



COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA ÀS DOENÇAS E AGRAVOS

NOTA TÉCNICA Nº01

MENINGITE

Assunto: Orientar às unidades de saúde para intensificar a vigilância dos casos suspeitos de doença meningocócica no município de Cuiabá.

As meningites, entre elas as meningocócicas e bacterianas são as de maior ocorrência e letalidade, representam um importante desafio para a saúde pública, tendo em vista a expressiva morbimortalidade e sequelas, principalmente nos países em desenvolvimento.

De acordo com a portaria de consolidação nº 4 de setembro de 2017, a meningite consta na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, portanto é de responsabilidade do serviço de saúde, notificar todo caso suspeito às autoridades municipais de saúde, que por sua vez devem providenciar imediata investigação epidemiológica e avaliar a necessidade de adoção das medidas de controle pertinentes. Todos os profissionais de saúde, sejam de instituições públicas ou privadas, são responsáveis pela notificação e os núcleos hospitalares de epidemiologia são fundamentais para as ações da vigilância epidemiológica. Os casos suspeitos devem ser notificados imediatamente após a suspeita via telefone, e depois deve preencher a ficha de investigação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

Para o correto manejo clínico do paciente e a adoção das medidas de controle é necessário distinguir as meningites bacterianas das meningites virais.

Meningite é a inflamação das membranas que revestem o encéfalo e a medula espinhal, conhecidas coletivamente como meninges. A meningite pode por em risco a vida por isso essa condição é classificada como uma emergência médica. É considerada uma doença endêmica em todo país e diante disto é esperada a ocorrência de casos durante todo ano.

As meningites são geralmente causadas por infecções por vírus, bactérias ou outros microrganismos, como fungos e parasitas, embora também possa ter etiologia não infecciosa. A maioria dos casos é devida à infecção bacteriana ou viral, sendo as demais causas menos frequentes. O conhecimento da etiologia da meningite é fundamental para o tratamento adequado.



COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA ÀS DOENÇAS E AGRAVOS
Quadro 1 - Principais agentes etiológicos de meningite

Bactérias	Vírus	Outros
<i>Neisseria meningitidis</i>	RNA Vírus	Fungos
<i>Haemophilus influenza</i>	Enterovírus	<i>Cryptococcus neoformans</i>
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Arbovírus	<i>Candida albicans</i> e <i>C. tropicalis</i>
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Vírus do sarampo	Protozoários
<i>Staphylococcus aureus</i>	Vírus da caxumba	<i>Toxoplasma gondii</i>
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	Arenavírus: coriomeningite linfocitária	<i>Trypanosoma cruzi</i>
<i>Escherichia coli</i>	HIV 1	<i>Plasmodium sp</i>
<i>Klebsiella sp</i>	DNA vírus	Helmintos
<i>Enterobacter sp</i>	Adenovírus	Infecção larvária da <i>Taenia solium</i>
<i>Salmonella sp</i>	Vírus do grupo Herpes	<i>Cysticercus cellulosae</i> (cisticercose)
<i>Proteus sp</i>	Varicela zoster	
<i>Listeria monocytogenes</i>	Epstein Barr	
<i>Leptospira sp</i>	Citomegalovírus	

As meningites bacterianas são mais graves e devem ser tratadas imediatamente. Os principais agentes causadores da doença são as **bactérias meningococos, pneumococos e haemóphilus**, transmitidas pelas vias respiratórias ou associadas a quadros infecciosos de ouvido.

Quadro 2 - Tipos de Meningites e Aspectos Laboratoriais e Sinais e Sintomas

Tipos de Meningite	Aspectos Laboratoriais	Sinais e Sintomas
Meningite Bacteriana	1. Glicose – baixa 2. Leucócitos – > de 500 3. Liquor – turvo ou purulento 4. Predomínio de Neutrófilos (polimorfonucleares) sobre os diferenciais (mononucleares – eosinófilos., linfocitos., Monócitos) Diferenciais tem que somar 100% <input type="checkbox"/> Tem evidência laboratorial de: Cultura, CIEF e Látex	Febre alta , mal-estar, vômitos s/náuseas, cefaléia , dor forte no pescoço, dificuldade para encostar o queixo no peito (rigidez de nuca) , dor muscular/articular, dificuldade respiratória, letargia, alterações do estado mental, recusa alimentar, sensibilidade à luz (fotofobia), manchas vermelho-escuras ou roxas na pele. Podem ocorrer também: Fontanelas (moleiras) protuberantes (crianças até 9 meses), perda de consciência e postura

COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA ÀS DOENÇAS E AGRAVOS

		incomum com a cabeça e o pescoço arqueados para trás.
Meningite Meningocócica	Tem evidência laboratorial (Cultura, CIEF e Látex: Neisseria meningitidis – tem que vir sorogrupado Bacterioscopia: Diplococos Gram Negativo)	Cefaléia, febre, rigidez de nuca , vômitos, Convulsão, coma, irritabilidade (crianças), abaulamento de fontanela (crianças até 9 meses)
Meningite Meningocócica com Meningococcemia	Tem evidência laboratorial (Cultura, CIEF e Látex: Neisseria meningitidis – tem que vir sorogrupado Bacterioscopia: Diplococos Gram Negativo)	Além dos sinais e sintomas de meningite, apresenta PETÉQUIAS ou SUFUSÕES HEMORRÁGICAS
Meningococcemia	Tem evidência laboratorial (Cultura, CIEF e Látex: Neisseria meningitidis – tem que vir sorogrupado Bacterioscopia: Diplococos Gram Negativo Geralmente o LCR não apresenta alteração. É indispensável a coleta de sangue para realizar análise do SORO)	Não tem sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca) _ TEM PETÉQUIAS _ Prostração rápida _ Estado grave
Meningites Virais	LCR límpido, predomínio de linfócitos (mononucleares), glicose e ptn normais ou discretamente aumentados * lembrar de perguntar sobre infecções virais no passado recente. (dengue, caxumba, varicela, etc)	Cefaléia, febre, rigidez de nuca , vômitos, Convulsão, coma, irritabilidade (crianças), abaulamento de fontanela (crianças até 9 meses), um pouco de rigidez da nuca, inapetência e irritabilidade

Fonte: Nota Técnica nº 005/2010/SVS/SES/MT, datada de 27/09/2010.

COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA ÀS DOENÇAS E AGRAVOS

As bactérias são, sem dúvida, os agentes etiológicos mais importantes na meningite. Diversas espécies bacterianas têm capacidade de invadir a barreira hematoencefálica, sendo que as mais importantes são:

- ❖ *Neisseria meningitidis*: também conhecido como meningococo, esse coco Gram negativo causa meningites em todas as idades. É conhecido por ocasionar infecções em surtos, ou seja, grande frequência de infecções numa comunidade num curto espaço de tempo. Afeta comumente prisioneiros, recrutas militares e têm causado surtos entre os fiéis muçulmanos em sua peregrinação anual a Meca. Existem várias cepas imunológicas distintas do meningococo, porém os grupos A, B e C são os mais importantes;
- ❖ *Haemophilus influenzae*: um bacilo Gram negativo responsável pela maioria das meningites em lactentes com 1 mês a dois anos de idade. Era o maior causador da meningite antes da instalação de programas de vacinação, que foram muito eficientes em reduzir esses casos;
- ❖ *Streptococcus pneumoniae*: um coco Gram-positivo, com diversos sorotipos, alguns podem causar pneumonias e outros meningite, em pacientes de todas as idades, principalmente crianças, idosos e imunodeprimidos;
- ❖ *Streptococcus beta-hemolíticos do grupo B*: um grupo de cocos Gram positivos que, geralmente, causa meningite em recém-nascidos (crianças com menos de um mês de idade);
- ❖ *Listeria monocytogenes*: bacilo Gram positivo que causa meningite geralmente em idosos, portadores do HIV, transplantados, pacientes com câncer e outros imunossuprimidos, podendo também afetar crianças pequenas;

Agentes etiológicos menos comuns incluem: *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* e *Klebsiella SP*;

Os vírus que podem causar meningite incluem enterovírus, vírus do herpes simplex tipo 2 (menos comumente tipo 1), vírus varicela zoster (conhecido por causar a varicela e herpes zoster), vírus da caxumba, HIV, citomegalovírus, entre outros.

COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA ÀS DOENÇAS E AGRAVOS

Uma causa parasitária de meningite geralmente é presumida quando há predomínio de eosinófilos no líquido e ocorre em indivíduos imunossuprimidos. Os parasitas implicados mais comumente são *Angiostrongylus cantonensis* e *Gnathostoma spinigerum*. Tuberculose, sífilis, criptococose e coccidiodomicose também podem ser causas de meningite, embora mais raras.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO E TRANSMISSIBILIDADE

O Período de transmissibilidade é variável, dependendo do agente infeccioso e da instituição do diagnóstico e tratamento precoces. Algumas meningites bacterianas tem maior importância epidemiológica por sua maior contagiosidade.

Em geral a transmissão dos agentes bacterianos é de pessoa a pessoa, através das vias respiratórias, por gotículas e secreções da nasofaringe, havendo necessidade de contato íntimo (residentes da mesma casa, colega de dormitório ou alojamento) ou contato direto com as secreções respiratórias do paciente. Nestes casos, o período de Incubação em geral, é de 2 a 10 dias, em média de 3 a 4 dias. Pode haver alguma variação em função da bactéria responsável.

No caso de doenças meningocócicas, a transmissibilidade persiste até que o meningococo desapareça da nasofaringe. Em geral, isso ocorre após 24 horas de antibioticoterapia. Aproximadamente 10% da população podem apresentar como portadores assintomáticos do meningococo, isto é, não apresentam sintomas, mas podem transmitir a doença.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Principais exames laboratoriais coletados e realizados para diagnóstico das meningites no Líquor, sangue e raspado de lesão:

- **Bacterioscopia**

A coloração do LCR pela técnica de Gram permite, ainda que com baixo grau de especificidade, caracterizar morfológica e tintorialmente as bactérias presentes. Pode ser realizada a partir do líquido e outros fluidos corpóreos normalmente estéreis e raspagem de petéquias. (Responsabilidade do nível local/município).

- **Quimiocitológico**

COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA ÀS DOENÇAS E AGRAVOS

Compreende o estudo da celularidade, permite a contagem e o diferencial das células e as dosagens de glicose e proteínas do LCR. Traduz a intensidade do processo infeccioso e orienta a suspeita clínica, mas não deve ser utilizado para conclusão do diagnóstico final, por seu baixo grau de especificidade. (Responsabilidade do nível local/município).

- **Cultura**

Tanto para o LCR quanto para o sangue, é um exame de alto grau de especificidade. Seu objetivo é identificar a espécie da bactéria bem como os sorogrupos ou sorotipos. (Responsabilidade do nível local/município e estado)

- **Aglutinação pelo látex**

Permitem, por técnica de aglutinação rápida (em lâmina ou placa), detectar o antígeno bacteriano em líquido, soro e outros fluidos biológicos. (Responsabilidade do nível estadual)

- **Reação em cadeia da polimerase (PCR)**

A detecção do DNA bacteriano pode ser obtida por amplificação da cadeia de DNA pela enzima polimerase, que permite a identificação do agente utilizando oligonucleotídeos específicos. (Responsabilidade do nível estadual e nacional)

Os exames realizados pelos **LACEN** são: cultura, antibiograma, látex, bacterioscopia e PCR. Nenhum dos exames citados substitui a cultura de líquido e/ou sangue.

Observações: Estes exames são realizados a partir da notificação do caso a vigilância epidemiológica. Todo material coletado deve ser devidamente identificado e acompanhado da cópia da Ficha de Investigação de Meningite. O perfeito acondicionamento, para remessa de amostras, é de fundamental importância para o êxito dos procedimentos laboratoriais.

TRATAMENTO

A antibioticoterapia deve ser instituída o mais precocemente possível, de preferência, logo após a punção lombar e a coleta de sangue para hemocultura. A reposição de líquidos deve ser associada ao antibiótico e a cuidadosa assistência.

