

Protocolo clínico para manejo de pacientes adultos com suspeita de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)

- 4ª versão (revisada em 31/03/2021) -

1. OBJETIVOS

- Orientar o manejo clínico dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19 em adultos;
- Definir a classificação de gravidade, de acordo com o quadro clínico;
- Orientar os exames complementares específicos para investigação diagnóstica e notificação;
- Definir as medidas de suporte para cada paciente;
- Definir as melhores práticas em pacientes com quadro leve, moderado e grave, nas diferentes fases da doença.

2. APLICAÇÃO

- Unidades Básicas de Saúde / ambulatórios;
- Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs);
- Hospitais Municipais (enfermarias e UTIs);
- Maternidades Municipais.

3. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE

Manifestações clínicas	Febre, dispnéia, tosse, dor torácica, cefaléia, mialgia, anosmia, ageusia, rinorréia/coriza, diarreia, dor de garganta, adinamia.
Sinais de alarme	<i>Dispnéia, persistência de febre por 48 – 72 horas, retorno da febre após um período afebril de 48-72h, piora dos sintomas, oligúria, alteração do estado mental e hipotensão.</i>
Quadro leve	Presença de pelo menos duas das manifestações clínicas, exceto dispnéia mais: frequência respiratória < 24 irpm e SpO ₂ > 92% em ar ambiente (usar oxímetro de pulso).
Quadro moderado	Presença de dispnéia e qualquer outra das manifestações clínicas anteriormente citadas e necessidade de oxigênio suplementar (FiO ₂ até 30%*) para manter SpO ₂ > 92%.
Quadro grave	Presença de dispnéia e qualquer outra(s) das manifestações clínicas anteriormente citadas e pelo menos um dos seguintes critérios: <ul style="list-style-type: none"> - Necessidade oxigênio suplementar (FiO₂> 30%*) para manter SpO₂> 92 %; - Uso de musculatura respiratória acessória; - Disfunção orgânica (qSOFA**≥ 2); - Lactato > 2mmol/l ou > 18 mg/dl - SpO₂ / FiO₂< 315 (ideal coletar gasometria arterial com lactato)

* relação oferta de O₂ por sistema de baixo fluxo (catéter nasal) e FiO₂:

Fluxo O ₂ (L/min)	FiO ₂ (%)
1	24%
2	28%
3	32%
4	36%

**qSOFA

- Frequência respiratória > 22 irpm (1 ponto)
- Pressão arterial sistólica < 100 mmHg (1 ponto)
- Alteração do nível de consciência (1 ponto)

4. GRUPOS DE RISCO

- Idade > 60anos;
- Obesidade (IMC >35);
- Profissionais de saúde;
- Tabagismo;
- Hipertensão, diabetes mellitus, doença pulmonar prévia, doença cardiovascular, doença cerebrovascular, doença renal crônica, doenças hematológicas e neoplasias malignas;
- Imunossupressão por uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores, quimioterapia e radioterapia, imunodeficiências humorais e SIDA.

5. ABORDAGEM CLÍNICA

5.1 QUADRO LEVE

- Acompanhamento ambulatorial;
- Exame físico, incluindo oximetria de pulso;
- Prescrever medicações sintomáticas, como dipirona e paracetamol;
- Orientar isolamento domiciliar durante 10 dias, a contar do início dos sintomas;
- Orientar sobre sinais de alarme (ver quadro da página anterior) e, na presença deles, retornar a um serviço de saúde;
- Orientar sobre a importância de manter boa hidratação;
- Realizar reavaliação clínica a cada 48h, pelo menos, incluindo oximetria de pulso, até o 10º dia do início dos sintomas;
- Realizar notificação de caso suspeito e teste rápido de antígeno ou RT PCR - SARS CoV 2 (do 1º ao 7º dia do início dos sintomas) ou teste rápido de anticorpos (a partir do 8º dia do início dos sintomas), conforme disponibilidade; se resultado negativo ao teste de antígeno e sob alta probabilidade clínica-epidemiológica de COVID-19, coletar *swab* nasal para RT-PCR;

OBSERVAÇÃO: *o teste rápido de anticorpos não é indicado para diagnóstico em indivíduos previamente vacinados contra a COVID-19;*

- Não prescrever cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina, azitromicina ou nitazoxanida com finalidade antiviral.

