

**Plano de Contingência e Ação Municipal
para Infecção Humana pelo novo Coronavírus
(COVID-19) de Vera Cruz (RS)**

Liseana Palma Flores

Secretária Municipal de Saúde

Angela Machado Ferreira

Médica do NASF-AB

Daniela Roehrs Schneider

Enfermeira da Vigilância em Saúde

Samia Nassere

Nutricionista do NASF-AB

Vera Cruz, Março de 2020

VERSÃO 2

(Maio de 2020)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
3. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO.....	5
4. DEFINIÇÕES DE CASO E AGENTE ETIOLÓGICO	6
5. SITUAÇÃO MUNDIAL, NO BRASIL E RIO GRANDE DO SUL.....	9
6. NÍVEIS DE RESPOSTA	16
7. VIGILÂNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	19
8. ASSISTÊNCIA EM SAÚDE.....	20
9. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	23
10. REFERÊNCIA HOSPITALAR.....	24
11. LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA (LACEN/RS).....	25
12. VIGILÂNCIA EM SAÚDE (EPIDEMIOLÓGICA E SANITÁRIA).....	26
13. REDE MUNICIPAL.....	27
14. ANEXOS.....	29

1. INTRODUÇÃO

Este documento apresenta o Plano de Contingência Municipal da cidade de Vera Cruz (RS) para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID19), a fim de orientar funcionários, colaboradores e munícipes sobre as medidas de prevenção e controle dessa infecção, além de dispor sobre as medidas que devem ser adotadas em casos suspeitos ou confirmados. Todas as informações aqui descritas estão baseadas nas orientações Federais e Estaduais fornecidas e na melhor evidência científica disponível até o momento, podendo ser atualizado conforme evolução das pesquisas.

A estruturação da resposta em três níveis é geralmente usada em planos de preparação e resposta em todo o mundo. Deste modo, seguimos a recomendação do Ministério da Saúde (MS). Toda medida deve ser proporcional e restrita aos riscos.

O plano orienta quanto a atuação em situação de suspeita da doença, contempla a redução dos riscos de transmissão e dispõe sobre o fluxo da assistência em caso de confirmação de casos. Na versão 02 estão contemplados também as ações que visam ampliar e qualificar a rede de saúde do município, no que tange à média complexidade.

2. OBJETIVOS

- Descrever as ações de Vigilância e Atenção em Saúde no município de Vera Cruz em todos os níveis de complexidade, a serem executadas frente a detecção de um caso suspeito de COVID-19;
- Minimizar riscos à população frente a um caso suspeito de COVID-19;
- Divulgar informações em saúde;
- Estabelecer estratégias de Comunicação de Risco;
- Orientar a adoção de medidas preventivas e indicação de uso de EPI.
- Planejar e qualificar a ampliação da rede de saúde do município, visando a efetivação das melhorias necessárias à assistência em saúde da população nos casos suspeitos de COVID-19.

3 CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO

O município de Vera Cruz situa-se a 166 Km da capital Porto Alegre e possui uma área territorial de 310 quilômetros quadrados, sendo a base da economia, majoritariamente, a cultura e fabricação de produtos do tabaco.

Segundo a estimativa populacional do IBGE para 2019, Vera Cruz possui 26.618 habitantes. O censo IBGE 2010 contabiliza 4.476 domicílios particulares permanentes na área urbana e 3.517 domicílios particulares permanentes na área rural.

4. DEFINIÇÃO DE CASO E AGENTE ETIOLÓGICO

As ações descritas a seguir são embasadas no conhecimento atual sobre o COVID-19 e estão em consonância com as orientações do MS e da OMS. Os documentos citados, além de outras atualizações, podem ser encontrados nos sites oficiais:

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

<http://saude.gov.br/coronavirus>

<https://saude.rs.gov.br/coronavirus>

A partir da declaração de transmissão comunitária da COVID-19 pelo governo do Estado do Rio Grande do Sul em 20 de março de 2020, e da Portaria Nº 454 publicada na mesma data pelo Ministério da Saúde, adota-se nova estratégia de vigilância e controle da doença no território do Rio Grande do Sul, passando para a fase de mitigação.

