

Julho, 2006 Ano 3 Número 31

■ **Doença Meningocócica: Investigação de Surto Comunitário no Distrito Administrativo do Grajaú, Município de São Paulo, Julho de 2006**
Meningococcal Disease: Communitarian Outbreak Investigation in Grajaú, in the City of São Paulo, July, 2006

Flávia Helena Ciccone¹, Eliana Suzuki¹, Alessandra C.G. Pellini¹, Angela Carvalho Freitas¹, Pedro José Vilaça¹, Telma R. M. P. Carvalhanas², Isabel Cristina Silva³, Maria de Fátima Silva Martins³, Sonia R. Silva Ramos⁴, Rachel Maria Borelli Paradella⁴, Helena Aparecida Barbosa⁴, Cleir Aparecido Santana⁵, Maria Gomes Valente⁶

¹Programa de Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EPISUS-SP), ²Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória, do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac", da Coordenadoria de Controle de Doenças, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (DDTR/CVE/CCD/SES-SP), ³Supervisão de Vigilância em Saúde Capela do Socorro (SUVIS), ⁴Centro de Prevenção e Controle de Doenças da Coordenação de Vigilância em Saúde (CCD/Covisa/SMS-SP), ⁵Suporte Técnico e Subgerência de Informação da Coordenação de Vigilância em Saúde (Covisa/SMS-SP), ⁶Central de Vigilância Epidemiológica (Central CVE/CCD/SES-SP)

Resumo

A doença meningocócica (DM) é uma moléstia infecciosa aguda de relevância para a saúde pública, devido ao seu potencial epidêmico e à elevada letalidade. O Distrito Administrativo (DA) do Grajaú, município de São Paulo (MSP), confirmou 17 casos de DM, em 2006, com coeficiente de incidência de 4,4/100.000 habitantes e letalidade de 35,3%. Foram sorogrupados 29,4% e todos identificados como meningococo do sorogrupo C. A comunidade Sucupira, localizada neste DA, apresentou três casos de DM. O objetivo da investigação foi caracterizar e confirmar a ocorrência do surto da doença nesta comunidade. A investigação dos casos foi realizada a partir de bancos de dados, de fichas epidemiológicas, de fichas de atendimento hospitalar e de entrevistas com os familiares de três casos circunscritos a Sucupira. Para a inclusão de DM no surto foi utilizada a definição de caso: caso de DM confirmado por critério laboratorial, necropsia ou clínica, de 30 de junho a 7 de julho de 2006, residente na comunidade Sucupira. Dos 17 casos de 2006, foi confirmado um surto de DM na comunidade Sucupira, com três casos e dois óbitos. Destes, somente a cepa de um paciente foi sorogrupada, com identificação de sorogrupo C, o que está de acordo com a atual prevalência do sorogrupo C no DA Grajaú e MSP. As medidas de controle, quimioprofilaxia e vacinação, foram realizadas de forma criteriosa e oportuna. A investigação permitiu a descrição clínica e epidemiológica dos casos, com a confirmação de surto na comunidade.

Palavras-chave: Doença meningocócica; Investigação de surto; Medidas de prevenção e controle.

Abstract

Meningococcal disease (DM) is an acute infectious disease which is relevant for public health due to its epidemical potential and high lethality. The administrative district of Grajaú, in the municipality of São Paulo,

