



| Secretaria da Saúde

PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO ÀS ARBOVIROSES: DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA

2020



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília		
Comissões e Comitês		
PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO ÀS ARBOVIROSES: DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA		
Código: HCF-CMSS-PAS-1	Revisão: 0	Vigência: março/2022

1 OBJETIVOS

- Definir os casos suspeitos de dengue, Chikungunya e Zika;
- Estabelecer rotina e fluxo para o atendimento inicial aos pacientes suspeitos de dengue, Chikungunya e Zika.

2 APLICABILIDADE

Este protocolo se aplica ao atendimento nas Unidades de Urgência e Emergência do Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade (HC I) e do Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil (HC II), assim como ao Departamento de Atenção à Saúde de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica e ao Departamento de Atenção à Saúde em Hemoterapia (HEMOCENTRO).

3 SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

DENV-2 – Vírus da Dengue

HCFAMEMA – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

IgG – Imunoglobulinas G

IgM – Imunoglobulinas M

NS1 – Detecção de antígenos virais proteína presente durante a fase inicial da infecção

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAM – Pressão Arterial Média

PCR – Proteína C-reativa

TPAE – Tempo de Protrombina

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

4 INTRODUÇÃO

A Dengue e a Chikungunya são doenças de notificação compulsória e estão presentes na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, unificada pela Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde

Em 2019, foram processadas 27.957 amostras para identificação de sorotipo DENV e 608 foram positivas. É importante destacar que as amostras foram isoladas nas seguintes Unidades Federativas: São Paulo, Bahia, Tocantins, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Goiás, Santa Catarina, Rondônia e Distrito Federal. Das amostras analisadas, 518 (85,2%) foram positivas para DENV-2 (Vírus da Dengue sorotipo 2).



5 DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE DENGUE

Qualquer pessoa que viva em área onde se registrem casos de dengue ou que tenha viajado nos últimos 14 dias para área com ocorrência de transmissão de dengue.

Que apresente Febre (entre 2 a 7 dias) e dois ou mais dos seguintes sintomas:

- Náusea, vômitos;
- Exantema;
- Mialgias;
- Artralgia;
- Cefaleia, dor retro-orbital;
- Petéquias;
- Prova do laço positiva;
- Leucopenia.

Também são considerados casos suspeitos de crianças com quadro febril agudo com duração de 2 a 7 dias e sem foco de infecção aparente e que vivam ou tenham viajado nos últimos 14 dias para área com transmissão de dengue ou presença de *Aedes aegypti*.

5.1 CASO SUSPEITO DE DENGUE COM SINAIS DE ALARME

Pacientes que no período de defervescência da febre, apresente um ou mais dos seguintes **sinais de alarme**:

- Dor abdominal intensa;
- Vômitos persistentes;
- Hipotensão postural e/ou lipotimia;
- Hepatomegalia dolorosa;
- Hemorragias importantes;
- Sonolência ou irritabilidade;
- Oligúria;
- Queda abrupta da temperatura;
- Aumento do hematócrito;
- Queda abrupta das plaquetas;
- Desconforto respiratório.

5.2 CASO SUSPEITO DE DENGUE GRAVE

Todo paciente que apresente:

- Choque ou;
- Sangramento grave (exemplo hematêmese, melena, metrorragia volumosa etc.);
- Comprometimento grave de órgãos (exemplo insuficiência hepática, miocardite, alterações do nível de consciência).

5.3 SINAIS DE CHOQUE

- Pulso rápido e fraco;
- Estreitamento de pressão;
- Hipotensão arterial;

- Extremidade fria e/ou cianose;
- Tempo de enchimento capilar prolongado;
- Taquicardia ou bradicardia;
- Taquipneia;
- Oligúria;
- Agitação ou torpor;
- Estreitamento da pressão arterial: diferença entre a pressão arterial sistólica e a diastólica ≤ 20 mmHg (conforme Tabela 1 a seguir).