As ações de enfrentamento ao COVID-19 devem acompanhar as definições descritas a seguir:

4.1 SÍNDROME GRIPAL (SG)

Indivíduo com quadro respiratório aguda, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória.

EM CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS: considerar também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

EM IDOSOS: a febre pode estar ausente, considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

4.2 SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

EM CRIANÇAS: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

As estratégias de vigilância e controle da SG e da SRAG relacionadas à COVID-19, assim como os sistemas de informação, a rede laboratorial e os critérios para testagem, devem ser acompanhadas pelas Notas Informativas do COE/RS: <https://saude.rs.gov.br/coronavirus-plano-de-contingencia>.

4.3 AGENTE ETIOLÓGICO

Coronavírus é uma família de vírus que causam infecções respiratórias. O novo agente do coronavírus (SARS-CoV2) foi descoberto em 31/12/19 após casos registrados na China.

Os primeiros coronavírus humanos foram isolados pela primeira vez em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do perfil na microscopia, parecendo uma coroa.

A maioria das pessoas se infecta com os coronavírus comuns ao longo da vida, sendo as crianças pequenas mais propensas a se infectarem com o tipo mais comum do vírus. Os coronavírus mais comuns que infectam humanos são o alpha coronavírus 229E e NL63 e beta coronavírus OC43 e HKU1.

No cenário atual, estão sendo testados nos laboratórios de referência outros tipos de coronavírus conhecidos e que podem ser detectados em pacientes testados para SARS-CoV2. É importante diferenciar o resultado para não gerar medidas desnecessárias. Dúvidas devem ser sanadas com as autoridades.

Os tipos de coronavírus conhecidos até o momento são:

- Alpha coronavírus 229E e NL63;
- Beta coronavírus OC43 e HKU1;
- SARS-CoV (causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave ou SARS);
- MERS-CoV (causador da Síndrome Respiratória do Oriente Médio ou MERS);
- SARS-CoV-2: novo tipo de vírus do agente coronavírus, chamado de coronavírus, que surgiu na China em 31 de dezembro de 2019.

Ao se definir um caso como suspeito é importante:

- Proceder com o isolamento do paciente, através da colocação de máscara cirúrgica e segregação em área com pouca ou nenhuma circulação de pessoas;
- Notificação do caso às autoridades epidemiológicas locais (contato telefônico e preenchimento da ficha de notificação disponível no site: <http://bit.ly/2019-ncov>);
- Avaliar a gravidade do quadro clínico e seguir orientações em relação ao transporte e internação dos casos suspeitos graves de acordo com a regulação local e estadual;
- Proceder a coleta de uma amostra de swab (ANEXO 3);
- Realizar o levantamento dos contactantes ou comunicantes.

5. SITUAÇÃO MUNDIAL, NO BRASIL E RIO GRANDE DO SUL

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – COVID-2019

CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA DO RIO GRANDE DO SUL/COERS

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 1 a 16 de 2020

SITUAÇÃO MUNDIAL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou, no dia 21/04/2020, o número de 2.397.216 casos confirmados no mundo, dos quais 162.956 evoluíram para óbito até esta data. Nas Américas, foram confirmados 893.119 casos e, entre estes, 42.686 óbitos até o momento, sendo os Estados Unidos da América o país com o maior número de casos e óbitos, 751.273 e 35.884 respectivamente.

SITUAÇÃO NO BRASIL

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi confirmado em 26/02/2020 em São Paulo, com histórico de viagem para a Itália. O Ministério da Saúde (MS) atualizou, em 21/04/2020, a situação dos casos no território nacional: 43.079 confirmados, sendo que 2.741 destes evoluíram para óbito até esta data. Foram registrados óbitos em todas as unidades da federação.

SITUAÇÃO NO RIO GRANDE DO SUL (RS)

O primeiro caso de COVID-19 foi identificado no estado em 29/02/2020 (confirmação laboratorial em 10/03/2020). Desde a primeira confirmação até o término da Semana Epidemiológica (SE) 16 (18/04/2020), foram confirmados, considerando as diferentes definições de caso empregadas no período, 894 casos. Deste total, 300 foram notificados como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com hospitalização, dentre os quais 25 evoluíram para óbito até o dia 18/04/2020.