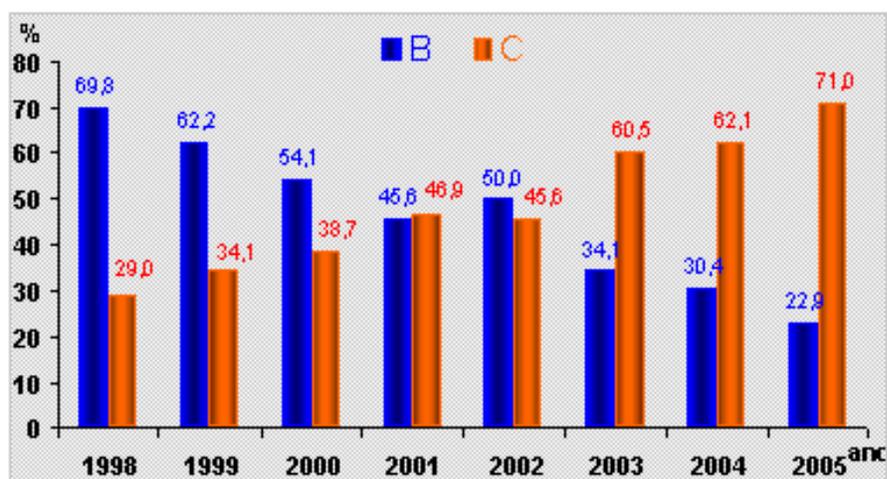
confirmed 17 cases of DM in 2006m with an incidence coefficient of 4,4/100.000 inhabitants and a lethality of 35,3%. Of these, 29,4% were serogrouped and all were identified as serogroup C meningococcus. The community, called Sucupira, is located within the Grajaú district, in the city of São Paulo, and presented three cases of DM. The objective of this investigation was to characterize and to confirm the occurrence of a meningococcal disease outbreak in the Sucupira community. Case investigation was performed employing data banks, epidemiological charts, hospital consultation reports and interviews with the family of three cases circumscribed to the community. For DM case inclusion in the outbreak, the following case definition was employed: DM case confirmed by laboratorial criteria, necropsy or clinic, occurring from June 30 to July, 07, 2006, in people dwelling in the Sucupira community. Of the total 17 cases occurring in 2006, one DM outbreak was confirmed, in the Sucupira community, with three cases and two deaths. Of these, only the strain from one patient was serogrouped, with the identification of the serogroup C, which is according to the current prevalence of the serogroup C in the Grajaú district and in the city of São Paulo. Control measures, with chemoprophylaxis and vaccination, were performed duly and timely. Investigation allowed clinical and epidemiological description of the cases, with the confirmation of the outbreak in the community.

Key words: Meningococcal disease; Outbreak investigation; Prevention and control measures.

Introdução

A doença meningocócica (DM) é uma moléstia infecciosa aguda que muitas vezes cursa de forma grave, com importante potencial epidêmico^{1,2}. O seu agente etiológico é a *Neisseria meningitidis* (meningococo), um diplococo Gram-negativo, cujos principais sorogrupos são: A, B, C, Y e W135. A transmissão do meningococo ocorre por meio do contato com gotículas de secreções do trato respiratório¹⁻⁴. A DM demonstra uma variação sazonal, com um aumento de casos no inverno^{1,2}. Os surtos são freqüentemente associados à introdução de uma nova cepa virulenta na comunidade ou à mudança do sorogrupo circulante^{2,3}.

No município de São Paulo (MSP), segundo o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), a DM apresentou uma taxa média de incidência de 4,7 casos/100.000 habitantes, de 1998 a 2005. A letalidade oscilou entre 14,0% e 17,0% no mesmo período. No entanto, houve aumento significativo da proporção de casos relacionados ao sorogrupo C, que em 1998 representava 29% dos casos sorogrupados, passando a 71% em 2005 (Figura 1).



Fonte: Sinan CCD/SMS-SP

Figura 1. Doença meningocócica: percentual de casos segundo sorogrupos B e C, município de São Paulo, 1998 a 2005.

A subprefeitura Capela do Socorro, localizada na Zona Sul do município, é formada pelos Distritos Administrativos (DA) do Grajaú, da Cidade Dutra e do Socorro. A comunidade Sucupira, onde ocorreu a investigação, está localizada no DA do Grajaú⁵. Segundo o censo realizado pela Supervisão de Vigilância em Saúde/Capela do Socorro (SUVIS/Capela do Socorro), em julho de 2006 essa comunidade possui 13

vielas com 386 casas e 1.578 moradores. As casas abrigam em média cinco moradores, com intensa circulação de parentes e vizinhos.