Tabela 1 – Avaliação hemodinâmica: sequência de alterações hemodinâmicas

Parâmetros	Choque ausente	Choque compensado (fase inicial)	Choque com hipotensão (fase tardia)
Frequência cardíaca	Normal	Taquicardia	Taquicardia intensa, com bradicardia no choque tardio
Extremidades	Temperatura normal e rosadas	Distais, frias	frias, úmidas, pálidas ou cianóticas
Intensidade do pulso periférico	Pulso forte	Pulso fraco e filiforme	Tênue ou ausente
Enchimento capilar	Normal (<2 segundos)	Prolongado (>2 segundos)	Muito prolongado, pele mosqueada
Pressão arterial	Normal para a idade e pressão de pulso normal para a idade	Redução de pressão do pulso (≤ 20 mm Hg)	Hipotensão (ver a seguir). Pressão de pulso < 10 mm Hg. Pressão arterial não detectável
Ritmo respiratório	Normal para a idade	Taquipneia	Acidose metabólica, hiperpneia ou respiração de Kussmaul
Diureses	Normal 1,5 a 4 ml/kg/h	Oligúria < 1,5 ml/kg/h	Oligúria persistente. < 1,5 ml/kg/h

Fonte: OPAS Dengue – Guías de Atención para Enfermos em la Región de las Américas. La Paz, Bolívia, 2010.

- **Observação:** Considera-se **hipotensão:** pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou pressão arterial média menor de 70 mmHg em adultos, ou uma diminuição da pressão arterial sistólica maior que 40 mmHg ou menor que 2 desvio-padrão abaixo do intervalo normal para idade. Pressão de pulso menor ou igual 20 mmHg. Em adulto é muito significativa a diminuição da PAM associada à taquicardia.

6 ROTINAS DE ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM SUSPEITA DE DENGUE

Critérios de Atendimento:





- Fica estabelecido que o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília – Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade (HCI) – é referência na atenção à saúde no nível terciário para Marília e os 62 municípios que compreendem o Departamento Regional de Saúde (DRS IX);
- O mesmo realizará o atendimento de **casos graves em adultos e gestantes**



pertencentes aos Grupos C e D, segundo a Classificação de Risco de acordo com os Sinais e Sintomas, conforme Quadro 1 e fluxograma a seguir, com contrarreferência do município de origem;

- Após reunião com o Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade, ficou estabelecido que os pacientes triados na Unidade de Urgência e Emergência (Pronto Socorro) serão direcionados para a Sala Amarela ou a Sala Vermelha, seguindo o fluxo normal, conforme a gravidade dos mesmos, já que não há reserva de leitos exclusivos. A internação ocorrerá conforme liberação de leitos disponíveis, mediante a gravidade dos casos.

