez cutânea e hipoxemia (SpO₂ <95%)
- Alteração do nível de consciência (irritabilidade ou apatia).

DEFINIÇÃO DE CASO

SÍNDROME GRIPAL – SG

Indivíduo que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em crianças com menos de 2 anos de idade, considera-se também como caso de síndrome gripal: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG

Indivíduo de qualquer idade, com síndrome gripal (conforme definição anterior) e que apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade: • Saturação de SpO₂ <95% em ar ambiente; • Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade; • Piora nas condições clínicas de doença de base; • Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente.

Ou

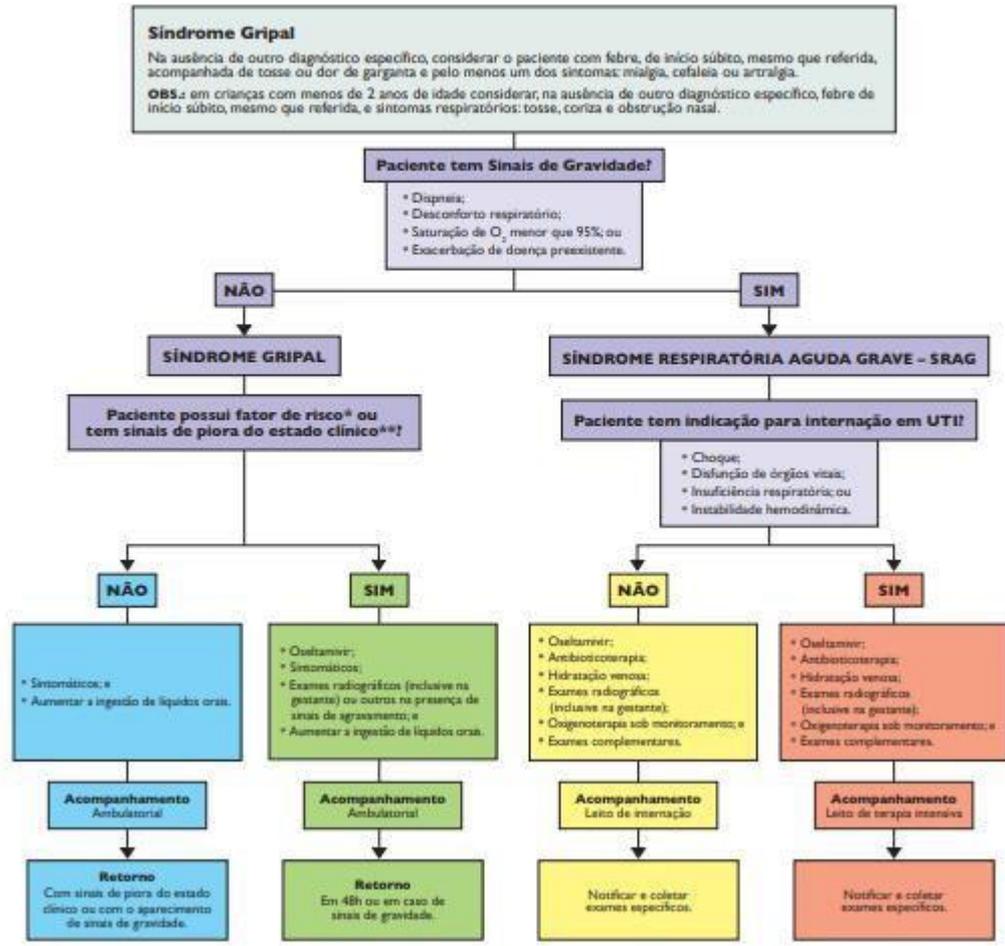
• Indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória aguda, durante período sazonal.

Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

O quadro clínico pode ou não ser acompanhado de alterações laboratoriais e radiológicas



Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave



* **Fatores de risco:** população indígena; gestantes; puérperas (até duas semanas após o parto); crianças < 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade); adultos (≥ 60 anos); pneumopatias (incluindo asma); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção congênita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, AVC ou doenças neuromusculares); imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/aids); nefropatias e hepatopatias; obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos); pacientes com tuberculose de todas as formas.

** **Sinais de piora do estado clínico:** persistência ou agravamento da febre por mais de três dias; miosite comprovada por CPK (≥ 2 a 3 vezes); alteração do sensorio; desidratação e, em crianças, exacerbação dos sintomas gastrointestinais.



GESTANTES E PUÉRPERAS - RECOMENDAÇÕES

Na consulta médica deve ser realizado o exame físico, incluindo ausculta e frequência respiratória, assim como os demais sinais vitais e a aferição da oximetria de pulso. **São considerados sinais de alarme em gestantes valores de frequência respiratória >20 rpm ou frequência cardíaca >100 bpm.**

Mesmo podendo representar manifestação fisiológica da gravidez, a queixa de dispneia deve ser valorizada na presença de síndrome gripal.

Em pacientes com sinais de agravamento, incluindo SpO₂, <95%, considerar o início imediato de oxigenoterapia, monitorização contínua e internação hospitalar.

Gestantes e puérperas, mesmo vacinadas, devem ser tratadas com antiviral, fosfato de oseltamivir (Tamiflu), na dose habitual para adultos, indicado na síndrome gripal independentemente de sinais de agravamento, visando à redução da morbimortalidade materna.

Devem ser tomadas precauções com o recém-nascido no puerpério (ver item que trata sobre o Manejo do Recém-Nascido, filho de mãe com influenza ou suspeita clínica).



MANEJO DO RN, FILHO DE MÃE COM *INFLUENZA* OU SUSPEITA CLÍNICA

Mãe com sintomas de influenza e RN clinicamente estável

- Manter, preferencialmente, o binômio em quarto privativo.
- Manter distância mínima do berço do RN e mãe de 1 metro.
 - Orientar a realizar etiqueta respiratória.
- Orientar a higienização das mãos imediatamente após tocar nariz, boca e sempre antes do cuidado com o RN.
 - Orientar o uso de máscara cirúrgica durante o cuidado e a amamentação do RN.
- Profissional de saúde ao atender a puérpera e RN deve seguir as orientações de precaução padrão e gotículas.
 - Caso a puérpera precise circular em áreas comuns do hospital, utilizar máscara cirúrgica.
- As precauções padrão e de gotículas devem ser continuadas por até sete dias do início da doença ou até 24h após a resolução da febre e sintomas respiratórios, o que for mais longo e enquanto a paciente estiver internada.



ESTRATÉGIAS PARA VACINAÇÃO

O município dispõe do Plano de Vacinação Contra a Covid-19 2021/2022, e segue as orientações propostas do Plano Nacional de Operacionalização de Vacinas contra a Covid-19 do Ministério da Saúde de 2022.

Propõe para campanhas estratégias e táticas para a vacinação, de acordo com as fases, os grupos prioritários e o cronograma estipulado pelo Ministério da Saúde. Com base nas orientações da Organização Pan-americana de Saúde propõe-se que os municípios organizem:

- Horários específicos para cada grupo de risco previamente identificado;
- Vacinação em locais em que estejam os grupos prioritários como nos locais de trabalho dos profissionais de saúde, instituições de longa permanência;
- Vacinação móvel, levando a vacina para unidades de atenção primária à saúde;
- Vacinação com demanda espontânea nas unidades de saúde e PNI com horários estendidos e
- Vacinação domiciliar.



CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

AMBIENTE HOSPITALAR

Precauções padrão

A implementação da precaução padrão constitui a principal medida de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde e deve ser adotada no cuidado de todos os pacientes, independentemente dos fatores de risco ou doença de base. A precaução padrão compreende:

- Higienização das mãos antes e após contato com o paciente.
- Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) – avental e luvas – ao contato com sangue e secreções.
- Uso de óculos e máscara, se houver risco de respingos.
- Fazer o descarte adequado de resíduos, segundo o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Acesse o documento no *link* <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-306-de-7-de-dezembro-de-2004>>.