Segundo o Sinan, nos últimos cinco anos o DA do Grajaú apresentou uma taxa média de incidência de DM superior à do MSP, de 5,03 casos/100.000 habitantes, com média de 18,5 casos/ano. No primeiro semestre de 2006 foram registrados 17 casos de DM em residentes no DA do Grajaú, com seis óbitos, identificando-se o sorogrupo C nos cinco casos sorogrupados. Nesta casuística, três casos ocorreram em residentes da comunidade Sucupira, entre os dias 30 de junho e 2 de julho, com dois óbitos.

O objetivo desta investigação de campo foi caracterizar e confirmar a ocorrência de um surto de DM na comunidade Sucupira.

Metodologia

As fontes de dados utilizadas na investigação foram: 1) banco de dados de notificação rápida de DM da Grande São Paulo (Central/CVE/CCD/SES-SP); 2) fichas epidemiológicas de notificação e investigação dos casos de DM; 3) banco de dados do Sinan; 4) fichas e prontuários de atendimento hospitalar e 5) entrevistas com os familiares de três casos circunscritos à comunidade Sucupira.

Considerou-se caso suspeito de doença meningocócica: todo paciente com sinais e/ou sintomas de meningite aguda – isto é, febre alta, vômitos, cefaléia intensa, rigidez de nuca ou abaulamento de fontanela; com ou sem toxemia (sonolência e/ou torpor e/ou irritação) e lesões cutâneas (petéquias ou púrpuras).

Considerou-se caso confirmado de doença meningocócica: caso suspeito com critério de confirmação por laboratório, necropsia ou clínica.

Para a inclusão da DM no presente surto, foi utilizada a seguinte definição de caso: caso confirmado de DM no período de 30 de junho a 7 de julho de 2006, residente na comunidade Sucupira.

A definição de surto de DM utilizada foi: ocorrência de três ou mais casos confirmados ou prováveis do mesmo sorogrupo, excetuando-se os casos co-primários e secundários, num período menor ou igual a três meses, que residiam na mesma área geográfica e com uma taxa de ataque igual ou maior a 10 casos em 100.000 habitantes^{6,7}.

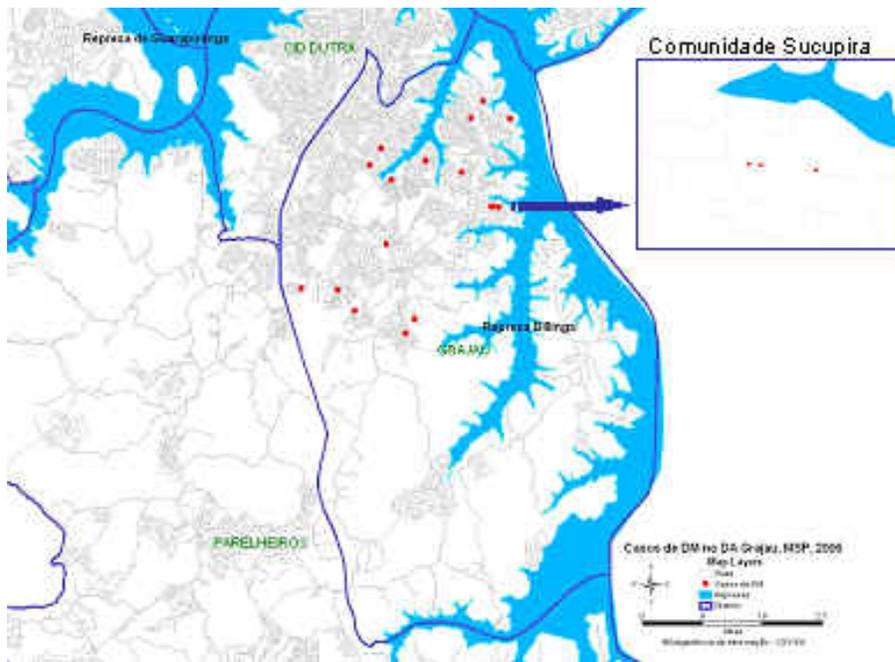
Os exames laboratoriais iniciais para o esclarecimento diagnóstico dos casos foram realizados pelos hospitais de atendimento. A confirmação do sorogrupo foi realizada pelo Instituto Adolfo Lutz – Central (IAL-Central), por meio do exame de reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) na amostra de líquido cefalorraquidiano (LCR) do primeiro caso.