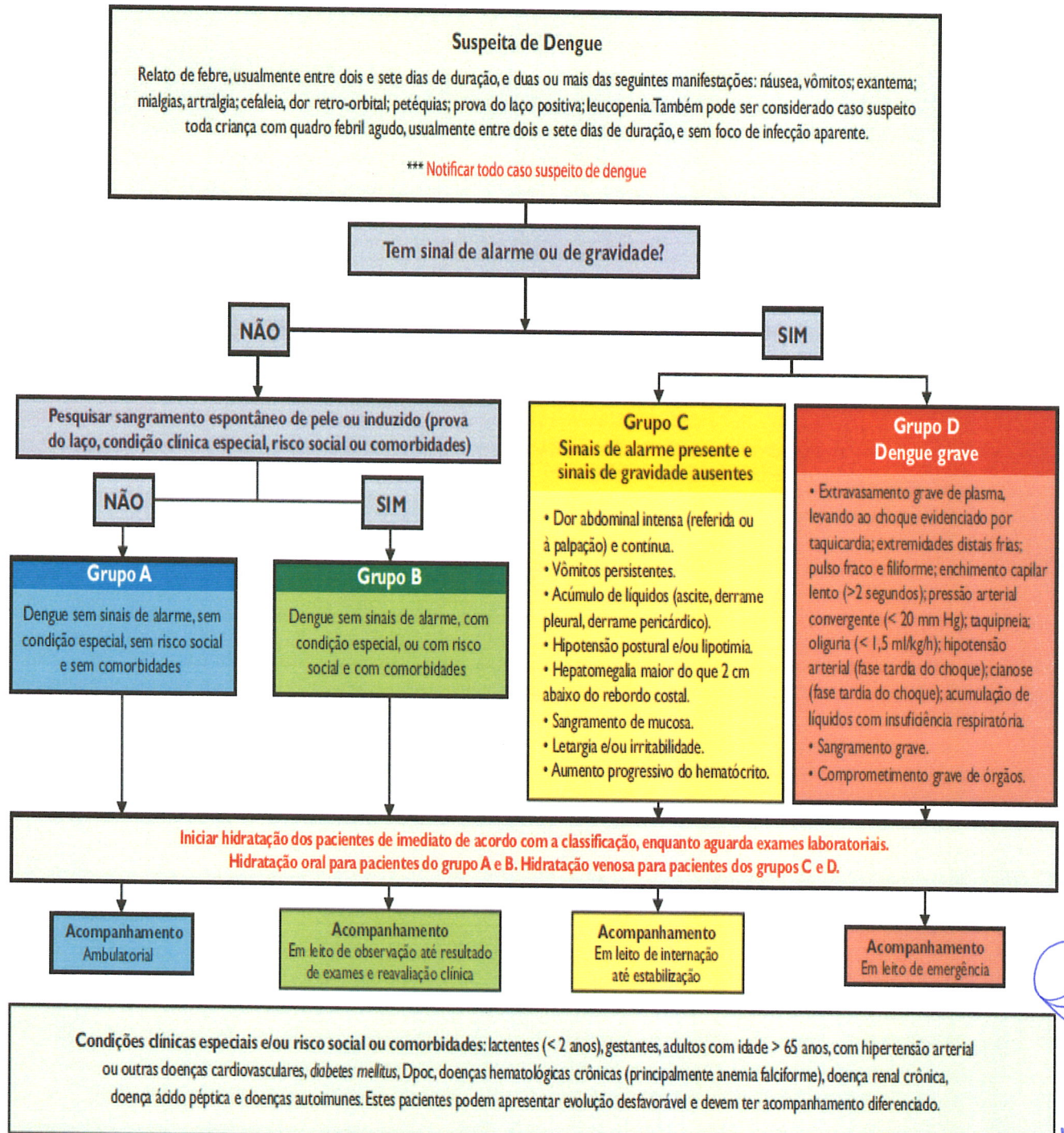
Quadro 1 – Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas

-  Azul: Grupo A – atendimento de acordo com o horário de chegada
-  Verde: Grupo B – prioridade não-urgente
-  Amarelo: Grupo C – urgência, atendimento o mais rápido possível
-  Vermelho: Grupo D – emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato

Fonte: Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue*. Brasília-DF, 2009.



Figura 1 – Fluxograma para classificação de risco de dengue



7 ANAMNESE

Pesquisar a presença de febre, referida ou medida, incluindo:

- A data de início da febre e de outros sintomas;
- Verificação de sinais vitais;
- Alterações gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia, gastrite, dor abdominal,

- ascite, hepatomegalia);
- Alterações do estado da consciência: irritabilidade, sonolência, letargia, lipotimias, tontura, convulsão e vertigem;
 - Diurese: frequência nas últimas 24 horas, volume e hora da última micção;
 - O estado hemodinâmico: verificando o pulso e pressão arterial, determinar a pressão arterial média e a pressão de pulso ou pressão diferencial, enchimento capilar;
 - Investigar a presença de exantema, petéquias ou sinal de Herman;
 - Verificar a presença de derrames pleurais, taquipneia, respiração de *Kussmau*
 - Presença de sinais de alarme e possíveis manifestações hemorrágicas;
 - Se existem familiares com dengue ou dengue na comunidade, ou história de viagem recente para áreas endêmicas de dengue (14 dias antes do início dos sintomas);

7.1 ASPECTOS CLÍNICOS NA GESTANTE

Para o feto de mãe infectada durante a gestação, há risco aumentado de aborto e baixo peso ao nascer, conforme **Anexo I**.