OBJETO DE ANÁLISE

ESTE BOLETIM DESCREVE OS 300 CASOS CONFIRMADOS PARA SARS-COV-2 DOS 2.542 CASOS DE HOSPITALIZAÇÃO POR SRAG NO RS, NOTIFICADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SIVEP-GRIPE ATÉ A SE 16 DE 2020.

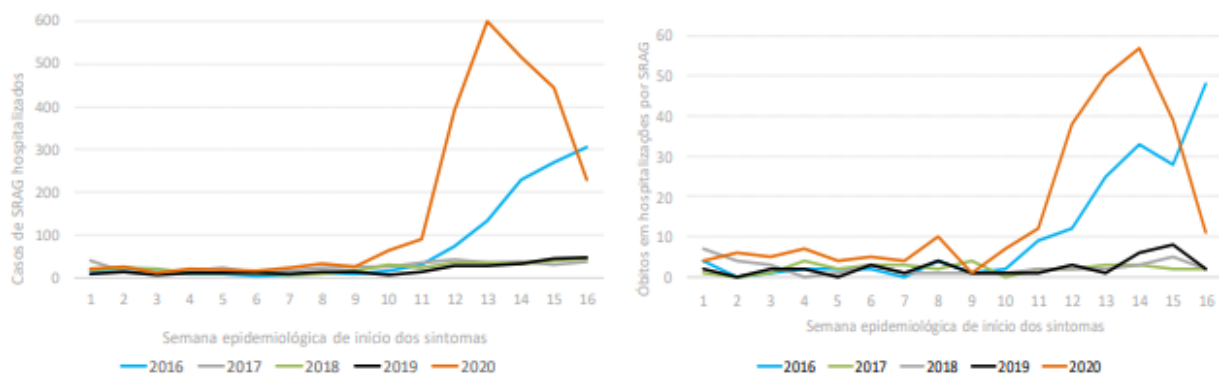
Os dados são preliminares, em especial para os últimos dias das séries temporais descritas, uma vez que o sistema de informação Sivep-gripe permite a inserção de dados retroativos de casos novos e a investigação de casos já notificados, sendo comum o transcurso de alguns dias entre a hospitalização e o registro no sistema.

DESCRIÇÃO DOS CASOS DE SRAG HOSPITALIZADOS

Para avaliar a magnitude de hospitalizações por SRAG no ano de 2020, a Figura 1 mostra a distribuição de casos em uma série temporal de 5 anos. A epidemia de Influenza (H1N1) do ano de 2016 é a que mais se assemelha ao cenário atual, sendo as frequências de hospitalizações e óbitos nestes anos amplamente superiores quando comparadas aos demais anos. Tais diferenças tornaram-se expressivas a partir da SE 10.