O georreferenciamento dos casos foi realizado utilizando-se o *software* MAPTITUDE® com localização precisa do domicílio, a partir do mapa de ruas do município. A SUVIS/Capela do Socorro realizou, no dia 4 de julho, um censo para determinar a população da comunidade Sucupira por faixa etária.

Resultados

Foram notificados 17 casos de DM no Distrito do Grajaú de janeiro até 4 de julho de 2006, com um coeficiente de incidência de 4,4/100.000 habitantes e letalidade de 35,3%. Os menores de 5 anos de idade representaram 47% dos casos. Do total de casos, 29,4% foram identificados como meningococo do sorogrupo C por meio de exames de contraímuno eletroforese (CIE) e da técnica de sorogrupagem e soroaglutinação das cepas recuperadas em cultura.

A partir das definições de caso e de surto acima explicitadas, dos 17 casos de 2006, somente foi confirmado surto de DM na comunidade Sucupira, ocorrido no final de junho e início de julho, com três casos e dois óbitos.



Fonte: Banco de notificação rápida de DM da Grande São Paulo (CVE/SES-SP); Subgerência de Informação da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (SMS-SP).

Figura 3. Casos de DM no Distrito Administrativo do Grajaú, município de São Paulo, 2006.

Descrição dos três casos da comunidade Sucupira

Caso 1

E.S.P., 12 anos, sexo feminino, branca, previamente hígida. Primeiros sintomas em 30/6/06, com febre alta (39,5°C), cefaléia, mialgia e tonturas. Procurou um pronto-socorro próximo a sua residência, apresentando hipotensão (PA: 70X50 mm/Hg). Sem rigidez de nuca, sem petéquias e afebril. Ficou em observação com o diagnóstico de hipotensão; foram administrados soro fisiológico e sintomáticos. Após cinco horas recebeu alta com orientações quanto aos sinais de alerta. Em 1/7/06 procurou outro hospital na região, com quadro de cefaléia, febre, vômitos e manchas no corpo. Foi transferida imediatamente para um hospital especializado em doenças infecciosas, com progressão do quadro, em choque séptico.

No dia 2/7/06 foi realizada coleta de LCR com aspecto purulento. A bacterioscopia resultou negativa e a aglutinação pelo látex não reagente. A citoquímica apresentou 160 hemácias/mm³, 22.240 leucócitos/mm³ com predomínio neutrofílico, glicorraquia de 180mg/dl e proteinorraquia de 501mg/dl. A CIE apresentou resultado negativo e o PCR identificou o meningococo do sorogrupo C. A hemocultura não apresentou crescimento bacteriano.

No dia 2/7/06 a criança evoluiu para óbito. Não houve encaminhamento para o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO). O atestado de óbito apresentou meningococcemia como causa básica da morte.

Critério de confirmação de caso: laboratorial por RT-PCR em amostra de LCR.

Antecedentes epidemiológicos: moradora da comunidade Sucupira, com duas vielas de distância do segundo e terceiro casos. Residia com os pais e irmãos, na vizinhança de avó e tios. Frequentava escola, mas na ocasião da DM encontrava-se em período de férias escolares. A adolescente circulava na vizinhança da viela onde morava. A mãe nega contato com casos semelhantes.