- **Atenção:** as gestantes com sangramento, independente do período gestacional, devem ser questionadas quanto à presença de febre ou ao histórico de febre nos últimos sete dias.

8 OBSERVAÇÃO E INTERNAÇÃO

Após avaliação médica, os pacientes pertencentes ao Grupo C ou D permanecerão em observação e os casos que necessitem de internação aguardarão leito.

- **Atenção:** as gestantes ou puérperas que apresentarem piora do quadro clínico, serão contrarreferenciadas pela Equipe da Obstetrícia ao Pronto Socorro do Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade para estabilização do quadro e se necessária internação em leito de UTI.

8.1 CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

- Presença de sinais de alarme ou de choque, sangramento grave ou comprometimento grave de órgão (grupos C e D);
- Recusa na ingestão de alimentos e líquidos;
- Comprometimento respiratório: dor torácica, dificuldade respiratória, diminuição do murmúrio vesicular ou outros sinais de gravidade;
- Comorbidades descompensadas como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, uso de dicumarínicos, crise asmática etc.;
- Outras situações a critério clínico.

9 ESTADIAMENTO CLÍNICO E CONDUTA



9.1 GRUPO C

Pacientes que apresentem algum sinal de alarme como:

- Dor abdominal intensa (referida ou a palpação) e contínua;
- Vômitos persistentes;
- Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico);
- Hipotensão postural e/ou lipotimia;
- Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal;
- Sangramento de mucosa;
- Letargia e/ou irritabilidade;
- Aumento progressivo do hematócrito.

9.1.1 CONDUTA PARA OS PACIENTES DO GRUPO C

Iniciar a reposição volêmica imediatamente e realizar os seguintes exames complementares **obrigatórios**:

- Hemograma completo;
- Dosagem de albumina sérica e transaminases.

Alguns exames de imagem recomendados são:

- Radiografia de tórax (pressão arterial, perfil e incidência de *Laurell*) e ultrassonografia de abdômen.

➤ **Atenção:** outros exames poderão ser realizados conforme necessidade, como glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, TPAE e ecocardiograma.

Lembrando que: na reavaliação clínica devem ser verificados os sinais vitais, pressão arterial, diurese: desejável 1 ml/kg/h, após uma hora.

Deve-se manter a hidratação de 10 ml/kg/hora, na segunda hora, até a avaliação do hematócrito que deverá ocorrer em no máximo duas horas após a reposição volêmica.

➤ **Atenção:** o total máximo de cada fase de expansão 20 ml/kg em duas horas, para garantir administração gradativa e monitorada.

Se não houver melhora do hematócrito ou dos sinais hemodinâmicos, repetir a fase de expansão até três vezes. Seguir a orientação de reavaliação clínica dos sinais vitais, pressão arterial e avaliar diurese após uma hora, bem como de hematócrito em duas horas (após conclusão de cada etapa).

Se houver melhora clínica e laboratorial após a(s) fase(s) de expansão, iniciar a fase de manutenção:

- **Primeira fase:** 25 ml/kg em 6 horas. Se houver melhora iniciar segunda fase;
- **Segunda fase:** 25 ml/kg em 8 horas, sendo 1/3 com soro fisiológico e no 2/3 nas horas restantes, com soro fisiológico.



Os pacientes do Grupo C devem permanecer em leito de internação até estabilização e critérios de alta, por um período mínimo de 48 horas.

➤ **Atenção: se não houver melhora** clínica ou laboratorial **conduzir** como **GRUPO D**.