Precauções para gotículas

Além da precaução padrão, devem ser implantadas as precauções para gotículas, que devem ser utilizadas para pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por *influenza*. As gotículas respiratórias que têm cerca de $>5 \mu\text{m}$ de tamanho, provocadas por tosse, espirro ou fala, não se propagam por mais de 1 metro da fonte e se relacionam à transmissão de contato da gotícula com mucosa ou conjuntiva da boca ou nariz de indivíduo susceptível. Recomenda-se:

- Uso de máscara cirúrgica ao entrar no quarto, a menos de 1 metro do paciente – substituí-la a cada contato com o paciente.
- Higienização das mãos antes e depois de cada contato com o paciente (água e sabão ou álcool gel).
- Uso de máscara cirúrgica no paciente durante transporte.
- Limitar procedimentos indutores de aerossóis.
- Uso de dispositivos de sucção fechados.
- Manter paciente, preferencialmente, em quarto privativo por sete dias após o início dos sintomas ou até por 24 horas após o desaparecimento da febre e sintomas respiratórios.
- Quando em enfermaria, respeitar a distância mínima de 1 metro entre os leitos durante o tratamento com fosfato de oseltamivir.

Situações em que haja geração de aerossóis

No caso de procedimentos que gerem aerossóis – partículas $< 5 \mu\text{m}$, que podem ficar suspensas no ar por longos períodos (exemplo: intubação, sucção), recomenda-se:

- Uso de EPI – avental e luvas, óculos e máscara [respirador] tipo N95, N99, PFF2 ou PFF3 pelo profissional de saúde durante o procedimento de assistência ao paciente.
- Manter paciente, preferencialmente, em quarto privativo.
- Uso de máscara (respirador) tipo N95, N99, PFF2 ou PFF3 pelo profissional de saúde ao entrar no quarto.
- Uso de máscara cirúrgica no paciente durante transporte.



Limpeza e desinfecção de superfícies

- Remoção de sujidades com água e sabão ou detergente.
- Limpeza com solução de hipoclorito de sódio em pisos e superfícies dos banheiros.
- Fricção de outras superfícies e objetos com álcool a 70%.
- Uso de EPI adequado.
- Fazer descarte adequado de resíduos, segundo o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Acesse o documento no *link* <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-306-de-7-de-dezembro-de-2004>>.





OUTRAS RECOMENDAÇÕES

- Diante de qualquer quadro gripal com suspeita de influenza a recomendação é o isolamento do caso por 7 dias a partir do início dos sintomas e pelo menos 24 horas sem febre;
- Diante de qualquer dúvida ou necessidade os doentes podem também entrar em contato com o Atende em Casa para buscar orientações de como proceder;
- Manter as medidas de higiene e não farmacológicas, seguindo essas regras de proteção de qualquer tipo de infecção respiratória, como a da Covid-19, que incluem: Manter a distância de 1 metro das outras pessoas;
- Evitar contato próximo a pessoas que apresentem sinais ou sintomas de SG e/ou SRAG;
- Frequente higienização das mãos com água e sabão e/ou usar álcool gel 70%, principalmente após tossir ou espirrar;
- Utilização correta das máscaras cobrindo a boca e o nariz;
- Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir, utilizar lenço descartável para higiene nasal e evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca;
- Não compartilhar utensílios de uso pessoal, como toalhas, copos, talheres e travesseiros; Evitar frequentar locais fechados ou com muitas pessoas - é preferível optar por espaços abertos, ventilados com janelas abertas e ventiladores (ar-condicionado deve ser evitado);
- O limite de pessoas é importante para evitar aglomeração e os banheiros devem contar somente com papel e sabão para secagem de mãos, sem as tradicionais toalhas.