Caso 2

G.A.S., 9 meses, sexo masculino, previamente hígido. Iniciou os primeiros sintomas às 17 horas do dia 1/7/06, com febre alta (39° C) e choro. A mãe administrou sintomáticos sem melhora da febre. Evoluiu com vários episódios de vômitos e tosse com secreção amarelada. Por volta das 2 horas do dia 2/7/06 foi para o hospital do mesmo bairro, onde foi realizada radiografia de tórax e foram administrados sintomáticos. Não ficou em observação. Às 6 horas a mãe observou manchas “arroxeadas” no abdome e pescoço. Em dez minutos as manchas evoluíram para o restante do corpo. A criança apresentou prostração intensa e foi admitida no hospital às 6h30 em choque séptico. Não foi realizada coleta de LCR ou hemocultura. O óbito ocorreu às 8h30 do mesmo dia. A necropsia identificou a meningite meningocócica como causa da morte.

Critério de confirmação do caso: necropsia.

Antecedentes epidemiológicos: morador na comunidade Sucupira, na mesma viela do terceiro caso e a duas vielas de distância do primeiro caso. Residia com os pais, um irmão de 2 anos e outros parentes em casas vizinhas no mesmo portão. Não freqüentava creche. Mãe trabalha fora e o pai, desempregado, cuidava da criança. Os pais negam contato com casos semelhantes no último mês, a criança circulava na vizinhança da viela onde morava.

Caso 3

M.M.G., 2 anos, sexo masculino, previamente hígido. Primeiros sintomas na madrugada do dia 2/7/06, despertando com dores nos membros inferiores, no abdome e febre (39,3° C). Neste mesmo dia procurou um hospital próximo da residência, onde foram realizados exames de sangue com resultados normais. Não permaneceu em observação. Evoluiu com vômitos, piora do estado geral e manchas no corpo. Foi internado em hospital da Grande São Paulo, coletado LCR (Citoquímica: 3 leucócitos/mm³; glicorraquia de 71 mg/dl e proteinorraquia de 38 mg/dl), iniciado tratamento para meningococemia, com boa evolução e alta hospitalar no dia 9/7/06, sem seqüelas.

Critério de confirmação de caso: clínico.

Antecedentes epidemiológicos: residente na comunidade Sucupira, na mesma viela do segundo caso e a duas vielas de distância do primeiro caso. Mora com os pais, dois irmãos menores de 5 anos de idade e um tio de 35 anos. Não freqüenta escola, assim como seus irmãos. Mãe trabalha fora e o pai está desempregado. Nega contato com casos semelhantes no último mês, circula na vizinhança da viela onde mora.

É importante ressaltar que não houve evidências de contato entre os casos.

A quimioprofilaxia foi realizada para os familiares do mesmo domicílio, parentes e vizinhos com contato íntimo com os casos. O total de pessoas que recebeu a quimioprofilaxia foi de 37 crianças até 12 anos de idade e 35 adolescentes e adultos.

Outra estratégia utilizada para o controle do surto foi a vacinação contra o meningococo C nos menores de 20 anos de idade, residentes na comunidade Sucupira, com base na situação epidemiológica local. No sábado, dia 8/7/06, a equipe técnica da SUVIS dividiu-se em 13 equipes, para realizar a vacinação concomitante em cada viela da comunidade. A vacina conjugada contra o meningococo C foi aplicada nos menores de 2 anos de idade; para as crianças com idade entre 2 meses e 1 ano foi agendada a segunda dose. A vacina polissacarídica contra o meningococo A e C foi aplicada nas crianças com 2 anos ou mais e adolescentes com até 20 anos de idade. A cobertura vacinal alcançada pode ser observada no Quadro 1.

Quadro 1. Vacinação contra o meningococo C: número de doses e cobertura vacinal segundo faixa etária. Comunidade Sucupira, julho de 2006.

Faixa etária	População	Nº de doses	Cobertura (%)
Menores de 1 ano	42	50	119,1
1 ano	24	28	116,7
2 a 4 anos	110	144	130,9
5 a 8 anos	134	163	121,6
9 a 12 anos	129	149	115,5
13 a 19 anos	176	236	134,1
Total	615	770	125,2

Fonte: SUVIS Capela do Socorro/CCD/SMS-SP.