Figura 1 – Hospitalizações e óbitos por SRAG, 2016 a 2020, RS

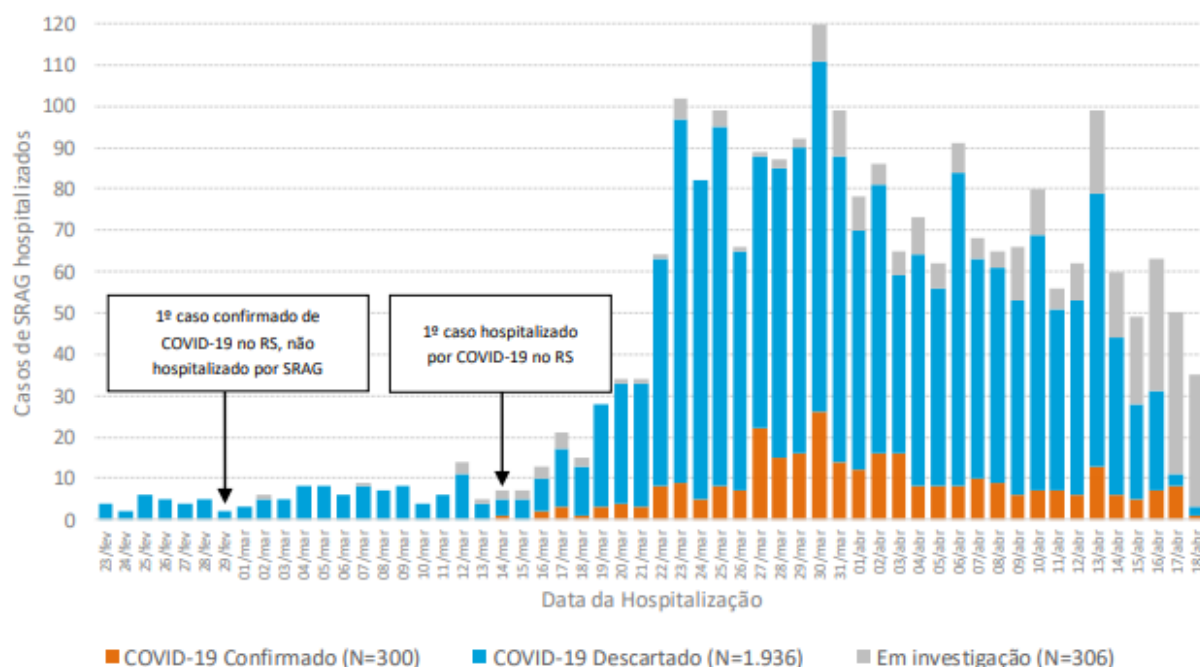


Fonte: Sivep-gripe/RS, dados atualizados em 20/04/2020 às 16:00 horas, sujeitos à revisão.

No presente ano, a elevação acentuada de notificações de SRAG iniciou em 16/03/2020, quinze dias após o registro do caso índice de COVID-19 identificado no RS. A partir do início do mês de abril, percebe-se uma estabilização na ocorrência de casos (Figura 2).

Em relação ao último Boletim Epidemiológico (SE 15), houve um incremento de 49% no número de SRAG, totalizando 2.542 casos hospitalizados até a SE 16. Igualmente, observou-se a elevação de 49% de casos confirmados para SARS-CoV-2, resultando em 300 casos. Considera-se descartado para COVID-19 o caso não detectável para SARS-CoV-2 ou positivo para outros agentes virais no RT-PCR (Figura 2).

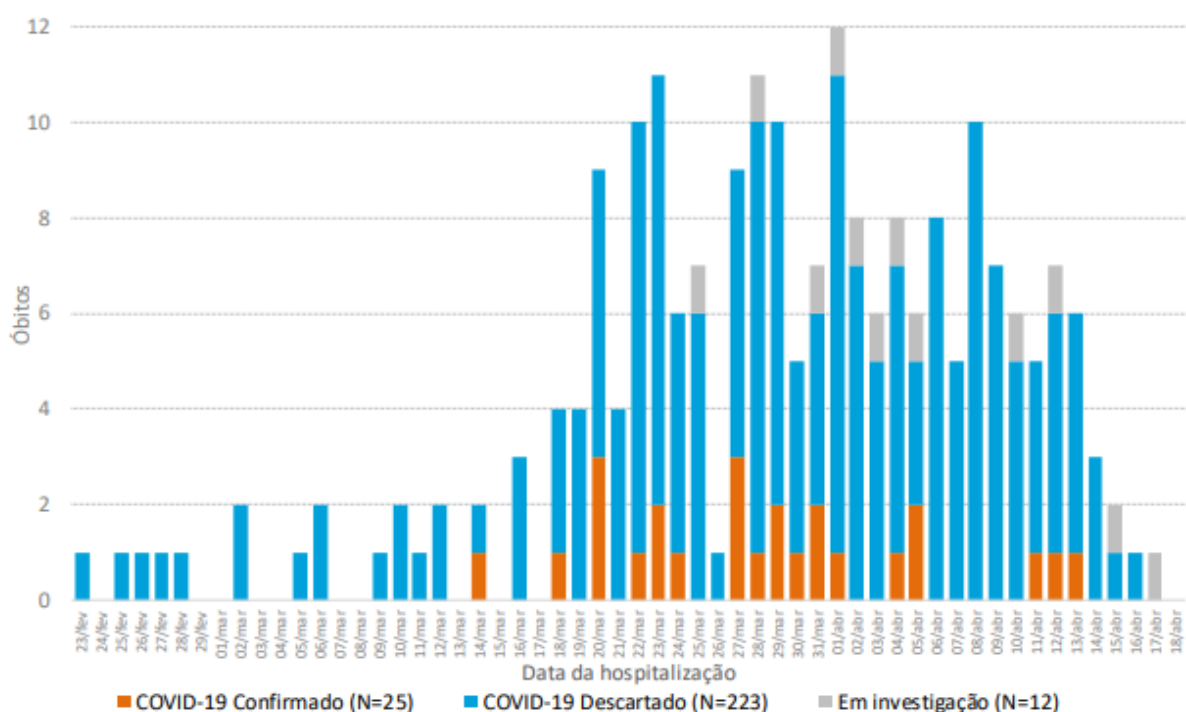
Figura 2 – Hospitalizações por SRAG segundo confirmação para COVID-19, 23/02/2020 a 18/04/2020, RS



Fonte: Sivep-gripe/RS, dados atualizados em 20/04/2020 às 16:00 horas, sujeitos à revisão.

Dentre os 260 óbitos por SRAG no período, 25 confirmaram para SARS-CoV-2 (Figura 3). Chama atenção a proporção de casos confirmados para COVID-19 nas hospitalizações e óbitos em relação ao total de indivíduos testados. Em decorrência disto, realizou-se protocolo de resgate no Laboratório Central de Saúde Pública do RS, com nova testagem de um conjunto de amostras de óbitos que haviam testado negativo para SARS-CoV-2, e os resultados prévios foram ratificados. Estas amostras permanecem em investigação laboratorial para outros vírus respiratórios.

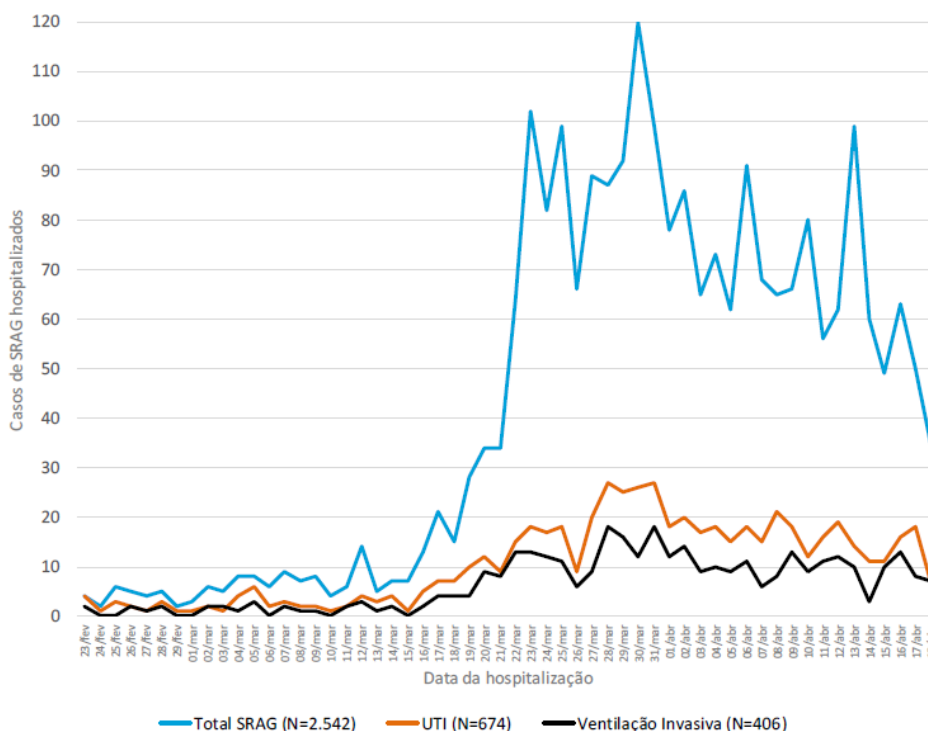
Figura 3 – Óbitos por SRAG segundo confirmação para COVID-19, 23/02/2020 a 18/04/2020, RS



Fonte: Sivep-gripe/RS, dados atualizados em 20/04/2020 às 16:00 horas, sujeitos à revisão.