ATENÇÃO: *o quadro clínico leve de alguns pacientes pode se deteriorar ao longo de uma semana; geralmente, dispneia e/ou dessaturação surgem sob uma mediana de cinco dias após o início dos sintomas e as hospitalizações ocorrem sob uma mediana de sete dias de doença. A persistência de sintomas além desses prazos e o retorno da febre 72h após ter desaparecido podem ser indicadores de agravamento do quadro clínico ora considerado como leve e deve reduzir o limiar para a indicação das condutas recomendadas para quadros moderados ou graves.*

5.2 QUADRO MODERADO

- Encaminhar para **internação em enfermaria**;
- Exame físico, incluindo oximetria de pulso;
- Prescrever medicações sintomáticas, como dipirona e paracetamol;

- Realizar **eletrocardiograma basal**;
- Realizar **radiografia de tórax** ou, se possível, **tomografia de tórax** de baixa dosagem;
- Realizar notificação de caso suspeito e teste de triagem (teste rápido de antígeno - do 1º ao 7º dia do início dos sintomas, ou teste rápido de anticorpos - a partir do 8º dia do início dos sintomas), se disponíveis; coletar também **swab nasal de todos os pacientes para pesquisa do genoma viral por RT-PCR (LACEN-PI)**, independente do resultado do teste de triagem e do tempo de início dos sintomas;

OBSERVAÇÃO: *o teste rápido de anticorpos não é indicado para diagnóstico em indivíduos previamente vacinados contra a COVID-19;*

- Solicitar: hemograma, PCR, potássio, magnésio, sódio, cálcio, uréia, creatinina, TGO, TGP, D-dímero, ferritina, DHL, TAP, TTPa, CPK, CK MB, troponina I, gasometria arterial e lactato;
- Prescrever **heparina não fracionada**(5.000UI SC de 8/8h se peso<60kg e 10.000UI SC de 12/12h se peso≥60kg;
- Prescrever **dexametasona** (6mg/dia, VO ou IV, por 10 dias), sempre associada à **ceftriaxona** 1g + AD 20ml, IV, 12/12 horas por, no mínimo, sete dias; sempre que possível, realizar avaliação laboratorial e radiológica prévia ao uso de corticóide; dexametasona pode ser substituída por prednisolona (40mg/dia, VO) ou prednisona (40mg/dia, VO) ou metilprednisolona (30mg/dia, IV); considerando uso de antibióticos e/ou hospitalização recentes e quadro clínico do paciente, conforme avaliação médica, ceftriaxona pode ser substituída por outro esquema antibiótico;
- Manter balanço hídrico equilibrado;
- Realizar manobra de prona espontânea, conforme descrito em item específico;
- Considerar ofertar oxigênio por cateter nasal (até 5 l/min), máscara com reservatório (até 10/min) ou através de cânula de alto fluxo nasal (até 50 l/min), para manter SpO₂>92%.;
- Manter vigilância em sinais de deterioração clínica e evolução para insuficiência respiratória aguda, principalmente uso de musculatura acessória, necessidade de oferta de FiO₂> 50% e taquipneia > 30irpm;
- Realizar exames hematológicos e bioquímicos de controle a cada 48h ou a qualquer momento, se necessário, durante o período de internação.
- Não prescrever cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina, azitromicina ou nitazoxanida com finalidade antiviral.
- Critério de alta hospitalar: paciente clinicamente estável, apresentando melhora dos sintomas e estando no mínimo entre 48-72h sem suporte de O₂ e afebril (sem uso de antitérmico).