NOTA TÉCNICA - SES - Núcleo de Vigilância e Resposta às Emergências em Saúde Pública - Nº 5/2021

Recife, 29 de dezembro de 2021

ASSUNTO: Atualização das diretrizes de vigilância da influenza em resposta a alteração do padrão da ocorrência de casos e surtos de influenza A (H3N2) no estado de Pernambuco – Possível circulação da Cepa Darwin.

NOTA TÉCNICA 05/2021

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):

Indivíduo internados OU óbito com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos); E

Que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

Os casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) devem ser notificados de forma imediata (até 24 horas) pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento, ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco (CIEVS-PE), no Notifica-PE, através do preenchimento de formulário eletrônico no endereço <https://www.cievspe.com/notifique-aqui>, clicando em SRAG – Notifique aqui! (Covid-19) e anexando a ficha de SRAG (SIVEP-Gripe) preenchida ao formulário eletrônico.

Além disso, os casos de SRAG hospitalizados e óbitos por SRAG independente de hospitalização, devem ser digitados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), pelas unidades hospitalares que já utilizam o sistema, por meio do endereço: <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/login.html?0>. Para aquelas unidades, públicas ou privadas, que não utilizam a digitação no SIVEP-Gripe deve ser realizada pela secretaria de saúde do município da ocorrência da internação.

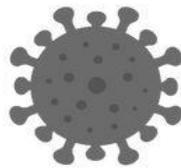


GOVERNO MUNICIPAL
CORTÊS
CONSTRUINDO UMA NOVA HISTÓRIA

Notifique aqui

Formulários eletrônicos para doenças de notificação compulsória imediata

A página *Notifique Aqui* disponibiliza formulários eletrônicos para a notificação de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) de acordo com a Portaria SES/PE Nº 390 de 2016 e a Portaria Nacional Nº 264 de 2020. Este espaço é destinado aos serviços de saúde (públicos e privados), profissionais de saúde, laboratórios e população.



Casos suspeitos de reinfeção pelo Sars-Cov-2



Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P).



CASOS DE SÍNDROME GRIPAL (VIGILÂNCIA EM UNIDADES SENTINELAS):

Indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos sete (7) dias.

Os casos de SG atendidos nas Unidades de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal devem seguir os fluxos já estabelecidos para a vigilância da influenza e outros vírus respiratórios, sendo notificados no SIVEP-Gripe e, também, no sistema e-SUS Notifica através do endereço <https://notifica.saude.gov.br>.

Para o estudo dos vírus circulantes, o Ministério da Saúde instituiu que devem ser coletadas amostras clínicas (nasofaringe) para realização de RT-PCR para influenza, pelo LACEN-PE, em todos os casos de SRAG internados e óbitos, além de 5 amostras semanais de cada unidade sentinela de síndrome gripal, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde.

As amostras coletadas para diagnóstico laboratorial da gripe, sobre as diretrizes supracitadas devem também seguir os Critérios de Recebimento para Amostras do LACEN PE. Para informações específicas de amostras para todos os diagnósticos executados pelo LACEN PE, consultar o "*Manual de Orientações, Acondicionamento e Transporte de Amostras - LACEN PE - 2ª Edição*", disponível no site do CIEVS PE

b) Vigilância de casos de influenza relacionados a surtos em instituições fechadas/restritas:

Para a investigação laboratorial de agregado de casos que atendem as definições gerais de síndrome gripal e habitam em instituições de longa permanência para idosos, creches, local de cumprimento de penas privativas de liberdade, enfim, em instituições fechadas/restritas, independente da quantidade de doentes no evento, orienta-se inicialmente a execução de exame diferencial do teste rápido de antígeno para Covid-19 nos pacientes sintomáticos. Diante de resultados negativos nessa primeira avaliação será necessário investigar laboratorialmente uma amostra de, no mínimo, três pacientes de cada instituição. A confirmação será considerada quando houver no mínimo um resultado positivo sendo todo o restante dos casos confirmados por vínculo epidemiológico. Esses casos devem ser notificados no módulo de surto do Sinan Net.