Discussão

A incidência da DM depende de diversos fatores: suscetibilidade imunológica da população, cepas circulantes mais virulentas e baixas condições socioeconômicas da região considerada².

O DA do Grajaú concentra a metade da população da subprefeitura Capela do Socorro, apresentando-se como o distrito mais populoso, com 385.578 habitantes⁸. Aproximadamente 20% de sua população vivem em comunidades carentes. Esse distrito, como um todo, apresenta renda média familiar abaixo do padrão municipal, não ultrapassando R\$ 2.000,00 mensais no grupo de melhor renda. Metade dos casos (oito casos) concentra-se em regiões do distrito com pior perfil socioeconômico⁵.

A DM apresenta incidência significativa nos menores de 5 anos e pode manifestar-se clinicamente de diferentes formas. O período de incubação da DM é, em média, de quatro dias, com variação de 1 a 10 dias^{2,4}.

A DM pode ser classificada em três formas clínicas:

1. pacientes com meningococemia;
2. pacientes apenas com meningite e
3. pacientes com meningite e meningococemia.

Há vários escores utilizados para avaliar o prognóstico dos pacientes com meningococemia. Stiehm e Damrosch desenvolveram e validaram um escore baseado em cinco índices clínicos: 1) presença de petéquias por menos de 12 horas antes da admissão; 2) presença de hipotensão; 3) ausência de meningite; 4) leucócitos no sangue periférico $<10.000/\text{mm}^3$ e 5) velocidade de hemossedimentação <10 mm/hora. Os pacientes com escore 3 ou mais têm uma chance de 90% de falecer, enquanto para aqueles com escore de 2 ou menos o risco é de 9%⁹.

A DM é de extrema relevância para a saúde pública devido sua tendência em causar surtos e epidemias, elevada letalidade e um percentual de seqüelas que varia entre 11% - 25%, como surdez, retardo mental e amputações^{2,10,11}. A meningococemia é a expressão mais grave da doença, apresentando uma taxa de letalidade que varia entre 15% - 30%^{2,10}. A forma clínica de meningite apresenta letalidade de aproximadamente 10%¹⁰.

No presente surto, dois casos apresentaram meningite com meningococemia e um caso apenas meningococemia, com letalidade de 67%, muito acima da letalidade registrada para DM no Sinan no primeiro semestre de 2006, de 15,3% e de 13,7%, no MSP e no Estado de São Paulo, respectivamente. A elevada letalidade pode ser explicada pelo pequeno número de casos identificados no surto e pelas condições sociais locais.

Destes casos, somente um foi sorogrupo, com identificação de meningococo do sorogrupo C, o que está de

acordo com a atual prevalência do sorogrupo circulante no DA do Grajaú, MSP e Estado de São Paulo.

A *N. meningitidis* é uma bactéria de transmissão respiratória que não consegue sobreviver no meio ambiente. A transmissão ocorre por meio do contato direto com gotículas e secreções do trato respiratório do paciente ou portador assintomático. Há necessidade do contato íntimo e prolongado para uma transmissão ser eficiente^{1-11,12}.

O portador assintomático é o principal elemento na cadeia de transmissão do meningococo. O doente, do ponto de vista epidemiológico, não possui um papel de destaque na propagação da *N. meningitidis*^{2,10}.

A prevenção de casos de DM e o controle de surtos dependem da identificação e da notificação rápida dos casos para a realização de quimioprofilaxia oportuna e, a depender do sorogrupo, a indicação da vacinação^{2,7,10}.

O risco de adoecimento entre os contatos íntimos de um caso é cerca de 500 a 800 vezes maior do que a população geral¹¹. O objetivo da administração da quimioprofilaxia é prevenir os casos secundários de DM e erradicar o estado de portador de um indivíduo². No Brasil, a quimioprofilaxia está padronizada e a droga de escolha é a rifampicina¹. Neste surto, a quimioprofilaxia foi realizada, de forma criteriosa e oportuna, em todos os familiares e contatos íntimos dos casos.

A vacinação durante um surto de DM tem como objetivo o seu controle por meio da prevenção de casos secundários². As vacinas polissacarídeas contra os sorogrupos A e C têm imunogenicidade de 85% em crianças maiores de 5 anos e em adultos, não sendo indicadas para menores de 2 anos. Entretanto, a imunidade alcançada é temporária, durando de três a cinco anos. Essas vacinas são utilizadas para o controle de surtos ou epidemias da doença em grupos definidos por espaços sociais ou geográficos¹².

A vacina conjugada contra o meningococo C induz imunidade celular T-dependente, resultando em melhora da resposta imune em lactentes, com excelente memória imunológica e proteção de longa duração⁶.

Após a caracterização da ocorrência do surto de DM na comunidade Sucupira, as equipes de vigilância epidemiológica e imunização das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde concluíram pela indicação da vacinação contra o meningococo C, na faixa etária dos menores de 20 anos, residentes nesta localidade, como a melhor estratégia de intervenção. A escolha da faixa etária para vacinação, diferente do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)², foi justificada pelo baixo coeficiente de incidência da DM nos maiores de 20 anos no MSP, segundo o Sinan. Houve a anuência da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (SVS/MS), com a disponibilização do quantitativo necessário de imunobiológicos para a condução da vacinação.

Em todas as faixas etárias a cobertura vacinal foi maior que 100%, sugerindo a ocorrência de invasão de pessoas não moradoras no momento da vacinação ou o número subestimado de moradores da referida comunidade.

A notificação imediata da ocorrência dos casos de DM propiciou a realização das medidas de prevenção e controle, com a realização de quimioprofilaxia e vacinação oportunas, para o controle efetivo do surto nesta comunidade.

Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6º ed. Brasília (DF); 2005.

2. World Health Organization. Control of Epidemic Meningococcal Disease. WHO. Practical Guidelines. 2ª ed. 1998. Disponível em: http://www.who.int/csr/resources/publications/meningitis/WHO EMC_BAC_98_3_EN/en/ [2006 jul 18].
3. Meira DA. Doença Meningocócica. *In*: editores Veronesi R, Focaccia R. Tratado de Infectologia. Segunda edição. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 645-54.
4. American Academy of Pediatrics. Infecções Meningocócicas. *In*: Pickering LK, ed. Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Disease. 26ª edição. Elk Grove Village; 2003: 444-450.
5. Prefeitura do município de São Paulo. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/subpreituras/spcs> [2006 jul 18].
6. Carvalhanas TRM P, Brandileone MCC, Zanella RC. Meningites bacterianas. **Bepa** 2005 [Boletim *online*]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa17_meni.htm [2006 jun 26].
7. Centers for Diseases Control. Prevention and Control of Meningococcal Disease. Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** 2005; 54 (RR-7): 1-21. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5407a1.htm> [2006 jun 18].
8. Fundação Seade. Anuário Estatístico do Estado de São Paulo: 1999. São Paulo 2000.
9. Stiehm, E, Damrosch, D. Factors in the prognosis of meningococcal infection. **J. Pediatric** 1966; 68: 457-67.
10. Carvalhanas TRMP, Pellini ACG, Gorla MCO. Infecção Meningocócica. *In*: Antonio Carlos Lopes, editor. Tratado de Clínica Médica, v. 3. São Paulo: Roca 2006; seção 19, cap.386, p. 3996-4015.
11. Centers for Diseases Control. Epidemiology and Prevention of Vaccine – Preventable Diseases: the Pink Book. 9th ed. Atlanta (GA): 2006. Meningococcal disease. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nip/publications/pink/meni.pdf> [2006 jul 18].
12. Barroso DE, Carvalho DM, Nogueira AS, Solari CA. Doença meningocócica: epidemiologia e controle dos casos secundários. **Rev Saúde Pública** 1998; 32(1): 89-97.



Bepa
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 1º andar, s. 135
São Paulo - SP - tels.: (11) 3066-8823 / 3066-8825
e-mail: bepa@saude.sp.gov.br

Fale conosco