5.3 QUADRO GRAVE

- Internação em **unidade de terapia intensiva (UTI)**;
- Exame físico;
- Prescrever medicações sintomáticas, como dipirona e outras, de acordo com necessidade;
- Realizar notificação de caso suspeito e teste de triagem (teste rápido de antígeno - do 1º ao 7º dia do início dos sintomas, ou teste rápido de anticorpos - a partir do 8º dia do início dos sintomas), se disponíveis; coletar também **swab nasal** para pesquisa do genoma viral por RT-PCR (LACEN-PI), independente do resultado do teste de triagem e do tempo de sintomas;

OBSERVAÇÃO: o teste rápido de anticorpos não é indicado para diagnóstico em indivíduos previamente vacinados contra a COVID-19;

- Realizar **eletrocardiograma** basal;
- Realizar **radiografia de tórax** ou, preferencialmente, **tomografia computadorizada de tórax**;
- Solicitar hemograma, PCR, potássio, magnésio, sódio, cálcio, creatinina, uréia, TGO, TGP, D-dímero, ferritina, DHL, TAP, TTPa, CPK, gasometria arterial e lactato;
- Prescrever **enoxaparina** (40-60mg SC 1x ao dia para pacientes até 99kg e 80mg SC 1x ao dia para peso ≥ 100kg). Reduzir a dose para 50% se clearance de creatinina entre 15-29 ml/min. Para disfunção renal com clearance < 15 ml/min, dar preferência à **heparina não fracionada** (5.000UI SC de 8/8h e 5.000-7.500UI SC de 8/8h se IMC>30);
- Prescrever **dexametasona** (6 a 10mg/dia IV, por 10 dias), sempre associada à **ceftriaxona** 1g + AD 20ml, IV, 12/12 horas por, no mínimo, sete dias; sempre que possível, realizar avaliação laboratorial e radiológica prévia ao uso de corticóide; considerando uso de antibióticos e/ou hospitalização recentes e quadro clínico do paciente, conforme avaliação médica, ceftriaxona pode ser substituída por outro esquema antibiótico; estudos clínicos têm demonstrado benefício de doses maiores de **dexametasona** para os pacientes de UTI com hipoxemia (relação PaO₂/FiO₂ < 200 e necessidade de oxigênio em alto fluxo ou ventilação mecânica). Nestes casos, recomenda-se utilizar 20mg EV por 5 dias, seguidos de 10mg EV por mais 5 dias.
- Manter balanço hídrico equilibrado;
- Ofertar oxigênio suplementar para manter SpO₂ > 92%; se necessidade de FiO₂ > 50% ou índice de oxigenação < 300, proceder com ventilação mecânica não invasiva (VNI) ou intubação orotraqueal por sequência rápida de intubação, acoplar *trachcare*, filtro HEPA e HME;
- Monitorar de perto os pacientes com SRAG (síndrome respiratória aguda grave) quanto aos sinais de complicações clínicas, como: lesão cardíaca aguda (12% dos casos), insuficiência renal aguda e infecção secundária (10% dos casos);
- Realizar exames hematológicos, bioquímicos de controle e ECG diariamente durante período de internação.
- Não prescrever, cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina, azitromicina ou nitazoxanida com finalidade antiviral.
- Critérios de alta da UTI: paciente clinicamente estável, lúcido ou com nível de consciência compatível com o basal pré-admissão, hemodinâmica estável sem drogas vasoativas, respirando em ar ambiente há pelo menos 24 horas ou com fluxo mínimo de oxigênio por cânula nasal (1-2 L/min), mantendo PaO₂/FiO₂ > 200.

6. MANEJO ESPECÍFICO

6.1 Tratamento da Insuficiência Respiratória Hipoxêmica e Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA).

A) Ventilação não invasiva

Indicação: pacientes em uso de oxigênio nasal ou por máscara com reservatório, SpO₂ < 90% e/ou frequência respiratória > 28 ir/min e/ou PCO₂ > 50 com pH < 7,25.

Precauções: dar preferência a leito de isolamento. Quando não for possível, todos os funcionários do mesmo ambiente devem usar EPIs para procedimentos com aerossóis e os demais pacientes do mesmo setor devem

necessariamente ter o diagnóstico de COVID-19.

Recomendações: EPAP até 10 cmH₂O, IPAP com delta máximo de 10 cmH₂O, menor FiO₂ para manter SpO₂ em torno de 90-92%. Utilizar por 30 a 120 minutos, podendo ser repetido de 3 a 4 vezes ao dia, dependendo da resposta e tolerância do paciente.

B) Intubação orotraqueal por sequência rápida

Indicação: pacientes que evoluem com necessidade de O₂ nasal maior que 5 litros/minuto, máscara com reservatório maior que 10L/min ou cateter de alto fluxo com FiO₂ crescente para manter SpO₂ > 92% e ou apresentarem FR > 30 irpm ou retenção de CO₂ (PaCO₂ > 50 mmHg e ou pH < 7,25), deverão ser prontamente intubados e ventilados mecanicamente.

Preparação da equipe: minimizar a exposição dos profissionais. Desse modo, participarão do procedimento um médico, um enfermeiro e um fisioterapeuta. O médico desta equipe deve ser o médico mais experiente em manejo de vias aéreas críticas, além de apto a realizar a cricotireoidostomia caso necessário. Todos devem estar com os EPI adequados incluindo a máscara N95 ou equivalente.

Procedimento: Deve-se seguir o proposto na sequência rápida de intubação orotraqueal. Neste procedimento, realiza-se a indução de sedação em conjunto com bloqueio neuromuscular utilizando agentes de ação rápida, visando facilitar a visualização e reduzir o risco de aspiração do conteúdo gástrico. Algumas adaptações devem ser feitas para reduzir o risco de contaminação.

Pré-oxigenação: utilizar máscara com reservatório com o menor fluxo de ar possível para manter oxigenação efetiva. Evitar ao máximo qualquer ventilação assistida com o dispositivo de bolsa-válvula-máscara ou o uso de dispositivos supraglóticos, pelo potencial de aerossolização e contaminação dos profissionais.

Manejo pós intubação: Confirmar o posicionamento do tubo por meio de capnografia caso possível ou por outras maneiras (ausculta atenta, ouvir estômago):

- Insuflar balonete;
- Conectar o paciente ao ventilador;
- Acoplar filtro apropriado no circuito expiratório;
- Instalar sistema de aspiração fechado (*trach-care*);
- Insuflar balonete, colocar insuflar e mensurar a pressão do balonete (cuff), manter entre 20-30 cmH₂O.

C) Ventilação mecânica protetora

- Modalidade: volume controlado ou pressão controlada;
- Volume corrente: 6ml/kg de peso predito;
- FiO₂: 100%;
- Frequência respiratória: 20 - 28 irpm (atenção para pacientes que estejam acidóticos antes da intubação, pois precisarão de maior FR);
- Relação I/E: 1:2 (atenção ao auto-peep);
- PEEP: 10-14cmH₂O (conforme tolerância hemodinâmica do paciente), mantendo driving pressure ≤15 e pressão

de platô $\leq 30\text{cmH}_2\text{O}$. Manter parâmetros por 1 hora, ajustando a FiO_2 conforme oximetria, objetivando $\text{SpO}_2 \geq 92\%$ e $< 97\%$, após coletar gasometria e ajustar conforme abaixo;

- Se relação P/F < 150 , proceder ajuste de PEEP conforme melhor complacência, mantendo a maior PEEP encontrada para melhor complacência, conforme tolerância hemodinâmica do paciente ≤ 15 e pressão de platô $\leq 30\text{cmH}_2\text{O}$.

D) Titulação de PEEP

- Modalidade VCV;
- VC 6-8 ml/kg de peso predito;
- Paciente sedado e curarizado;
- Iniciar com PEEP 10, subir 2 pontos a cada 60 segundos até o valor de 20 (24 emobesos);
- Reduzir a PEEP 2 pontos a cada 60 segundos, verificando a complacência estática, pressão de platô e drive pressure;
- Acompanhar a queda da drive pressure, quando ela voltar a subir, retomar para a última peep setada;
- Se relação $\text{PaO}_2 > 150$, permanecer com PEEP atual, mantendo driving pressure ≤ 15 e pressão de platô $\leq 30\text{cmH}_2\text{O}$;
- Ajustar FiO_2 para manter $\text{PaO}_2 \geq 65\text{mmHg}$ e $\leq 100\text{mmHg}$, com $\text{SatO}_2 \geq 92\%$ e $< 97\%$;
- Ajustar FR e relação I/E para $\text{CO}_2 \geq 35$ e $\leq 70\text{mmHg}$, com $\text{pH} \geq 7,15$ e $\leq 7,45$; atenção à presença de auto PEEP e para a possibilidade de hiperdistensão alveolar.