c) Vigilância integrada influenza x COVID-19:

Apesar de semelhantes clinicamente, fora das rotinas (SRAG e síndrome gripal em unidade sentinela) referidas nesse documento, as testagens para influenza e Covid-19 não seguem a mesma regra. Diferente da Covid-19, que se mantém como emergência de saúde pública de importância em nível mundial, não há necessidade da execução da investigação laboratorial para influenza de caso a caso (universal).

Os postos de coleta estabelecidos em pontos específicos devem manter a exclusividade da prioridade de testagem para Covid-19. Os pacientes sintomáticos com resultado negativo para SARS-COV2, então, serão

considerados como casos de influenza, não necessitando da validação laboratorial para esse diagnóstico.

NENHUM POSTO DE COLETA PARA COVID-19 MANTERÁ A AVALIAÇÃO DE INFLUENZA!

Exceções a essa regra, além situações previstas nessa nota, só podem ocorrer em eventos de interesse coletivo e de importância para a saúde pública, a partir de articulação entre as autoridades sanitárias locais, regionais de saúde e nível central do estado.

O manejo clínico do caso suspeito de influenza deve ser adotado, independente de resultado laboratorial específico para a doença.

3. TRATAMENTO INFLUENZA:

Em geral, no tratamento dos casos de gripe sem gravidade e nos pacientes que não estão nos grupos com indicação de uso de antivirais (detalhado a seguir), devem ser prescritos medicamentos sintomáticos, como analgésicos, antitérmicos, e medicações para alívio da tosse.

O tratamento com o antiviral, de maneira precoce, pode reduzir a gravidade e a duração dos sintomas, principalmente em pacientes com imunossupressão. O fosfato de Oseltamivir (Tamiflu®) é o principal medicamento de escolha para o tratamento de influenza. Tal indicação fundamenta-se no benefício que a terapêutica precoce (preferencialmente até 48h do início de sintomas podendo ser até o 5º dia) na redução da ocorrência de complicações da infecção por este vírus. É indicada tanto para pacientes internados como não-internados. Na verdade, sua indicação se dá para os pacientes com as seguintes condições e fatores de risco para complicações:

DROGA	FAIXA ETÁRIA	POSOLOGIA	
Oseltamivir	Adulto	75 mg, vo*, 12/12h, 5 dias	
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75 mg, vo, 12/12h, 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg por kg, vo, 12/12h, 5 dias
9 a 11 meses		3,5 mg por kg, vo, 12/12h, 5 dias	
Zanamivir	Adulto	10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias	
	Criança	≥ 7 anos 10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias	
Dose para tratamento em recém-nascidos – Tratamento durante cinco dias			
Oseltamivir	1 mg/kg/dose 12/12 horas – em prematuros		
	1 mg/kg/dose 12/12 horas de 37 a <38 semanas de idade gestacional		
	1,5 mg/kg/dose 12/12 horas de 38 a 40 semanas de idade gestacional		
	3 mg/kg/dose de 12/12 horas >40 semanas de idade gestacional		

11. Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica Nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), 30 jan 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência de Saúde Pública. Boletim Epidemiológico 02. Brasília. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Nº 01 Secretaria de Vigilância em Saúde SVS/MS-COE - Jan. 2020. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/28/BoletimepidemiologicoSVS-28jan20.pdf>

Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico COE nº02, fev.2020.

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/07/BOECoronavirusn020702.pdf>

NOTA TÉCNICA - SEVS - SES - Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde - Nº 26/2020

<https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/protocolos-covid-19/>

<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contra-covid-19.pdf>.

Cortês, 27 de fevereiro de 2022.

FLAVIANA MARQUES DE S MELO SAMPAIO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE