

# SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Larissa Cristina Terrezo Machado**

Médica de Família e Comunidade

Mestre em Saúde Pública - ENSP/Fiocruz

Superintendente de Atenção Primária - SMS Rio



24 de maio de 2023

# DIMENSÕES DA QUALIDADE

## E PORQUE PRECISAMOS DISCUTIR SEGURANÇA DO PACIENTE

*"[...] qualidade do cuidado como o grau com que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual".*

**Institute of Medicine (IOM)**

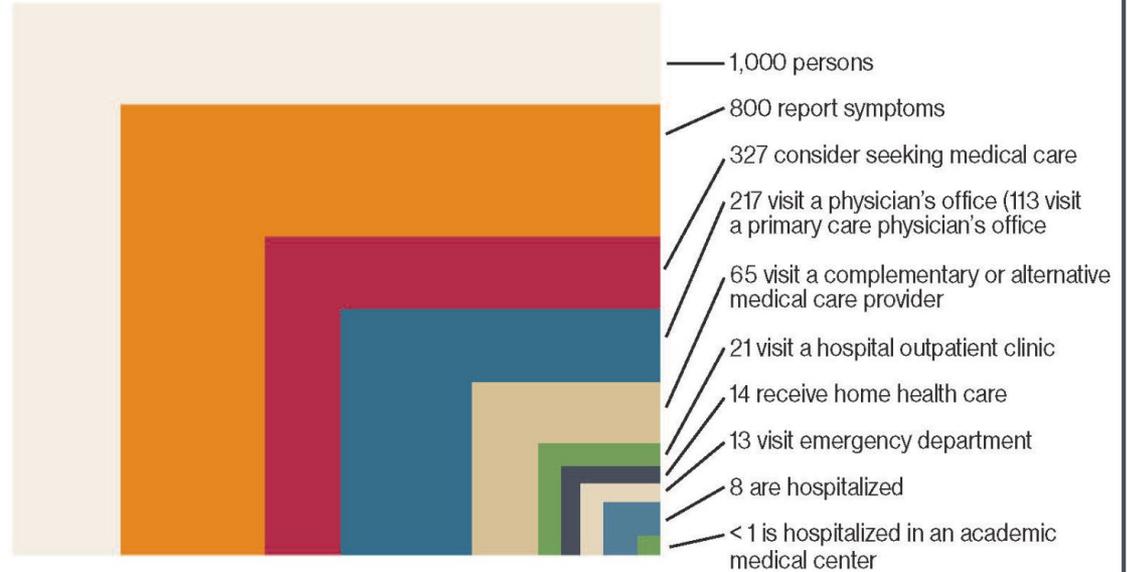


Fontes:  
Institute of Medicine (IOM), 2001.  
Organização Mundial da Saúde (OMS), 2006

# Ecologia dos Sistemas de Saúde

WHITE, 1961; GREEN, 2001

## Where Americans Get Health Care



Note: All numbers refer to discrete individual persons and whether or not they received care in each setting in a typical month

From: Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med.* 2001;344:2021-2025.48  
Reprinted with permission from the Massachusetts Medical Society.

90%

**DOS  
ATENDIMENTOS  
EM SAÚDE  
ACONTECEM FORA  
DO AMBIENTE  
HOSPITALAR**





**A MAIOR PARTE DAS  
INICIATIVAS DE  
MELHORIA DA  
QUALIDADE DO  
CUIDADO EM SAÚDE NO  
MUNDO ACONTECEM  
DENTRO DO AMBIENTE  
HOSPITALAR**

# CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

## E AS IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

- Atributos e Raciocínio Clínico
- Abrangência e frequência dos problemas de saúde
- Multimorbidades
- Centralidade no indivíduo e contexto biopsicossocial
- Pressão assistencial
- Prevenção Quaternária

**PRECISAMOS PENSAR SOBRE ISSO E MUDAR  
ESSE PARADIGMA...**

**MAS, ANTES DE MAIS NADA, SABEMOS QUÃO  
PREJUDICIAL É O CUIDADO REALIZADO NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?**

Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A, et al. **How safe is primary care? A systematic review.** *BMJ Quality & Safety* 2016;**25**:544-553.

**Estima-se que 1 a 2% das consultas de cuidados primários podem resultar em incidentes causados por erros, sendo os mais comuns relacionados a **comunicação** ou a **medicação**.**

**70%**

**dos eventos adversos foram considerados evitáveis**

Braithwaite, J., Glasziou, P. & Westbrook, J. **The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge.** BMC Med 18, 102 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01563-4>