E) Manobra de prona em VMI

Indicação: $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2$ menores que 150 após no mínimo 4 horas de ventilação mecânica protetora com ajuste correto de PEEP, e sedoanalgesia adequada em conjunto com bloqueio neuromuscular garantindo o perfeito sincronismo respiratório.

Duração: no mínimo, 16 horas. Podendo em alguns casos, a depender da disponibilidade da equipe e resposta do paciente, ser prolongada até 22 horas.

Crítérios de boa resposta: $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 > 150$ com PEEP < 10 e $\text{FiO}_2 < 60\%$.

Número de sessões: após o término de cada manobra, o paciente em posição supina deve conseguir manter os parâmetros de boa resposta por no mínimo 4 horas, caso isso não ocorra o mesmo deve ser pronado novamente. Sendo assim, não ha número limite de sessões.

F) Bloqueadores neuromusculares

Indicação: $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2$ menores que 150 após no mínimo 4 horas de ventilação mecânica protetora com ajuste correto de PEEP, em pacientes com sedoanalgesia adequada, porém com assincronias ventilatórias. Não manter por tempo superior à 48 horas, exceto se assincronias complexas.

G) Manobra Prona Espontânea

Indicação: necessidade de O_2 suplementar para manter $\text{SpO}_2 > 92\%$.

Duração: manter pronado durante quatro horas, com O_2 suplementar através de cateter nasal (até 3L/min), máscara com reservatório (até 5L/min) ou alto fluxo nasal (até 30L/min). Durante a manobra, manter posição de

nadador em trendeleberg invertido, e acompanhar sinais vitais incluindo oximetria de pulso.

Crítérios de boa resposta: aumento de 10 pontos na relação SpO_2/FiO_2 . Caso o paciente apresente piora da hipoxemia ou referir desconforto respiratório, DESPRONAR IMEDIATAMENTE.

Número de sessões: despronar durante duas horas, e repronar. Se enfermaria, orientar o paciente a dormir na posição prona, se assim se sentir confortável.

7. MANEJO DE PACIENTES GESTANTES E PUÉRPERAS

7.1 Classificação de gravidade e abordagem clínica, notificação, indicações de internação, exames realizados para confirmação, avaliação e acompanhamento, monitoramento ambulatorial e hospitalar, indicações de oxigênio-terapia e ventilação mecânica para gestantes e puérpera são similares aos definidos para demais pacientes;

7.2 Realização de cardiotocografia, US gestacional ou transvaginal, avaliação fetal diária e uso de corticóides para maturação pulmonar fetal (conforme idade gestacional) e indicação de via do parto devem seguir recomendações obstétricas;

7.3 Outras medidas recomendadas: clampeamento precoce do cordão umbilical, alojamento conjunto, com obediência às normas de prevenção, precauções de contato e gotículas, gestantes e puérparas devem usar máscara cirúrgica, amamentação deve ser mantida, higiene das mãos antes e após contato com o RN.

REFERÊNCIAS

Alexander E. Gorbalenya, Susan C. Baker, Ralph S. Baric, et al. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses—a statement of the Coronavirus Study Group, bioRxiv 2020.

American College of Cardiology. Cardiology Magazine. Ventricular Arrhythmia Risk Due to Hydroxychloroquine-Azithromycin Treatment For COVID-19. March 29, 2020.

AMIB. Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da COVID-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. 18 de maio de 2020. Disponível em: [https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/maio/19/Diretrizes para o Tratamento Farmacologico da COVID - v18mai2020_2_.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/maio/19/Diretrizes_para_o_Tratamento_Farmacologico_da_COVID_-_v18mai2020_2_.pdf)

BRASIL. Guia de Vigilância Epidemiológica da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – Doença pelo Coronavírus 2019 – COVID-19. Ministério da Saúde. V. 3, 15/03/2021. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/Coronavirus/centrais-de-conteudo-corona/guia-de-vigilancia-epidemiologica-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-nacional-pela-doenca-pelo-coronavirus-2019-2013-covid-19-1/view>>. Acesso em 24 mar 2021.