Após a avaliação médica e a análise preliminar de amostras clínicas do paciente, o mesmo ficará internado e o tratamento será realizado de acordo com a

COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA ÀS DOENÇAS E AGRAVOS

etiologia identificada. Os pacientes com meningites virais recebem apenas tratamento de suporte.

As meningites bacterianas, fúngica e parasitárias são tratadas com medicamentos específicos. Na suspeita de etiologia bacteriana, o uso empírico de antibióticos (tratamento sem diagnóstico exato) deve ser iniciado imediatamente, antes mesmo que os resultados da punção lombar e o exame do líquido cefalorraquidiano sejam conhecidos. A escolha desse tratamento inicial depende muito do tipo de bactéria que se suspeita, baseado na clínica (sintomas e exame físico) do paciente, faixa etária e epidemiologia de cada caso.

Quadro 3 – Recomendação de Antibioticoterapia para Casos de Doença Meningocócica

Indivíduo	Antibióticos	Dose (endovenosa)	Intervalo	Duração
Crianças	Penicilina	200.000-400.000UI/kg/dia	4/4 horas	5 a 7 dias
	Ampicilina ou	200-300mg/kg/dia	6/6 horas	
	Ceftriaxone	100mg/kg/dia	12/12 horas	
Adultos	Ceftriaxone	2g	12/12 horas	7 dias

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Dose preconizada dos antibacterianos em lactentes com menos de 2 meses de idade com meningite bacteriana.

Antibiótico	Idade	Dose diária (endovenosa)	Intervalo (horas)
Ampicilina	≤7 dias (peso <2.000g)	100mg/kg/dia	12 em 12
	≤7 dias (peso >2.000g)	150mg/kg/dia	8 em 8
	>7 dias (peso <2.000g)	150 a 200mg/kg/dia	8 em 8
	>7 dias (peso >2.000g)	200 a 300mg/kg/dia	6 em 6
Penicilina cristalina	≤7 dias (peso <2.000g)	100.000UI/kg/dia	12 em 12
	≤7 dias (peso >2.000g)	150.000UI/kg/dia	8 em 8
	>7 dias (peso <2.000g)	150.000UI/kg/dia	8 em 8
	>7 dias (peso >2.000g)	200.000UI/kg/dia	6 em 6
Cefotaxima	≤7 dias	100 a 150mg/kg/dia	12 em 12
	>7 dias	200mg/kg/dia	6 em 6
Amicacina	≤7 dias (peso <2.000g)	15mg/kg/dia	12 em 12
	≤7 dias (peso >2.000g)	20mg/kg/dia	12 em 12
	>7 dias	30mg/kg/dia	8 em 8
Gentamicina	≤7 dias (peso <2.000g)	5mg/kg/dia	12 em 12
	≤7 dias (peso >2.000g)	7,5mg/kg/dia	12 em 12
	>7 dias	7,5mg/kg/dia	8 em 8

COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA ÀS DOENÇAS E AGRAVOS
Terapia antibiótica para crianças com mais de 2 meses de idade com meningite bacteriana

Agente etiológico	Antibiótico	Dose diária (endovenosa)	Intervalo (horas)	Duração (dias)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>				
Sensível à penicilina	Penicilina G ou	200.000 a 400.000UI/kg/dia	4 em 4	10 a 14
	Ampicilina	200 a 300mg/kg/dia	6 em 6	
Resistência intermediária à penicilina	Ceftriaxona ou	100mg/kg/dia	12 em 12	
	Cefotaxima	200mg/kg/dia	6 em 6	
Resistente à penicilina e sensível à cefalosporina de 3ª geração	Ceftriaxona ou	100mg/kg/dia	12 em 12	
	Cefotaxima	200mg/kg/dia	6 em 6	
Resistente à penicilina e à cefalosporina de 3ª geração e sensível à rifampicina	Vancomicina + cefalosporina de 3ª geração + rifampicina	60mg/kg/dia	6 em 6	
		100mg/kg/dia	12 em 12	
		20mg/kg/dia	12 em 12	
<i>Haemophilus influenzae</i>	Ceftriaxona ou	100mg/kg/dia	12 em 12	7 a 10
	Cefotaxima	200 mg/kg/dia	6 em 6	
Outros bacilos gram-negativos (Escherichia coli, Klebsiella sp)	Ceftriaxona ou	100mg/kg/dia	12 em 12	21
	Cefotaxima	200mg/kg/dia	6 em 6	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ceftazidima	150 a 200mg/kg/dia	8 em 8	21
<i>Listeria monocytogenes</i>	Ampicilina +	30mg/kg/dia	12 em 12	≥21
	Amicacina			

Terapia antibiótica para adultos com meningite bacteriana, segundo etiologia.

Agente etiológico	Antibiótico	Dose diária (endovenosa)	Intervalo (horas)	Duração (dias)
<i>Haemophilus influenzae</i>	Ceftriaxone	4g	12 em 12	7
<i>Streptococcus pneumoniae</i>				10 a 14
Enterobactérias				
<i>Pseudomonas</i>	Meropenem	6g	8 em 8	

QUIMIOPROFILAXIA

A quimioprofilaxia, embora não assegure efeito protetor absoluto e prolongado, tem sido adotada como uma medida eficaz na prevenção de casos secundários. Os casos secundários são raros, e geralmente ocorrem nas primeiras 48 horas a partir do primeiro caso.

A quimioprofilaxia está indicada para os contatos íntimos expostos até sete dias do início dos sintomas, somente nos casos de doença meningocócica (*Neisseria meningitidis*) ou meningite por *Haemophilus influenzae*, que obedecem aos seguintes critérios:

- ❖ Doença meningocócica - Contatos domiciliares (residentes no mesmo domicílio); ou aquelas que não residem na mesma casa, mas que passaram 4

COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA ÀS DOENÇAS E AGRAVOS

horas ou mais com o doente durante pelo menos 5 dos 7 dias em: quartéis; orfanatos; alojamentos (dormindo no mesmo quarto); creche e pré-escola; crianças da mesma sala e mesmo período; pessoas expostas diretamente às secreções de orofaringe, por exemplo, através de beijos; profissionais de saúde que tenham se exposto a secreções respiratórias sem uso de máscara cirúrgica durante: entubação traqueal, aspiração de secreções ou que tenham realizado respiração boca-a-boca ou exame de fundo de olho; entre outros, anteriores ao início dos sintomas.

❖ Meningite por H. influenzae - Contactantes domiciliares: somente quando, além do caso índice, houver crianças menores de 4 anos susceptíveis (não vacinada ou vacinação incompleta); Creches e pré-escolas: apenas a partir do 2º caso confirmado, para contactantes próximos (mesma sala e mesmo período) susceptíveis.

Esquemas de profilaxia recomendados deve ser iniciado preferencialmente até 48 horas da exposição, admitindo-se prazo máximo de 7 dias.

Estabelecendo o contato, estes independentemente do estado vacinal, deverão receber a quimioprofilaxia. As crianças menores de 1 ano que não são vacinadas devem receber a quimioprofilaxia e atualizar o cartão vacinal.

Não se indica a quimioprofilaxia se a exposição do profissional de saúde ocorrer quando o paciente-fonte estiver em tratamento adequado há mais de 24 horas e quando da realização de procedimentos com uso de EPI's.

Esquema Quimioprofilático indicado para Doença Meningocócica

Droga	Idade	Dose	Intervalo	Duração
Rifampicina	<1 mês	5mg/kg/dose	12/12 horas	2 dias
	Crianças ≥1 mês e adultos	10mg/kg/dose (máximo de 600mg)	12/12 horas	
Ceftriaxona	<12 anos	125mg; intramuscular	Dose única	
	≥12 anos	250mg; intramuscular		
Ciprofloxacino	>18 anos	500mg; uso oral	Dose única	

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA ÀS DOENÇAS E AGRAVOS**MEDIDAS DE CONTROLE DE CASOS**

A principal forma de controle é a detecção e o tratamento precoces dos casos, com quimioprofilaxia dos contatos quando indicado (depende do agente etiológico) evitando-se que a doença seja transmitida a outras pessoas.

- **Vacinas**

As vacinas contra meningite são específicas para algumas bactérias e vírus. Não existe uma vacina que proteja contra todos os tipos de meningites.

A vacinação de bloqueio está indicada nas situações em que haja a caracterização de um surto de doença meningocócica, para o qual seja conhecido o sorogrupo responsável por meio de confirmação laboratorial específica (cultura e/ou PCR) e haja vacina eficaz disponível. A vacinação somente será utilizada a partir de decisão conjunta das três esferas de gestão.

- **Indicações da vacina contra meningite**

Quadro 4 - Indicação de vacina contra meningite, proteção e faixa etária.

Vacina	Proteção contra	Faixa etária
Vacina penta valente	Os agentes causadores da coqueluche, difteria e tétano e também contra doença invasiva, incluindo a meningite causada pelo <i>Haemophilus influenzae tipo b</i>	Administrada aos 2, 4 e 6 meses
Vacina BCG	As formas graves de tuberculose, incluindo a meningite tuberculosa.	Ao nascer
Vacina Antipneumocócica	Doenças invasivas, incluindo a meningite pneumocócica, e algumas outras infecções causadas pelo <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Administrada com 2, 4, e 12 meses.
Vacina Antimeningocócica tipo C	A meningite tipo C	Administrada aos 3, 5 e 12 meses. Dose Única de 1 a 4 anos para quem não tomou com menos de 1 ano. Dose Única 11 a 14 anos.

Fonte: Nota Técnica nº 005/2010/SVS/SES/MT, datada de 27/09/2010.

COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA ÀS DOENÇAS E AGRAVOS

MEDIDAS A SEREM ADOTADAS NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

- Hospitalização imediata dos casos suspeitos;
- Notificar a vigilância epidemiológica do município;
- Coleta de líquido cefalorraquidiano e de sangue para o esclarecimento diagnóstico;
- Medidas de suporte geral;
- Instituição de terapêutica específica, conforme a suspeita clínica.
- Tratamento precoce e adequado

Proteção individual e da população

- Isolamento do paciente está indicado apenas durante as primeiras 24 horas do tratamento com o antibiótico adequado.
 - * **Isolamento respiratório para gotículas** > 5u:
 1. Quarto privativo (quando disponível) ou coorte de pacientes com o mesmo agente etiológico. Distância mínima entre dois pacientes > 1 metro. A porta pode permanecer aberta.
 2. Máscara se houver aproximação ao paciente, numa distancia < um metro. São recomendadas para todas as vezes que os profissionais, visitantes e acompanhantes entrarem no quarto.
 3. Transporte dos pacientes deve ser limitado ao mínimo indispensável. Quando for necessário, o paciente deve usar máscara.
- Desinfecção concorrente em relação às secreções nasofaríngeas e aos objetos contaminados por elas.
- **Não está indicado o fechamento da Unidade de Saúde pela suspeita de meningite.**
- Nos casos de doença meningocócica ou meningite por H. influenzae, está indicada a quimioprofilaxia do caso e dos contatos íntimos.

É importante a vigilância desses contatos por um período mínimo de 10 dias, orientando a população sobre os sinais e sintomas da doença e indicando que procurem os serviços de saúde frente a suspeita clínica de um caso meningite.



COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA ÀS DOENÇAS E AGRAVOS

Para maiores informações, recomendamos a leitura do capítulo Meningites e capítulo Doença Meningocócica no Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde.

Referencias Bibliográficas.

- ❖ Nota Técnica nº 005/2010/SVS/SES/MT, datada de 27/09/2010.
- ❖ Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

TELEFONES PARA CONTATO:

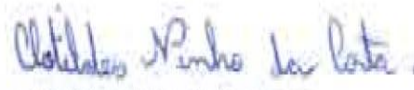
- 65- 3617-1484
- 65-3617-1485
- 65-3617-1609

CELULAR DE PLANTÃO:

(65) 9 9206-8618


Luciani Limonge de Oliveira
Técnica de Vigilância a Doenças e Agravos transmissíveis
SMS/CUIABA


Flávia Guimarães Dias Duarte
Gerente de vigilância das doenças e agravos
transmissíveis
SMS/CUIABA


Clotildes Pinho da Costa
Coordenadora de Vigilância a Doenças e Agravos
SMS/CUIABA

Cuiabá, 07 de Maio de 2018.

