

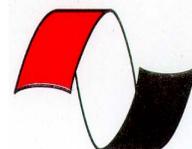


**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DOS INSTITUTOS DE PESQUISA - CIP  
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
"PROF. ALEXANDRE VRANJAC" – CVE  
DIVISÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

**e.mail: [dvhosp@saude.sp.gov.br](mailto:dvhosp@saude.sp.gov.br)**

**telefone: 3066-8261 e 3081-7526 FAX: 3082-9359 e 3082-9395**

**APECIH  
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO  
HOSPITALAR  
Telefone/Fax: (11) 3120-5676 e 239-8930. e-mail: [apecih@uol.com.br](mailto:apecih@uol.com.br)**



## **II FORUM CVE-APECIH DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

### **RELATÓRIO DE ATIVIDADES**

Dando continuidade aos trabalhos que vêm sendo desenvolvidos no Programa Estadual de Infecção Hospitalar, o Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" (CVE) em parceria com a Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH) promoveu em 09 e 10 de dezembro de 2004 o II FORUM CVE-APECIH DE INFECÇÃO HOSPITALAR.

Os objetivos gerais do II FORUM CVE-APECIH foram:

- aumentar o contato entre os representantes de órgãos governamentais de vigilância sanitária e epidemiológica e os praticantes do controle de infecção hospitalar;
- apresentar os resultados dos debates realizados no FORUM CVE-APECIH de 2003;
- apresentar as ações desenvolvidas em 2004 no Programa Estadual de Infecção Hospitalar;
- discutir aspectos relevantes para o desenvolvimento de políticas de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar no Estado de São Paulo.

A programação do II FORUM CVE-APECIH foi elaborada para permitir o alcance destes objetivos e foi baseada no desenvolvimento de trabalhos de discussão em grupos.

Este evento congregou 104 profissionais que atuam nas áreas de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária. A formação dos profissionais participantes foi: 58 enfermeiros, 39 médicos, 5 biólogos e 1 dentista. Os profissionais presentes procederam de 26 municípios do Estado:

- Araraquara
- Assis
- Barretos
- Bauru
- Botucatu
- Brasília
- Campinas
- Diadema
- Franca
- Franco da Rocha
- Mairiporã
- Marília
- Mogi das Cruzes
- Osasco
- Piracicaba
- Presidente Prudente
- Registro
- Ribeirão Preto
- S. J. Boa Vista
- S. J. Campos
- S. J. R. Preto

- Santo André
- Santos
- São Paulo
- Sorocaba
- Taubaté

Além da participação da diretoria da APECIH e dos órgãos centrais da Secretaria de Estado da Saúde (Centro de Vigilância Epidemiológica, Centro de Vigilância Sanitária e Instituto Adolfo Lutz), contamos com a representação de 21 entre as 24 Direções Regionais de Saúde. Este ano houve a participação de representantes das Vigilâncias do município de São Paulo, S. J. Rio Preto e Taubaté. As DIR representadas foram:

- DIR - II- Santo André
- DIR - III Mogi das Cruzes
- DIR - IV - Franco da Rocha
- DIR - V – Osasco
- DIR - VII - Araraquara
- DIR VIII - Assis
- DIR IX - Barretos
- DIR X - Bauru
- DIR XI - Botucatu
- DIR XII - Campinas
- DIR XIII - Franca
- DIR XIV - Marília
- DIR - XV - Piracicaba
- DIR XVII - Registro
- DIR XIX - Santos
- DIR XX - S. J. Boa Vista

- DIR XXI - S. J. dos Campos
- DIR - XXII - S.J. Rio Preto
- DIR - XXIII - Sorocaba
- DIR - XXIV - Taubaté

Participaram do FORUM CVE-APECIH 43 instituições hospitalares, muitas delas também vinculadas a instituições de ensino:

- CAISM - UNICAMP
- Casa de Saúde de Santos
- Centro de Referência do Idoso - São Miguel Paulista
- Faculdade de Medicina ABC
- Gerência Geral de Tecnologia em Serviços - GIPEA
- H. Beneficência Portuguesa de São Paulo
- H. Est. Dr. Odilo de Siqueira Pres. Prudente
- H. Municipal de S. J. dos Campos
- H. Nossa Senhora de Lourdes, São Paulo
- H. São Francisco Ribeirão Preto
- H. São Lucas / Universitário - Taubaté
- H. Sírio Libanês
- HC - UNICAMP
- HC de Ribeirão Preto
- HC FMUSP
- HC FMUSP Inst. da Criança
- Hospital Bandeirantes / H. Est. Diadema
- Hospital de Clínicas de Marília
- Hospital Estadual de Bauru
- Hospital Israelita Albert Einstein
- Hospital Maternidade Mairiporã
- Hospital Modelo - Sorocaba

- Hospital Vila Maria, SP
- Hospital do Câncer
- Hospital do Servidor Público Estadual
- Hospital Estadual N. C.
- Hospital Geral de Guainazes
- Hospital Geral de Taipas
- Hospital Nove de Julho
- Hospital Regional de São José dos Campos
- Hospital Regional Sul – São Paulo
- Hospital Sanatorinhos
- Hospital Santa Catarina
- Hospital São Luiz
- Hospital Universitário
- Hospital Vila Maria
- HSP/UNIFESP
- INCOR
- Maternidade Sinhá Junqueira de Ribeirão Preto
- Santa Casa de Misericórdia de Marília
- Santa Casa de Piracicaba
- Santa Casa de São Paulo
- Santa de Casa Misericórdia de Franca

#### **Desenvolvimento do Programa do FORUM CVE-APECIH 2004**

Na primeira parte do Programa, pudemos contar com a apresentação de temas de importância para o Controle de IH. As enfermeiras Mariusa Basso (APECIH) e Maria Clara Padoveze (CVE) apresentaram a consolidação dos debates elaborados no FORUM CVE-APECIH 2003. A seguir, a enfermeira Maria Clara Padoveze apresentou as atividades desenvolvidas pela Divisão de Infecção Hospitalar (DIH) no ano

de 2004, particularmente as ações referentes às propostas identificadas no FORUM CVE-APECIH 2003 e as ações de investigação de surto.

Na mesa de temas sobre importantes frentes na Epidemiologia Hospitalar, a Dra. Cláudia Mangini (APECIH) discorreu sobre os aspectos de Qualidade e suas interfaces com a infecção hospitalar, a importância do estabelecimento de metas e definição de estratégias de trabalho para atingi-las. A Dra. Iara Alves de Camargo (CVS) abordou sobre os riscos sanitários e em especial a questão da biossegurança no ambiente hospitalar. A Dra. Vera Simonsen (IAL) apresentou a estrutura organizacional do IAL e suas possíveis interfaces com a IH, tanto na área de referência de microbiologia quanto no apoio à investigação de surtos. A Dra. Ana Freitas (IIER) discorreu sobre o trabalho desenvolvido no IIER quanto às doenças de notificação compulsória.

### **Trabalhos em grupo**

Para os trabalhos em grupo, os pontos para discussão foram identificados previamente. Todos os grupos de discussão trabalharam com os temas previamente definidos e as respectivas atividades propostas.

Os grupos de trabalho foram constituídos com membros que atuam diretamente no Controle de Infecção Hospitalar nas instituições de saúde e com membros das Vigilâncias Sanitárias e Epidemiológicas. O número de participantes em cada grupo foi de aproximadamente 15 profissionais, com um Coordenador e um Relator. Os relatórios das Oficinas foram apresentados na tarde do último dia, com debate em plenária. Os relatores reuniram-se ao final de cada bloco de discussão para elaborar um relatório final.

## **1. TEMA I – MODELO DE IMPLEMENTAÇÃO DE IH**

### **1.1. Objetivo**

Definir modelos de implementação das ações de controle de infecções hospitalares, para que as ações sejam efetivas, compatíveis com a realidade brasileira, com o porte e a complexidade dos hospitais e passíveis de ampliação para todos os serviços de saúde, de acordo com os riscos.

## **1.2. Atividade Proposta**

O tema proposto para o debate foi baseado na atual legislação sobre os Programas de Controle de Infecção Hospitalar e a definição de competências. Os temas debatidos foram:

**a)** No Fórum de Salvador, no grupo de trabalho sobre “*Implementação das Ações de Controle de IH*”, a primeira questão colocada foi: Seria necessário manter em modelo reestruturado, a figura da CCIH ou bastaria o Serviço de Controle uma vez que a CCIH em grande parte constitui fachada e o Serviço de fato inexistente. Quais são as propostas nesta direção? **b)** Respondida esta questão e independentemente da resposta, como se viabilizaria um programa efetivo de CIH em hospitais, conduzindo o trabalho na linha da Lei vigente (Portaria 2616), no item Competências da CCIH (ou tão somente SCIH) diz-se que há que se “elaborar, implementar, manter e avaliar um programa de controle de infecção hospitalar adequado às características e necessidades da instituição”.

Através da reflexão sobre os dois cenários, como exemplo, propôs-se pensar um modo de equacionar um programa mínimo, com seleção de prioridades e alocando recursos humanos necessários. Entende-se como Programa Mínimo de Controle de Infecção Hospitalar, os elementos que a CCIH/SCIH deve incluir em sua programação de atividades e necessariamente executar para reduzir a ocorrência destas infecções. Estes cenários propostos para discussão de um programa mínimo foram:

- Pequenos hospitais gerais (menos de 50 leitos) os quais constituem cerca de 50% dos hospitais constantes no censo de Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS) do Estado de São Paulo
- Hospitais de médio porte, com 150 a 250 leitos como as Santas-casas e muitos hospitais municipais.

### **1.3. Resultados das discussões em grupo**

A necessidade de CCIH não foi consenso. Os grupos 1,2,3,5,6 e 7 apresentaram propostas a favor da estrutura de CCIH (alguns com limitações) e os Grupos 4 e 8 apresentaram propostas contra a estrutura de CCIH. Para hospitais de pequeno porte, também não houve consenso, pois alguns grupos acreditam que para estes hospitais a CCIH é muito importante, enquanto outros grupos pensam exatamente o contrário.

Os argumentos a favor da estrutura de CCIH foram:

- A CCIH representa um grupo de "experts" que contribui tecnicamente com o programa;
- A CCIH representa um suporte político para as decisões e normativas elaboradas;
- A CCIH valida o trabalho do SCIH, pois permite a discussão dos diversos segmentos do hospital quanto as medidas e recomendações adotadas;
- A estrutura da CCIH permite que as medidas e recomendações adotadas não sejam vistas pela comunidade como “personalizadas” pelo profissional de SCIH, pois todo o grupo estará ratificando as ações.

Os argumentos contra a estrutura de CCIH foram:

- O SCIH perde o poder porque a necessidade das decisões serem ratificadas pelo CCIH burocratiza o sistema;

- A CCIH engessa as ações do SCIH, pois depende de reuniões em grupo que demoram para ocorrer enquanto as ações do SCIH podem ser mais dinâmicas.

O consenso mínimo neste sentido foi de que, qualquer que seja a estrutura montada, é fundamental a definição de competências e responsabilidades e atividades mínimas a serem desenvolvidas. Sendo assim, há necessidade de ampliar a discussão sobre a obrigatoriedade ou não de que a estrutura formal do Controle de Infecção contemple o modelo "SCIH + CCIH". Para que esta discussão seja apropriada, a complexidade do hospital deve ser considerada como elemento básico para elaboração de propostas.

Foi considerado como consenso que a complexidade do hospital não deve ser exclusivamente definida pelo número de leitos, mas envolve outros critérios como: a caracterização do paciente, o tipo de procedimento realizado e outros elementos que melhor definam esta complexidade.

Como sugestão consensual, indicou-se que as ações governamentais devam contemplar o que foi denominado como “cesta básica”, expressão para definir um conjunto de exigências governamentais que possam garantir um mínimo de componentes hierarquizados de acordo com a complexidade da instituição. Alguns exemplos de componentes desta "cesta básica" foram apontados: elementos essenciais para higiene das mãos, utilização de produtos registrados, etc.

Entre as atribuições no controle de IH foi consenso de que a *política de antimicrobianos* deve ser definida pela SCIH/CCIH, porém não foi consenso de que a *execução do controle de antimicrobianos* deva ser atribuição da SCIH/CCIH. Os participantes apontaram como consenso a política de germicidas e participação na seleção de materiais e soluções é uma atribuição da SCIH/CCIH, mas no sentido normativo e não na operacionalização da atividade.

Foi discussão consensual que para os pequenos hospitais a SCIH/CCIH deve realizar a educação continuada, porém nos grandes hospitais a SCIH/CCIH apenas deve colaborar na educação continuada, pois o hospital deve ter um serviço de educação continuada própria, que atue também na educação em outras áreas de interesse da instituição.

Não houve consenso quanto à atribuição do papel das SCIH/CCIH na notificação de Doenças de Notificação Compulsória (DNC). Alguns grupos consideraram que a notificação de DNC desvia a SCIH/CCIH do seu papel principal, outros não consideraram que seja um problema executar a notificação de DNC. Não houve consenso entre os debatedores de que esta atividade possa vir a ser executada pelo médico assistente, pois falhas neste sistema acarretam sérias perdas na informação epidemiológica e o profissional que está na assistência direta nem sempre está atento à notificação das DNC. Sendo assim, a discussão deste papel deve avançar, levando em conta a definição de responsabilidades, mas de modo a não permitir o colapso do atual sistema de comunicação, que é baseado no trabalho das CCIH/SCIH nas instituições que não dispõem de NVE.

Foi consenso entre os grupos que a SCIH/CCIH deve incorporar em suas atribuições a realização de investigação de surtos e a notificação de surtos associados a produtos médicos. Foram apontados como temas para maiores discussões como fazer a notificação de surtos da comunidade que forem identificados no hospital e surtos não associados a produtos médicos, como, por exemplo, surtos de bactérias MR.

A elaboração de normas necessárias à prevenção e controle das IH foi considerada por todos os participantes como uma atribuição clara da SCIH/CCIH, contudo a lista de normas a serem elaboradas pode variar de acordo com a complexidade do hospital. Na questão dos recursos humanos, houve consenso de que hospitais pequenos não necessariamente devem ter profissionais exclusivos para atuar no SCIH, desde que possam comprovar que executam o que foi denominado de

“cesta básica” para a prevenção e controle de IH. O profissional especializado é desejável, porém não deve ser obrigatório. Concluiu-se também que para a legislação, a definições de carga horária *a priori* é arbitrária, pois pode ser excessiva ou pequena, visto que o volume e demanda de trabalho dependem de uma série de fatores que podem variar entre as instituições, particularmente no que tange à complexidade.

Para a vistoria da Vigilância Sanitária, o grupo concluiu que a apresentação de documentos como “ata de reunião” pode ser desejável, mas não obrigatório.

## **2. TEMA II - LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA E AS INFECÇÕES HOSPITALARES**

### **2.1. Objetivo**

Discutir propostas de melhorias no apoio microbiológico para o controle das infecções hospitalares.

### **2.2. Atividades propostas**

As questões seguintes foram debatidas pelos participantes:

1. Qual a estratégia mais objetiva para atingir a necessária capacitação de recursos humanos no laboratório de microbiologia, a curto, médio e longo prazo?
2. Quais as expectativas do Controle de Infecção Hospitalar quanto à participação dos laboratórios de referência?
3. Quais seriam as estratégias para melhoria do apoio de microbiologia clínica para o controle de infecção hospitalar?
4. Quais seriam as estratégias para melhoria da integração entre o laboratório de microbiologia clínica e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, no hospital?

5. Discutir propostas para o desenvolvimento de Programas de Controle de Qualidade em laboratórios de microbiologia, com foco nas ações governamentais.

### **2.3. Resultados das discussões**

As estratégias sugeridas para atender a questão da capacitação de recursos humanos foram:

#### A curto prazo:

- elaborar diagnóstico situacional;
- definir níveis de competência (quem será treinador e quem será treinado);
- definir a utilização de laboratórios de referência (LACENS + outros) ;
- elaborar documentos técnicos.

#### A médio prazo:

- estabelecer parcerias com o IAL e pólos de referência, como as Universidades;
- elaborar cursos à distância;
- estabelecer programas de treinamento, obedecendo a critérios como o já conhecido TBVE (Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica);
- Buscar financiamento para as ações de capacitação;
- Utilizar dados do estudo da ANVISA sobre o laboratório de microbiologia.

#### A longo prazo:

- Melhorar a formação curricular de novos profissionais;
- Estabelecer sistemas de avaliação da qualidade dos laboratórios.

Os grupos expressaram a expectativa de aumentar a agilidade dos laudos microbiológicos por parte dos laboratórios de referência e que ocorra um maior estreitamento das parcerias. Outras expectativas quanto aos laboratórios de referência foram:

- exercer o papel de assessoria técnica,
- participar na formação das comissões regionais de controle de IH,
- participar na investigação de surtos atuando como suporte de microbiologia,
- estruturar a criação de banco de cepas de interesse para o controle de IH,
- participar nos programas de qualidade externa.

De acordo com as discussões dos grupos, o microbiologista deve participar ativamente na CCIH, facilitar a comunicação com corpo clínico e participar na elaboração da política de culturas de vigilância na instituição. Além disto, o microbiologista deve contribuir favorecendo a interpretação crítica dos resultados, com análise e fornecimento de perfil de espécies bacterianas de resistência e melhorar a agilidade no retorno de exames críticos (como por exemplo, BAAR em tempo < 2h).

Discutiu-se ainda a necessidade de levar a Secretaria de Assistência a Saúde (SAS) a importância de rever a tabela SUS de modo a tornar viável a execução de exames microbiológicos com qualidade.

Outro ponto sugerido como tema para discussões futuras é a quanto à automação no laboratório de microbiologia, suas implicações técnicas e econômicas.

Como propostas para as ações governamentais, foram apontadas a implantação de programas de validação dos laboratórios e a criação de portarias para definição de critérios para certificação de práticas mínimas e padrões de qualidade (este último tópico não foi consensual entre os grupos que debateram o assunto).

### **3. TEMA III - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS IH**

#### **3.1. Objetivo**

Discutir aspectos legais e instrumentos de avaliação dos programas de vigilância epidemiológica

### **3.2. Atividades propostas**

As questões seguintes foram debatidas pelos participantes:

1. O hospital deve comprovar que realiza vigilância epidemiológica por busca ativa de casos?
2. Como o hospital deve comprovar que adota medidas de controle de Infecção Hospitalar, baseadas nos dados obtidos através da vigilância epidemiológica?
3. A legislação deve contemplar os aspectos técnicos do controle de Infecção Hospitalar?
4. Qual a estrutura mínima (física e de recursos humanos) que deve ser exigida para a implementação de programas de vigilância ativa?
5. A legislação deve definir estes requisitos mínimos de estrutura física e recursos humanos?
6. Quais são os estímulos que poderiam ser oferecidos pelos gestores para a efetiva implementação do programa de vigilância das Infecções Hospitalares nos serviços de saúde?

### **3.3. Resultados das discussões em grupo**

O consenso entre os participantes foi de que a questão da vigilância epidemiológica é altamente dependente da complexidade da instituição, sendo mais importante considerar a vigilância epidemiológica no contexto da avaliação da qualidade do atendimento. Nos casos em que a instituição não realiza vigilância epidemiológica, por não ser aplicável em função de complexidade mínima, é fundamental que a CCIH/SCIH faça registro de todas as ações implementadas com vistas à prevenção das IH.

No que se refere aos indicadores de resultado, quais itens vigiar pode ser uma decisão interna dos hospitais em consonância com os municípios, através de pactuação, esta definição de indicadores

necessariamente tem que possuir um respaldo técnico, para que a vigilância não seja meramente um instrumento para atender a burocracias.

A busca ativa de casos pode ser comprovada através de relatórios de avaliação dos dados e das normas e rotinas que foram adotadas baseadas nos resultados de vigilância.