Chih-Cheng Lai , Tzu-Ping Shih , Wen-Chien Ko , Hung-Jen Tang , Po-Ren Hsueh , Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and corona virus disease-2019 (COVID-19): the epidemic and the challenges, *International Journal of Antimicrobial Agents* (2020).

Expert consensus on preventing nosocomial transmission during respiratory care for critically ill patients infected by 2019 novel coronavirus pneumonia]. Respiratory care committee of Chinese Thoracic Society, ZhonghuaJie He He Hu Xi Za Zhi. 2020.

Fundação Municipal de Saúde de Teresina. Protocolo clínico para manejo de pacientes adultos com suspeita de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Versão 03 – junho/2020.

Horby P et al. RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19. *N Engl J Med* 2021 Feb 25;384(8):693-704.

Nuffield Department of Population Health. Low-cost dexamethasone reduces death by up to one third in hospitalised patients with severe respiratory complications of COVID-19. Randomised Evaluation of COVid-19 thERapY (RECOVERY). University of Oxford. 2020. Disponível em: <https://www.recoverytrial.net/news/low-cost-dexamethasone-reduces-death-by-up-to-one-third-in-hospitalised-patients-with-severe-respiratory-complications-of-covid-19>.

Orsi FA et al. Guidance on diagnosis, prevention and treatment of thromboembolic complications in COVID-19: a position paper of the Brazilian Society of Thrombosis and Hemostasis and the Thrombosis and Hemostasis Committee of the Brazilian Association of Hematology, Hemotherapy and Cellular Therapy. *hematoltransfus cell ther.* 2020;42(4):300–308.

Rasmussen SA, Smulian JC, Lednický JA, Wen TS, Jamieson DJ, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2020)

SBPT. Posicionamento da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) sobre o colapso em Manaus e tratamento preventivo e precoce da COVID-19, 17 de janeiro de 2021, disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2021/01/Posicionamento-SBPT-tratamento-precoce-COVID19-17-01-2021-1.pdf>

Tomazini BM. COALITION COVID-19 Brazil III Investigators. Effect of Dexamethasone on Days Alive and Ventilator-Free in Patients With Moderate or Severe Acute Respiratory Distress Syndrome and COVID-19: The CoDEX Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2020 Oct 6;324(13):1307-1316.

Villar J. Dexamethasone treatment for the acute respiratory distress syndrome: a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Respir Med.* 2020 Mar;8(3):267-276.

Documento elaborado em 31/03/2021 por:

Bruno Ribeiro de Almeida, CRM-PI 3132, Especialista em Medicina Intensiva pela AMIB, Residência Médica em Nefrologia no IAMSE -SP, Intensivista do Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela (IDTNP), Membro do COE do Estado do Piauí;

Kelsen Dantas Eulálio, CRM-PI 1740, Infectologista, Doutor em Medicina Tropical pela FIOCRUZ Infectologista do Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela (IDTNP), Membro do COE Teresina;

Marcelo Adriano da Cunha e Silva Vieira, CRM-PI 3129, neurologista, mestre em Ciências e Saúde (UFPI); doutor em Virologia (Instituto Evandro Chagas); Membro técnico da Gerência de Epidemiologia da FMS-Teresina e da Coordenação de Epidemiologia da SESAPI;

Maria do Amparo Salmito Cavalcanti, CRM-PI 371, Infectologista, Doutora em Medicina Tropical pela FIOCRUZ Infectologista do Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela (IDTNP), Professora Efetiva Universidade Estadual do Piauí, Membro do COE Teresina;

Maria Dolores da Rocha, CRMPI ,Especialista em Doenças Infecciosas e Parasitárias (UFPI) e em Medicina Intensiva, médica da Fundação Municipal da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí.

Norma Cely Salmito Cavalcanti, CRM-PI 3565, Infectologista do Centro Integrado Lineu Araújo e do Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela (IDTNP), Mestre em Medicina Tropical pela FIOCRUZ, Membro do COE Teresina;

Walfrido Salmito de Almeida Neto, CRM-PI 3565, Infectologista do Centro Integrado Lineu Araújo e do Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela (IDTNP), Mestre em Medicina Tropical pela FIOCRUZ, Membro do COE Teresina.