9.2 GRUPO D

Pacientes com **presença de sinais de choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos**, conforme quadro a seguir:

Sinais de choque

- Taquicardia.
- Extremidades distais frias.
- Pulso fraco e filiforme.
- Enchimento capilar lento (>2 segundos).
- Pressão arterial convergente (<20 mm Hg).
- Taquipneia.
- Oligúria (< 1,5 ml/kg/h).
- Hipotensão arterial (fase tardia do choque).
- Cianose (fase tardia do choque).

9.2.1 CONDUTA PARA OS PACIENTES DO GRUPO D

Reposição volêmica (adultos e crianças):

Deve-se iniciar imediatamente fase de expansão rápida parenteral, com solução salina isotônica: 20 ml/kg em até 20 minutos.

Se necessário, repetir até três vezes, de acordo com a avaliação clínica.

➤ **Atenção:** Deve ser realizada a reavaliação clínica a cada 15-30 minutos e de hematócrito em 2 horas, ao passo que o paciente deve ser monitorado continuamente.

Estes pacientes devem permanecer em acompanhamento em leito de UTI até estabilização (mínimo de 48 horas) e após estabilização, permanecer em leito de internação.

Se houver melhora clínica e laboratorial após fases de expansão, seguir a conduta recomendada ao **GRUPO C** (ver item 9.1).



9.2.2 EXAMES COMPLEMENTARES PARA OS PACIENTES DO GRUPO D

Para o Grupo D é **obrigatório** realizar os seguintes exames complementares:

- Hemograma completo;
 - Dosagem de albumina sérica e transaminases;
 - **Os exames de imagem:** radiografia de tórax (pressão arterial, perfil e incidência de *Laurell*) e ultrassonografia de abdômen;
 - **Outros exames poderão ser realizados conforme necessidade tais como:** glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, TPAE e ecocardiograma.
- **Atenção:** no caso de resposta inadequada, caracterizada pela persistência do choque, deve-se avaliar:
- **O hematócrito se estiver em ascensão, após a reposição volêmica adequada:**
 - ✓ Utilizar expansores plasmáticos (albumina 0,5-1 g/kg);
 - ✓ Preparar solução de albumina a 5% (para cada 100 ml desta solução, usar 25 ml de albumina a 20% e 75 ml de SF a 0,9%); na falta desta, usar coloides sintéticos, 10 ml/kg/hora;
 - ✓ Se o hematócrito estiver em queda e houver persistência do choque deve-se investigar hemorragias e avaliar a coagulação.
 - **Na presença de hemorragia:**
 - ✓ Transfundir concentrado de hemácias (10 a 15 ml/kg/dia).
 - **Na presença de coagulopatias:**
 - ✓ Deve-se avaliar a necessidade de uso de plasma fresco (10 ml/kg), vitamina K endovenosa e crioprecipitado (1U para cada 5-10 kg).
 - **A transfusão de plaquetas deve ser realizada nas seguintes condições:**
 - ✓ Sangramento persistente não controlado, depois de corrigidos os fatores de coagulação e do choque, e com trombocitopenia e INR (Razão Normalizada Internacional) maior que 1,5 vezes o valor normal;
 - ✓ Se o hematócrito estiver em queda com resolução do choque, ausência de sangramentos, mas com o surgimento de outros sinais de gravidade, **observar:**
 - ✓ Sinais de desconforto respiratório, sinais de insuficiência cardíaca congestiva e investigar hiper-hidratação.
 - **Já a infusão de líquidos deve ser interrompida ou reduzida à velocidade mínima necessária se:**
 - ✓ Houver término do extravasamento plasmático;
 - ✓ Normalização da pressão arterial, do pulso e da perfusão periférica;
 - ✓ Diminuição do hematócrito, na ausência de sangramento;
 - ✓ Diurese normalizada;
 - ✓ Resolução dos sintomas abdominais.



9.3 CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES AOS GRUPOS C E D

Deve ser oferecido O₂ (oxigênio) em todas as situações de choque como:

- Cateter, máscara, CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas) nasal, ventilação não invasiva e ventilação mecânica, sendo a escolha definida mediante a gravidade e o quadro clínico do paciente.

Pacientes dos grupos C e D podem apresentar:

- Edema subcutâneo generalizado e derrames cavitários pela perda capilar, que não significa a princípio que o acompanhamento da reposição volêmica é feita **pelo hematócrito, diurese e sinais vitais**;
 - Devem-se evitar procedimentos invasivos desnecessários, toracocentese, paracentese, pericardiocentese;
 - A via intraóssea em crianças pode ser escolha para administração de líquidos e medicamentos durante a RCP (Reanimação Cardiopulmonar) ou tratamento do choque descompensado;
 - Na parada cardíaca ou respiratória, quando não se estabelece a via aérea por intubação orotraqueal, por excessivo sangramento de vias aéreas, o uso de máscara laríngea pode ser uma alternativa;
 - Deve ser realizado o monitoramento hemodinâmico minimamente invasivo, como oximetria de pulso, mas em pacientes graves, descompensados, os benefícios de monitoração invasiva como PAM (Pressão Arterial Média), PVC (Pressão Venosa Cardíaca), SvcO₂ (Saturação Venosa Central de Oxigênio) podem suplantar os riscos;
 - O choque com disfunção miocárdica pode necessitar de inotrópicos;
- Lembrando que, na primeira fase, necessita de reposição hídrica e na segunda fase há restrição hídrica.

Dose das drogas inotrópicas:

- **Dopamina:** 5-10 microgramas/kg/min.
- **Dobutamina:** 5-20 microgramas/kg/min.
- **Milrinona:** 0,5 a -0,8 microgramas/kg/min. – **Atenção – Dose corrigida.**

10 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Todos os casos suspeitos deverão ser comunicados ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica HCI (Ramal 1713) para a realização da Notificação Compulsória.

11 EXAMES LABORATORIAIS

- Até o 3º dia de início dos sintomas deverá ser realizada a coleta de NS1;
- A partir do 6º dia deverá ser realizada a coleta de sorologia IgM e IgG para dengue e/ou Chikungunya;
- A Equipe de Enfermagem da Unidade de Urgência e Emergência deverá realizar a coleta de 3 a 5 ml de sangue em tubo seco vermelho quando o paciente estiver sob os



cuidados da Unidade de Urgência e Emergência, nos demais casos a coleta deverá ser realizada pelo laboratório (com frasco devidamente identificado com nome completo e data da coleta);

- Encaminhar o exame para o laboratório de urgência. O NVE (Núcleo de Vigilância Epidemiológica) HCI realizará o cadastro do exame no GAL-IAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial – Instituto Adolfo Lutz) e o preenchimento do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). O exame junto com a requisição do GAL e o SINAN será encaminhado ao Hemocentro e posteriormente ao Laboratório Instituto Adolfo Lutz – Marília;

- **Atenção:** se o paciente for de alta hospitalar deverá ser informado ou contrarreferenciado ao município de origem para realizar a coleta de sorologia a partir do 6º dia de início dos sintomas.

COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS	
Coleta do 1º ao 5º dia do início dos sintomas	Sorologia para a Dengue Coleta a partir do 6º do início dos sintomas
PCR para Dengue Vírus	
Isolamento Viral	Se positivo confirma o caso; Se negativo encerra o caso como descartado.

12 CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR

Para alta hospitalar os pacientes precisam preencher todos os seis critérios a seguir:

- Estabilização hemodinâmica durante 48 horas;
- Ausência de febre por 48 horas;
- Melhora visível do quadro clínico;
- Hematócrito normal e estável por 24 horas;
- Plaquetas em elevação e acima de 50.000/mm³;
- Atualização ou emissão do Cartão de Acompanhamento DENGUE.

13 REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico. Volume 50, Fevereiro de 2019. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/26/2019-004-Dengue-SE-5-publica----o-18-02-2019.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança [recurso eletrônico], 5. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

14 ANEXOS

Nº	Título	Página
I	Gestação e Dengue	13



ANEXO I

GESTAÇÃO E DENGUE

Com relação ao binômio materno-fetal, como ocorre transmissão vertical, há o risco de abortamento no primeiro trimestre e de trabalho de parto prematuro, quando adquirida no último trimestre. Existe também maior incidência de baixo peso ao nascer em mulheres que tiveram dengue durante a gravidez.