O aumento expressivo de casos de SRAG foi parcialmente acompanhado pela elevação do número de internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e do uso de suporte ventilatório invasivo. Não obstante, observa-se que a proporção de casos de SRAG que demandaram tais medidas de suporte de alta complexidade tornou-se menor após o aumento rápido da incidência de hospitalizações, o que pode indicar uma alteração na percepção de risco na atenção aos usuários atendidos na rede hospitalar (Figura 4).

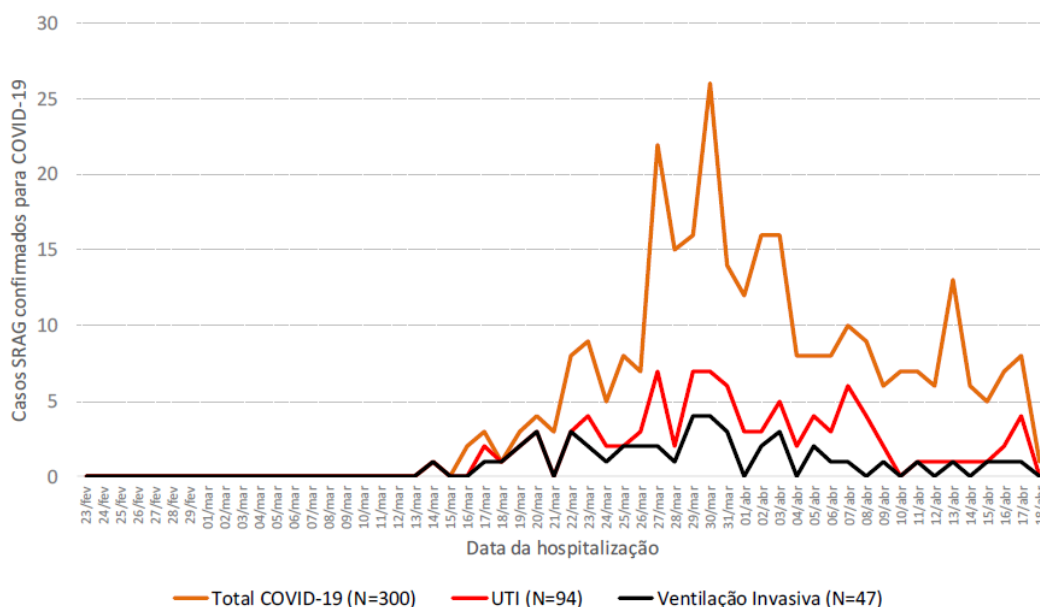
Figura 4 – Hospitalizações por SRAG segundo internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e uso de ventilação invasiva, 23/02/2020 a 18/04/2020, RS



Fonte: Sivep-gripe/RS, dados atualizados em 20/04/2020 às 16:00 horas, sujeitos à revisão.

A Figura 5 apresenta a evolução do número de hospitalizações com necessidade de UTI e de ventilação invasiva dentre os casos confirmados para COVID-19.

Figura 5 – Hospitalizações por SRAG confirmadas para COVID-19 segundo internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e uso de ventilação mecânica invasiva, 23/02/2020 a 18/04/2020, RS

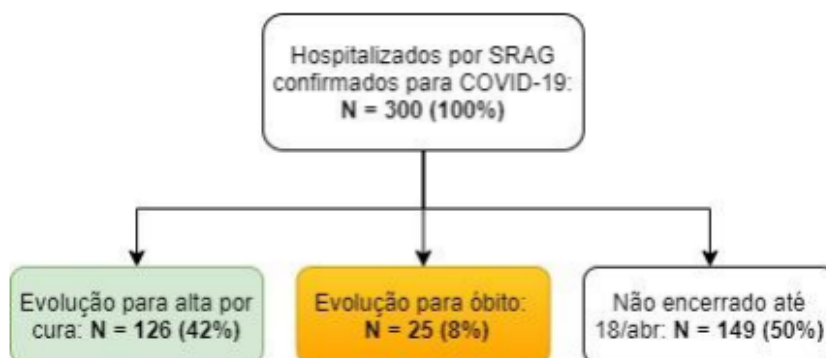


Fonte: Sivep-gripe/RS, dados atualizados em 20/04/2020 às 16:00 horas, sujeitos à revisão.