Foi consenso dos grupos quanto à importância dos sistemas de vigilância como instrumentos para melhoria da assistência e medidas baseadas em vigilância epidemiológica pressupõe a elaboração de protocolos assistenciais específicos, devolução de taxas para os profissionais, ajuste de estrutura e processos, elaboração de planos de ação, comprovação de treinamento direcionado, reavaliação de indicadores propostos, documentação de pré e pós-intervenção e diagnóstico e investigação de surto (quando necessário). Idealmente, a CCIH/SCIH deve elaborar um balanço anual e o sistema de vigilância deve caracterizar-se como instrumento para medições do Programa de Controle de Infecções.

Quanto à legislação foi consenso absoluto de que a lei não deve incluir aspectos técnicos, mas sim remeter a outros documentos, os quais serão mais dinâmicos do que a legislação, que geralmente é morosa e tende a desatualização.

Propõe-se que a legislação deve definir *o que fazer* e não *como fazer*. Propõe-se também que exista um Comitê Técnico assegurando que as normalizações possuam critérios técnicos atualizados.

No que se refere aos recursos materiais para o trabalho das CCIH/SCIH, os grupos de discussão consideraram que a lei pode ajudar a garantir conquistas obtidas pelos profissionais, podendo ser instrumentos auxiliares para que os serviços consigam obter junto às administrações hospitalares algumas condições mínimas de trabalho, como área compatível com o número de pessoas que trabalham, mobiliário e equipamento adequado, local próprio para arquivo de documentos, computadores e impressoras, mesmo que compartilhados com áreas afins.

Propôs-se também que neste aspecto, seja montado um Grupo de Estudo para definir os requisitos de acordo com a complexidade, apontando os requisitos mínimos e os desejáveis e apresenta-lo aos órgãos governamentais, bem como elaborar documentos para levar em discussão nos fóruns de caráter nacional.

Quanto aos recursos humanos específicos para vigilância epidemiológica, foi consensual a importância de se ter o médico e enfermeiro nas CCIH/SCIH. Quanto à participação do profissional de nível médio (técnico de enfermagem) para a vigilância não houve consenso, visto que é impossível isolar a atividade de vigilância das demais tarefas no Controle de IH. Propôs-se que a legislação permita que os recursos humanos da CCIH/SCIH possam ser compartilhados com atividades afins e que para os hospitais de menor complexidade não haja exigência de profissionais exclusivos obrigatoriamente.

Propôs-se que os gestores governamentais utilizem recursos para estimular a qualidade das ações no Controle de IH, sendo alguns deles: recurso financeiro suplementar para Programas que apresentem alto grau de qualificação (ex.: estímulo financeiro de acordo com selo de qualidade; alocação de recursos à semelhança do NVE e hospitais sentinelas, destinação de recursos específicos para projetos pré-aprovados), programas de certificação de boas práticas hospitalares, promoção de reuniões com gestores hospitalares a fim de estimular o apoio para as ações dos profissionais do controle de infecção; promoção de programas de capacitação de recursos humanos; fornecimento de documentos técnicos em língua português; estimular a participação das CCIH/SCIH nos órgãos deliberativos das instituições; ampliar a projeção na mídia dos benefícios do trabalho das CCIH.

### **Avaliação do evento pelos participantes**

Uma avaliação escrita foi solicitada aos participantes, utilizando um formulário próprio. Entregaram suas avaliações escritas 56

participantes do evento. Dentre estes, 96% consideraram que o FORUM CVE-APECIH 2004 atingiu os objetivos definidos. Noventa e três por cento dos respondentes concordam que o modelo de convite para participação no FORUM foi adequado (50% de profissionais indicados pelo CVE e 50% de profissionais indicados pela APECIH). Entre os respondentes, 100% afirmaram que o FORUM CVE-APECIH deve ocorrer novamente em 2005 e o 39% consideraram que o mês de Novembro é o período ideal.

### **Conclusão**

O FORUM CVE-APECIH 2004 deve beneficiar a consolidação de um Programa Estadual de Infecção Hospitalar, apontando importantes diretrizes para ações governamentais, bem como identificando aspectos essenciais que requerem maiores debates não apenas no cenário Estadual, como em todo o país.

São Paulo, abril de 2005.

Maria Clara Padoveze

Diretora Técnica da Divisão de Infecção Hospitalar – Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”.

Mariusia Basso

Presidente da APECIH

Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza

Respondendo pelo Expediente da Coordenadoria de Controle de Doenças