- **Atenção:** quanto mais próximo ao parto a gestante for infectada, maior será a chance do recém-nascido apresentar um quadro de infecção por dengue.

Com relação à puérpera pode ocorrer:

- Hemorragias no abortamento, no parto ou no pós-parto. Por isso, a indicação da cesariana deve ser bastante criteriosa.

A gestação traz ao organismo materno algumas modificações fisiológicas que o adaptam ao ciclo gestacional, que devem ser lembradas:

- Aumento do volume sanguíneo total em aproximadamente 40%;
- Aumento da frequência cardíaca (FC) e do débito cardíaco (DC); $DC = FC \times \text{Volume sistólico}$;
- Queda do hematócrito por hemodiluição, apesar do aumento do volume eritrocitário;
- Queda da resistência vascular periférica e da pressão sanguínea;
- Hipoproteinemia por albuminemia;
- Leucocitose (16 a 18.000 mm^3) sem interferência na resposta a infecções;
- Aumento dos fatores de coagulação.

- **Atenção:** quando ocorrer o extravasamento plasmático na gestante, manifestações tais como taquicardia, hipotensão postural e hemoconcentração, serão percebidas numa fase mais tardia uma vez que podem ser confundidas com as alterações fisiológicas da gravidez.

A gestante que apresentar qualquer sinal de alarme ou de choque e que tiver indicação de reposição volêmica deverá receber volume igual àquele prescrito aos demais pacientes, de acordo com o estadiamento clínico.



15 CONTROLE DE QUALIDADE

15.1 HISTÓRICO DE REVISÃO

Nº da Revisão	Data	Item	Alteração
0			

15.2 ORGANIZAÇÃO DE ARQUIVO

Documentos (Código)	Prazos de Guarda (em anos)		Destinação		Observações
	Unidade Produtora	Unidade com Atribuições de Arquivo	Elimina- ção	Guarda Perma- nente	
HCF-CMSS- PAS-1	Até aprovação da Tabela de Temporalidade	A definir	A definir		Instruções na OS HCF nº36/2019

15.3 ELABORAÇÃO

Setor	Nome
Gerência de Urgência e Emergência	Jonas Pedro Barbosa
Núcleo de Urgência e Emergência	Daniele Cristina de Oliveira Tamura
Núcleo de Infectologia	Flávio Trentin Troncoso
Departamento de Atenção à Saúde de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica	Juliana da Silva Perinetti
Gerência de Patologia Clínica	Airton Hirochi Iwamoto
Departamento de Infraestrutura e Logística	Pedro Rodrigues Tavares e Affonso
Núcleo de Vigilância Epidemiológica	Juliana Castro dos Santos
Gerência de Comunicação	Marcelo Goes Moryama

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



15.4 CONFERÊNCIA

Setor	Nome
Comissões e Comitês	Danielle Cristina Lima
Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação	Andréia Scorsafava Marques Vilela
Núcleo de Auditoria	Carmem Lúcia Balielo Boro

15.5 APROVAÇÃO

Marília, 03 de março de 2020.

Luciano Roberto de Freitas Vicentin
Diretor do Departamento de Atenção à
Saúde em Alta Complexidade
HCFAMEMA

Alexandra Haikel Zayed
Diretora do Departamento de Atenção à
Saúde Materno Infantil
HCFAMEMA

Cristina Toshie de Macedo Kuabara
Diretora do Departamento de Atenção à
Saúde de Apoio, Diagnóstico e
Terapêutica
HCFAMEMA

Doralice Marvulle Tan
Diretora do Departamento de Atenção à
Saúde em hemoterapia
HCFAMEMA

João Alberto Salvi
Diretor Clínico
HCFAMEMA

Paloma Aparecida Libanio Nunes
Superintendente
HCFAMEMA