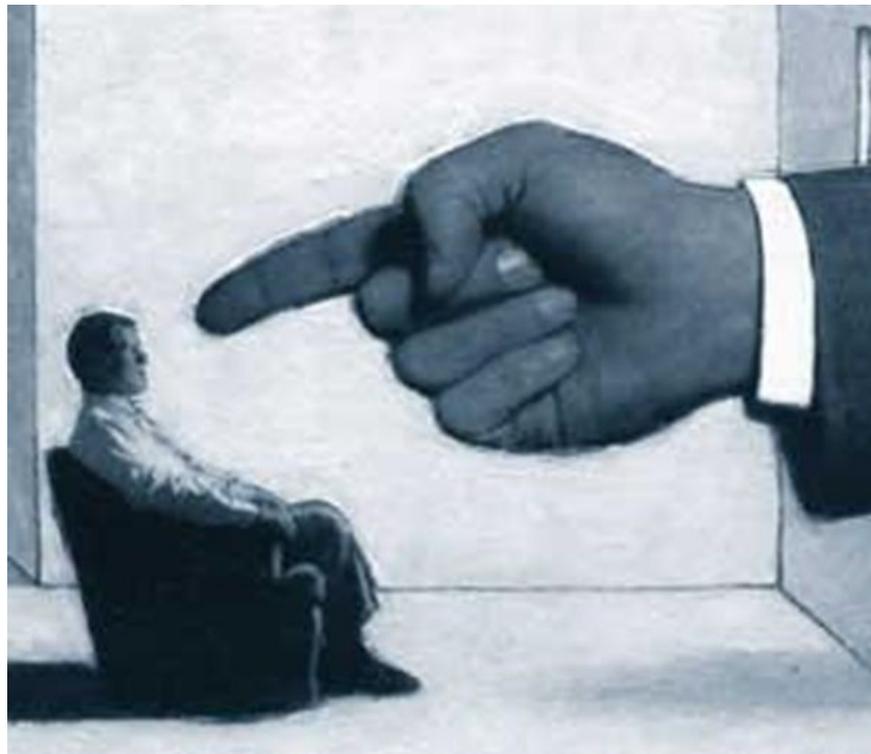
## “Sistemas de saúde precisam de reparos”

**60%** do cuidado alinhado com evidências e protocolos

**30%** representam algum tipo de excesso ou de cuidado de baixo valor

**10%** correspondem a dano

**FALHAS INDIVIDUAIS X FALHAS NO SISTEMA**



# Causas mais Frequentes de Erros na APS

- Erro de comunicação interprofissional
- Erro de comunicação com o paciente
- Falha no tratamento medicamentoso
- Erro diagnóstico
- Inadequação do Registro Clínico
- Falta de Capacitação do Profissional

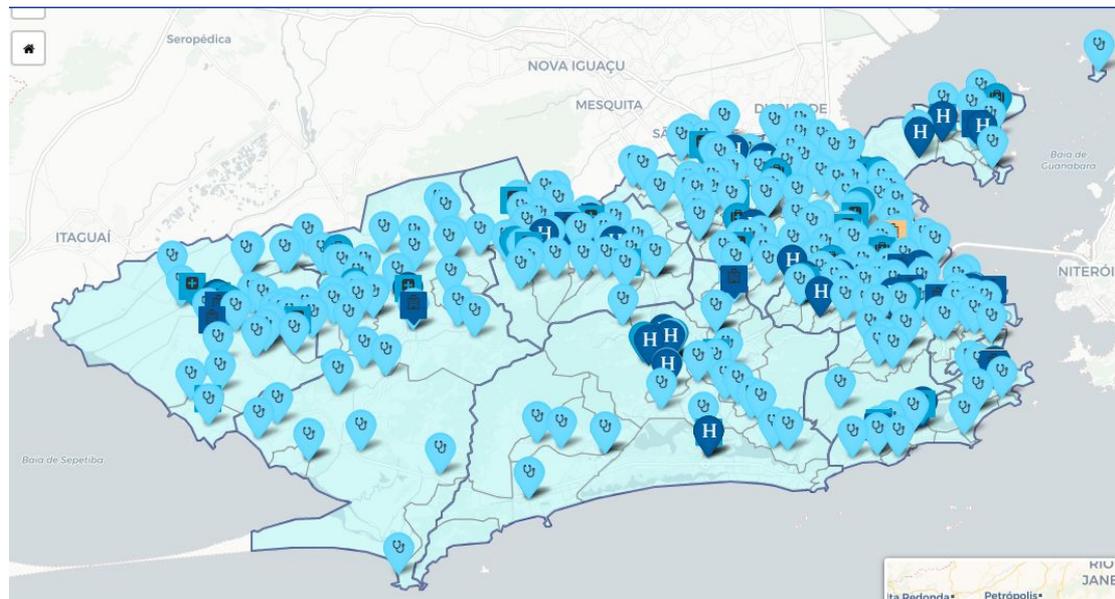
# Causas mais Frequentes de Erros na APS

- **Humanos - relacionados ao profissional**
- **Sistêmicos - relacionados ao ambiente de trabalho**
- **Externos - relacionados a fatores fora da governabilidade do gestor**
- **Relacionados ao paciente**

Grupos de causas dos incidentes	Causas específicas	Soluções
<b>Tratamento medicamentoso</b>	Troca de medicação; Interação medicamentosa grave; Duplicação de princípios ativos iguais ou sobrepor na sua ação; Atraso no início de tratamento; Troca de identificação de pacientes.	Normalizar apresentação da informação sobre o medicamento; Evitar medicamentos de aspecto e nome parecidos; Promover medidas de segurança na aplicação de injetáveis; Conciliar os tratamentos entre níveis de cuidados; Introduzir alertas de segurança nas aplicações da informática nas prescrições; Desmaterializar a prescrição.
<b>Erro no diagnóstico</b>	Atraso ou ausência de diagnóstico; Atraso ou ausência de avaliação de resultados de exames; Interpretação incorreta de Resultados Vieses de decisão; Troca de identificação de pacientes.	Introduzir alertas e follow-ups de resultados anormais; Normalizar a nomenclatura e interpretação dos exames; Disponibilizar sistemas de apoio à decisão.
<b>Comunicação interprofissional</b>	Troca de identificação de pacientes.	Minimizar o uso de instruções verbais ou telefônicas; Treinar e recertificar periodicamente os profissionais em entrevista clínica.
<b>Comunicação com o paciente</b>	Atraso ou falha na comunicação com o paciente; Comunicação ineficaz entre médico-paciente quanto ao diagnóstico ou medicação.	Treinar e recertificar periodicamente os profissionais em entrevista clínica; Verificar sistematicamente a identidade dos pacientes, cruzando mais do que um dado de identificação (ex: nome e data de nascimento), encorajando o paciente a participar ativamente no processo; Partilhar experiências de quase-erro, EA e eventos-sentinela; Fornecer informação clara e escrita sempre que possível implementar registro clínico único.

<b>Organização do serviço de saúde</b>	Circulação do paciente dentro do sistema; Falta de procedimentos normalizados para todas as intervenções desde a entrada até à saída do paciente.	Estabelecer procedimentos de avaliação e prevenção de erro em todo o circuito do paciente dentro do sistema de saúde; Testar os procedimentos com simulação de casos; Atualizar os procedimentos periodicamente de forma a incorporar as técnicas mais seguras e o conhecimento científico mais atual.
<b>Registros clínicos</b>	Ausência de registros (dados do paciente); Troca de identificação de paciente.	Introduzir sistemas de apoio à decisão, alertas ou passos limitantes nos programas de registro clínico.
<b>Capacitação do profissional</b>	Não valorização do risco de erro por parte de profissionais e pacientes; Desconhecimento de medidas de prevenção.	Desenvolver redes de comunicação entre profissionais e entre pacientes; Capacitar os pacientes e o público em geral como parceiros no processo de cuidados de saúde, incluindo os pacientes nas medidas que contribuem para a sua própria segurança.
<b>Notificação de Incidentes</b>	Desconhecimento da existência de incidentes em circunstâncias semelhantes e respectivas soluções.	Propor instrumentos para detectar o EA realçando a importância de uma cultura de não culpabilização de incentivo à notificação; Implementar um sistema nacional de notificação de EA, voluntário e obrigatório para os eventos graves, não culpabilizante; Implementar rotinas de partilha e discussão de EA dentro das equipas; Implementar sistemas de registro de incidentes dentro das equipas (ex. Diário de Bordo); Premiar as organizações que incluem na sua prática a identificação, notificação, avaliação e implementação de medidas de correção de EA.

# A REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO



**237**

Unidades APS



CF  
130

CMS  
104

CSE  
3

**1.337**

Equipes APS



eSF  
1.289

eAP  
38

eCNAR  
10

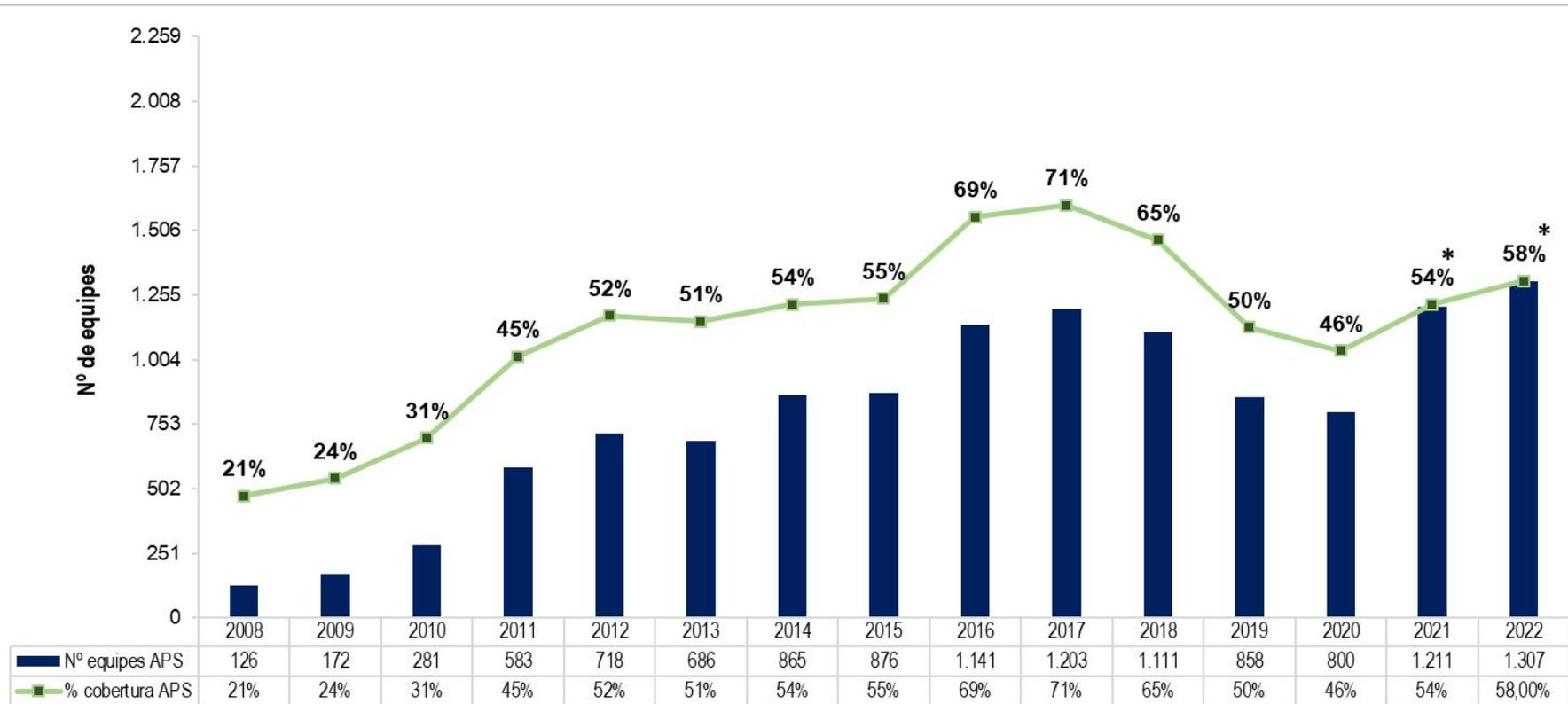
**22**

Equipes APS Prisional



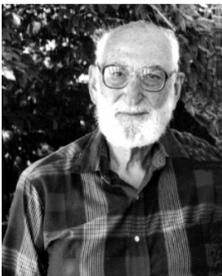
Unidades Prisionais Cobertas  
28

# COBERTURA ESF RIO DE JANEIRO



Fonte: e-Gestor AB.

\* Para o cálculo da cobertura dos anos de 2021 e 2022 foi utilizado como parâmetro o nº de 3000 pessoas por equipe



Avedis Donabedian



## ESTRUTURA

Recursos Financeiros

Recursos Humanos

Instalações

Expansão da cobertura  
de APS

Equipamentos

Carteira de Serviços da  
APS

## PROCESSO

Incentivo à Qualificação  
Profissional

Confecção de Protocolos  
Clínicos

**Médico e  
Enfermeiro RT:  
Integralidade,  
Coordenação e  
Educação**

## RESULTADO

Indicadores Sanitários

Indicadores de  
Desempenho

Satisfação dos Usuários

**TRÍADE DE COGESTÃO: GERENTE, MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO E ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO**

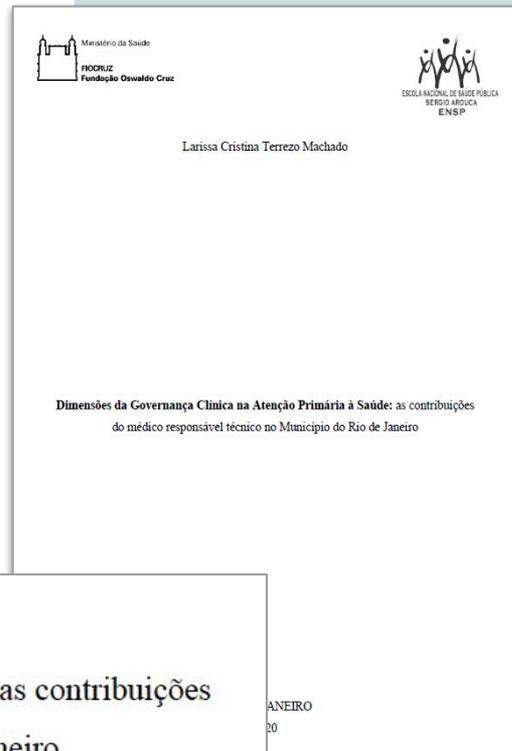
## QUADRO II. Elementos constituintes da governação clínica de acordo com Nigel Starey<sup>6</sup>

- I. **Educação e treino** – Dada a velocidade com que são produzidos novos conhecimentos na área da medicina, nenhum médico se deve abster da formação contínua em qualquer altura da sua prática clínica e constitui mesmo um dever manter-se actualizado. Vários sistemas, para apoiar a educação médica contínua, têm sido desenvolvidos e apoiados por diversas organizações e patrocinadores. As organizações de saúde devem responsabilizar-se por proporcionar aos seus colaboradores formação de qualidade baseada na evidência.
- II. **Auditoria Clínica** – De uma forma ou de outra, as auditorias têm feito parte da boa prática clínica ao longo de gerações. Em 1989, o White Paper definiu-a como uma «análise crítica e sistemática da qualidade dos cuidados médicos, incluindo os procedimentos de diagnóstico e tratamento, a utilização de recursos e os consequentes resultados e qualidade de vida para o doente», confrontando-os com critérios de qualidade. O ciclo de uma auditoria clínica começa com a identificação de um problema, continua com a definição de critérios ou indicadores de qualidade, recolha da informação, comparação do desempenho observado com os critérios de qualidade definidos e termina com a execução da mudança.
- III. **Efectividade Clínica** – É a medida em que uma determinada prática clínica melhora o estado de saúde da população concreta que a recebe nas condições habituais. A efectividade clínica tem sido promovida através do desenvolvimento de normas de orientação clínica baseadas em evidências resultantes de ensaios clínicos controlados, metanálises e revisões sistemáticas. Para além da efectividade clínica, os aspectos relacionados com a eficiência (custo-efectividade) e com a segurança dos procedimentos devem ser tidos em conta pelos profissionais de saúde. Os responsáveis pela governação clínica dentro das organizações devem incentivar a prática de uma medicina baseada em claras evidências de efectividade explicitando a necessidade de justificar práticas menos efectivas.
- IV. **Desenvolvimento e investigação** – A governação clínica incentiva à investigação, à pesquisa e ao desenvolvimento de normas de orientação clínica e implementação de protocolos baseados na evidência de efectividade, de forma a melhorar continuamente os resultados nos utentes.
- V. **Transparência** – A abertura das organizações ao «escrutínio público», salvaguardando a confidencialidade do utente e do prestador de cuidados, é uma parte fundamental da garantia de qualidade.
- VI. **Gestão do risco/ Segurança dos doentes** – A prestação de cuidados de saúde é uma actividade complexa, incerta no resultado e com elevado potencial de causar danos para os utentes, para os próprios profissionais de saúde e para a organização.

*A Governança Clínica é uma estratégia que surgiu em 1997, no Reino Unido, com o objetivo de melhorar continuamente a qualidade dos serviços de saúde, cuja definição central está associada “à promoção contínua da qualidade, assegurando elevados padrões de cuidado e criando ambiente voltado à excelência clínica”.*

*Esta ferramenta estruturou a base de outras importantes reformas, como as que ocorreram no Reino Unido e, mais recentemente, em Portugal, que têm como uma de suas inovações o fomento à governança local por equipes e profissionais destinados a essa função.*

**Dimensões da Governança Clínica na Atenção Primária à Saúde: as contribuições**  
do médico responsável técnico no Município do Rio de Janeiro



As Metas  
Internacionais de  
Segurança do  
Paciente e a  
Atenção Primária

# SEGURANÇA DO PACIENTE

- 1 Identificar corretamente o paciente.
- 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
- 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

**Melhorar sua vida, nosso compromisso.**

# Meta 1 - Identificar corretamente o paciente

Conferir nome completo e data de nascimento  
Atualização de cadastro

The screenshot displays the VITA-CARE interface for a patient's record. The patient is identified as a 12-year-old male. The interface is organized into several sections:

- Resumo Clínico:** Includes sections for "Problemas Ativos" (None), "Medicação Crônica" (None), "Monitorização" (None), "Vacinas" (Vaccines), and "IMC" (None).
- Medicação Crônica:** A section for chronic medications.
- Outra Medicação em uso (4):** A section for other medications.
- Últ. Atend. Médico (1):** Last medical consultation.
- Últ. Atend. Odonto:** Last dental consultation.
- Últ. Atend. Não Médico:** Last non-medical consultation.
- Últ. Atend. Enfermagem:** Last nursing consultation.
- Últ. Reg. VD ACS (1):** Last registration in the ACS (Community Health Agent).
- Monitorização:** A section for monitoring.
- Alergias:** A section for allergies.
- Alertas (3):** A section for alerts.
- Lembretes:** A section for reminders.
- Programas de Saúde (1):** A section for health programs.

The interface also shows navigation tabs at the top (MÍDIO, PACIENTES, ABERTAS, INDICADORES, LEMBRETES, MONITORAMENTO, PRÓX. PERFIL) and a bottom toolbar with icons for various functions like "ESTRUT. PACIENTES", "NOVO CAD", "DOCUMENTOS", "INFORMAÇÕES", "CONSULTAS", "VALORAR O DESEMPENHO", "INTERFERIR", "SAÚDE", "INFORM. PATIENTES", and "IMPRIMIR".



Vínculo - Longitudinalidade - Adscrição territorial

# Meta 2 - Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde

## Comunicação entre profissionais de uma mesma unidade e de uma mesma equipe

- Cuidado compartilhado (eSF, NASF, farmácia, etc)
- Reunião de equipe
- Prontuário / registro clínico

## Comunicação entre serviços de diferentes níveis de atenção

- Referência e Contrarreferência
- Sistemas de regulação
- **Sistema de alta referenciada (SISARE)**

# SISTEMA DE ALTA REFERENCIADA - SISARE

- Principal
- Downloads e Protocolos Clínicos
- Unidades e Equipes
- Gestão de Conteúdo
- Formulários personalizados
- Relatórios personalizados

## LISTAGEM DE ALTAS

SISTEMA DE ALTAS REFERENCIADAS

Ícones de navegação: Início, Registrar Alta, Altas pendentes, Relatório, SISARE antigo, Manual de instruções

Filtros de busca:

AP:  | Unidade de referência:  | Unidade de atendimento:

Nome:  | CPF:  | CNS:  | Data de nascimento:

Guia:  | Entrada na internação:  | Saída da internação:  | Data de Digitação:  | Possui feedback:

EXPORTAR LISTA | LIMPAR FILTROS | BUSCAR

Dt Digitação	Identificação	Nome completo	Dt. Nascimento	Período de internação	Guia	
24/05/2023	[REDACTED]	[REDACTED]	28/08/1996 26 ano(s)	19/05/2023 à 22/05/2023	Gestante e Puérpera	<a href="#">Visualizar</a> <a href="#">Feedback</a>
24/05/2023	[REDACTED]	[REDACTED]	18/04/1938 84 ano(s)	02/04/2023 à 22/05/2023	Adulto e Idoso	<a href="#">Visualizar</a> <a href="#">Feedback</a>

Diagnóstico Principal - CID

I21.9 INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO NE

Comorbidade Associada - CID

Motivo do encaminhamento

Informe abaixo o motivo do encaminhamento:

PACIENTE CARDIOPATA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA COM QUADRO CLÍNICO COMPATÍVEL COM INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO. REALIZOU CATETERISMO NO DIA 23 DE MAIO.

Resumo da alta e recomendações

Informe abaixo o resumo da alta e as recomendações:

- 1- DIETA PARA HIPERTENSO
- 2- ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL JUNTO AO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
- 3- ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

Anexos

Nenhum anexo disponível

VOLTAR PARA A LISTAGEM



## DECLARAÇÃO DE TRATAMENTO CONCLUÍDO PARA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

NOME DA GESTANTE: \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Método Diagnóstico:

( ) TESTE RÁPIDO

( ) OUTROS (Qual? \_\_\_\_\_)

VDRL Inicial: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TITULAÇÃO: \_\_\_\_\_

SINAN: \_\_\_\_\_

### ESTADIAMENTO:

( ) Sífilis recente – primária, secundária ou latente recente

( ) Sífilis tardia – latente tardia, latente de duração ignorada ou terciária

### TRATAMENTO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_

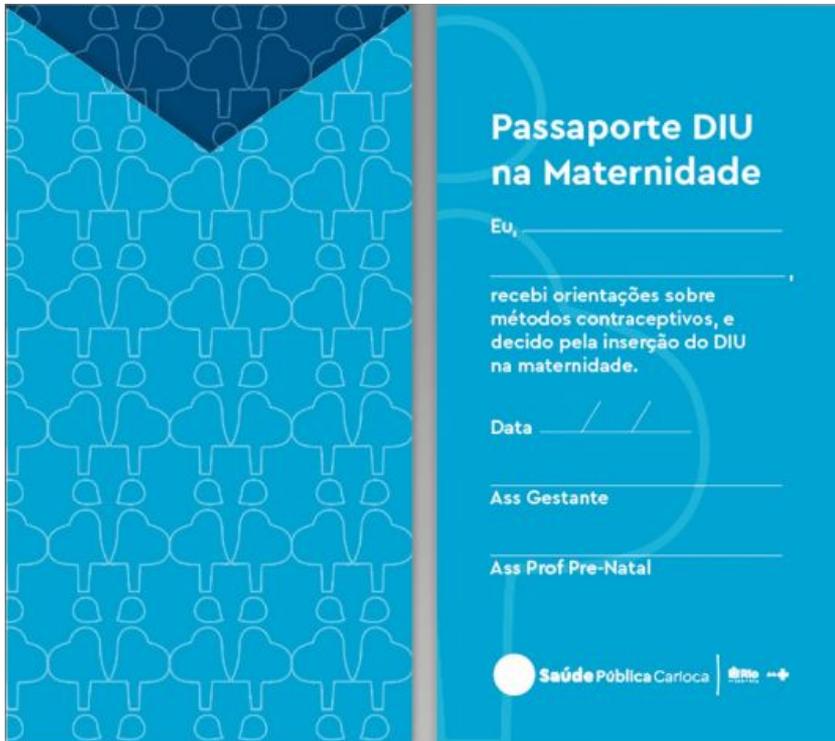
### MONITORAMENTO VDRL

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Titulação: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO CONCLUÍDO? SIM ( ) NÃO ( )

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CARIMBO E ASSINATURA:



# Meta 3 - Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos

## Imunobiológicos

### Medicamentos





# Formulário de Monitoramento do Erro de Imunização 2023



SUBPAV/SVS/Coordenação do Programa de Imunizações

## FORMULÁRIO DE MONITORAMENTO DE ERRO DE IMUNIZAÇÃO 2023

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº E-SUS NOTIFICA:

DATA DA NOTIFICAÇÃO:

DATA DE RECEBIMENTO CPI:

OPORTUNO: ( ) SIM ( ) NÃO

AP:

UNIDADE:

NOME DO CASO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

NOME DO RESPONSÁVEL:

### 2. IMUNOBIOLÓGICO (S) DO EI

DATA VACINAÇÃO	IMUNOBIOLÓGICO ENVOLVIDO NO EI	DOSE	LOTE	LABORATÓRIO PRODUTOR	UNIDADE VACINADORA/CNES

### 3. DESCREVER O ERRO DE IMUNIZAÇÃO:

### 4. TRANSCREVER A CADERENETA COMPLETA DO CASO (com data):

Dose/Vacina	BCG	Hepatite B	Rotavírus	Difteria	Tétano VOP	Difteria	Meningocócica C	Covid19
1ª dose								
2ª dose								
3ª dose								
	Febra amarela	Triplice viral Tetra viral	Hepatite A	Difteria		Tétano VOP	Meningocócica C	ACWY
Dose zero								
01 ou 03 ou 04								
02 ou 02								
Outras:								

### 5. PROFISSIONAL (S) ENVOLVIDO (S) NO EI

Nome completo	Categoria	Tempo de atuação em Imunização	Ano da última capacitação

### 6. MONITORAMENTO SEMANAL DO CASO

1ª SEMANA:  sem ESAVI  com ESAVI. Qual?

2ª SEMANA:  sem ESAVI  com ESAVI. Qual?

3ª SEMANA:  sem ESAVI  com ESAVI. Qual?

4ª SEMANA:  sem ESAVI  com ESAVI. Qual?

7. AVALIAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA (motivos, razões e causas identificados pela equipe técnica que contribuíram para a ocorrência de evento insusitado ou erro programático):

### 8. CONDUÇÃO PELA DVS/CAP

RESPONSÁVEL DVS/CAP:

## PARECER TÉCNICO Nº XX/2023



SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO FARMÁCEUTICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES

De: CPI/SVS/SUBPAV/S

Data da Ocorrência:

Unidade onde ocorreu o EI:

DVS:

Avaliador Técnico:

TIPOS DE ERRO DE IMUNIZAÇÃO:

- Administração da vacina incorreta;
- Erros de administração - Na técnica de aplicação;
- Erros de administração - No uso incorreto de diluentes, administração de outros produtos que não vacinas e/ou diluentes;
- Erros de manuseio (conservação de temperatura, transporte e armazenamento inadequado);
- Intervalo inadequado entre doses;
- Validade vencida;
- Erros de prescrição ou indicações (fora da idade recomendada);
- Ausência de avaliação de contra-indicações ou precauções;
- Intercâmbio de produtos de vacina;
- Outros: \_\_\_\_\_.

### AVALIAÇÃO SOBRE O ERRO DE IMUNIZAÇÃO

### RECOMENDAÇÕES E CONDUTAS TÉCNICAS

Data: / /2023  
Coordenação do Programa de Imunizações/SVS/SUBPAV/S

# COMO REGISTRAR A NOTIFICAÇÃO NO e-SUS NOTIFICA?

EVENTO ADVERSO PÓS VACINAÇÃO ^

**5** → Tipo de Evento

Erro de Imunização ×

Tipo de Erro

Data de início

Hora Início

Data de término

Hora Término

Classificação de gravidade

Desfecho (evolução do caso)

NARRATIVA DO CASO E OUTRAS INFORMAÇÕES ^

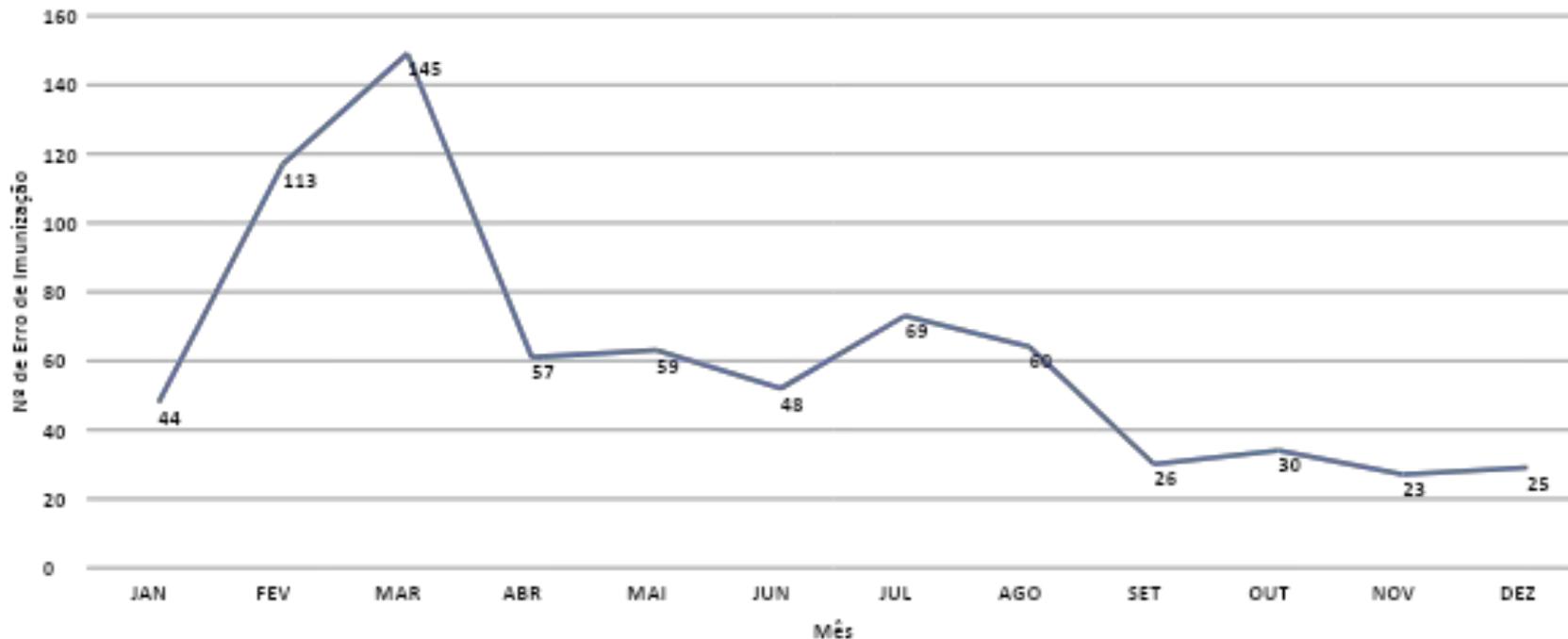
Descrição do caso

**5. No campo Tipo de evento Inserir Erro de Imunização, preencher todos os campos e adicionar.**

# VACINAÇÃO ROTINA MRJ - 2022

## Distribuição mensal das notificações do Erro de Imunização

**N= 699**  
**Incidência/100.000**  
**doses Aplicadas: 9,3**



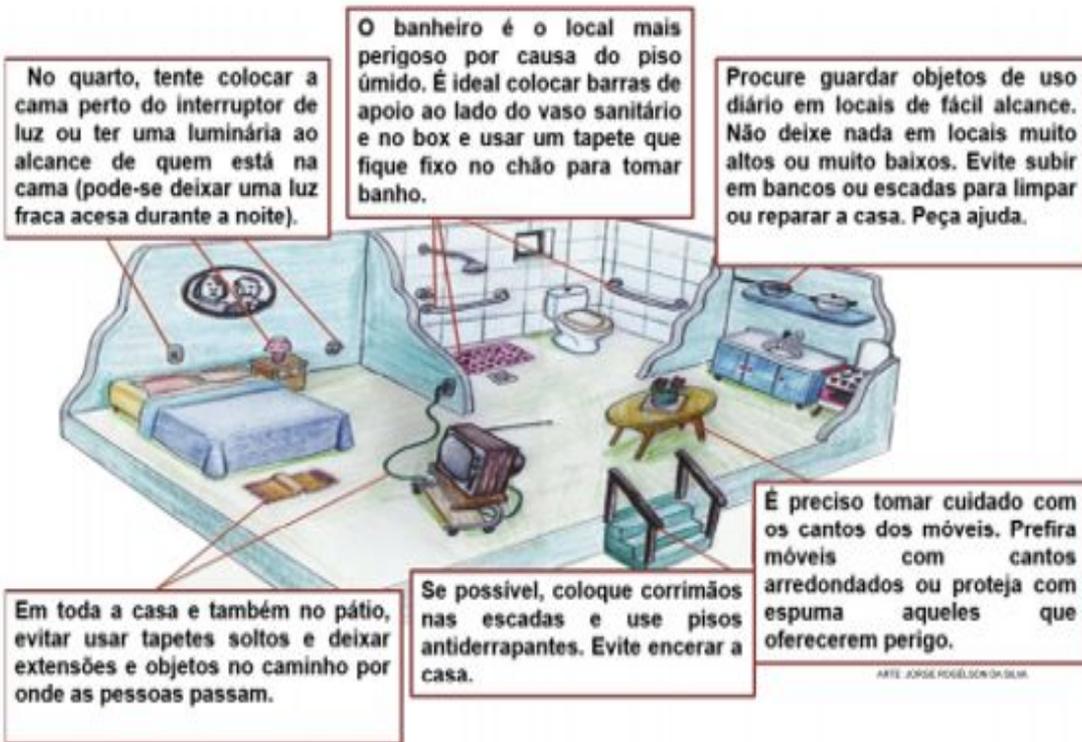
# Meta 4 - Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos



# Meta 5 - Higienizar as mãos para evitar de infecções



# Meta 6 - Reduzir o risco de quedas e úlceras de pressão



# Outras condições de interesse em saúde pública que se beneficiam de medidas de Segurança do Paciente

- TUBERCULOSE
- MORTALIDADE MATERNA
- MORTALIDADE INFANTIL
- SÍFILIS CONGÊNITA

## Linha de cuidado - Sífilis





Avaliação retrospectiva dos episódios de cuidado com foco na melhoria da qualidade do cuidado, na eficácia e segurança do paciente.

**Informe seus dados para acesso**

e-Mail:

Senha:

Profissionais de instituições/empresas, para recuperar ou alterar a senha de acesso [clique aqui](#).

Profissionais de saúde liberais, para recuperar a senha de acesso [clique aqui](#).

Múltiplos sistemas de notificação não integrados

DATASUS - SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

Sistema Federal

segunda-feira, 21 de setembro de 2009

Investigação de Óbito

Investigação de Óbito Materno

Investigação de Óbito Infantil

MENU PRINCIPAL

Usuário: SIM SINASC FEL

Últimas Notícias:

- Aguardando informação

Novidades:

- Aguardando informação

Documentações:

- Aguardando informação

SIM Sistema de informação sobre mortalidade

Versão 2.0

# Desafios

- Multiplicidade de sistemas de notificação
- Núcleos de Segurança do Paciente
- Difusão da temática no ensino
- Difusão da temática entre usuários e profissionais
- Incentivo à notificação
- Vigilância dos erros e eventos adversos
- Inclusão da SP em documentos técnicos das linhas de cuidado e no monitoramento de eventos sentinela (ex: óbito materno, óbito infantil)
- Cultura punitivista

# Muito obrigada!



larissaterrezo.sap@gmail.com



Saúde Pública Carioca