É importante destacar que, para os últimos dias das séries temporais apresentadas, os dados são parciais, não sendo válido interpretar a queda no total de hospitalizações e óbitos.

Dentre os 300 casos confirmados para COVID-19, 151 (50%) possuem evolução por “alta por cura” ou “óbito” no Sivep-gripe até 18/04/2020 (Figura 6).

Figura 6 – Hospitalizações por SRAG confirmadas para COVID-19 segundo evolução do caso, 2020, RS

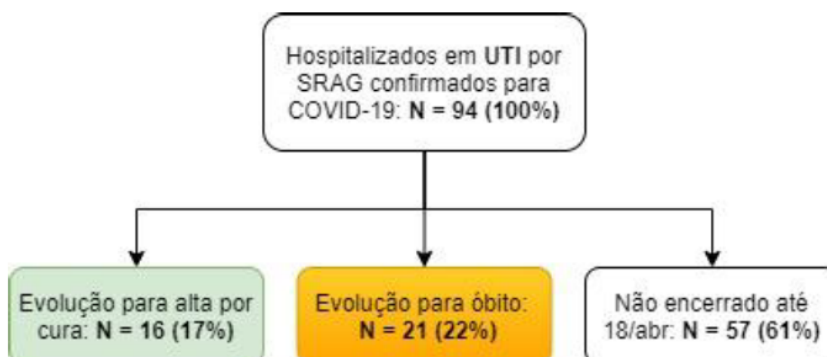


Fonte: Sivep-gripe/RS, dados atualizados em 20/04/2020 às 16:00 horas, sujeitos à revisão.

No conjunto de casos confirmados para COVID-19 que necessitaram de UTI (N=94), 22% evoluíram para óbito. É importante ressaltar que 61% dos indivíduos em UTI ainda não tiveram sua evolução registrada no Sivep-gripe até a SE 16 (Figura 7).

Figura 7 – Hospitalizações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por SRAG confirmadas para COVID-19 segundo evolução do caso, 2020, RS

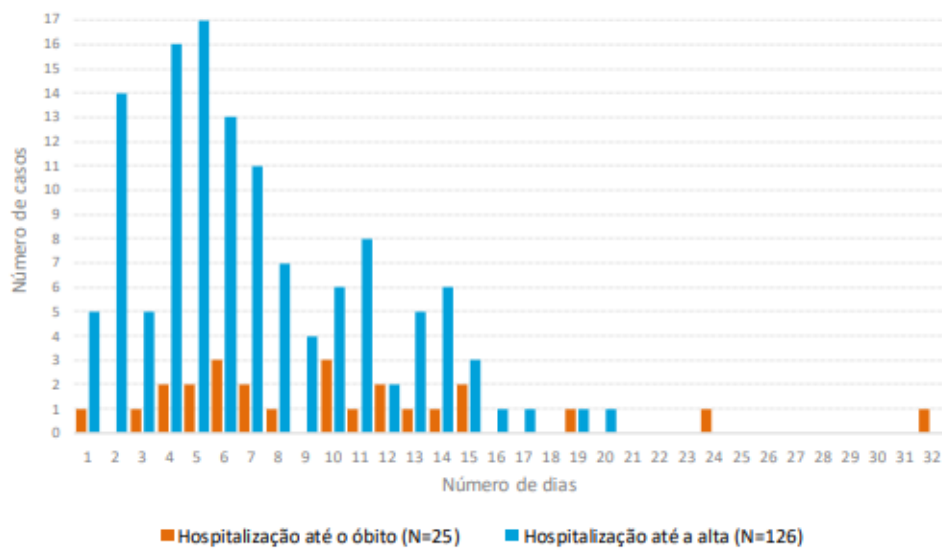
Figura 7 – Hospitalizações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por SRAG confirmadas para COVID-19 segundo evolução do caso, 2020, RS



Fonte: Sivep-gripe/RS, dados atualizados em 20/04/2020 às 16:00 horas, sujeitos à revisão.

A mediana de dias entre a hospitalização e o desfecho para os 25 óbitos foi de 10 dias (variação de 1 a 32). Já entre a hospitalização e a alta por cura para os 126 casos foi de 6 dias (variação de 1 a 20). Tais distribuições são visualizadas na Figura 8.

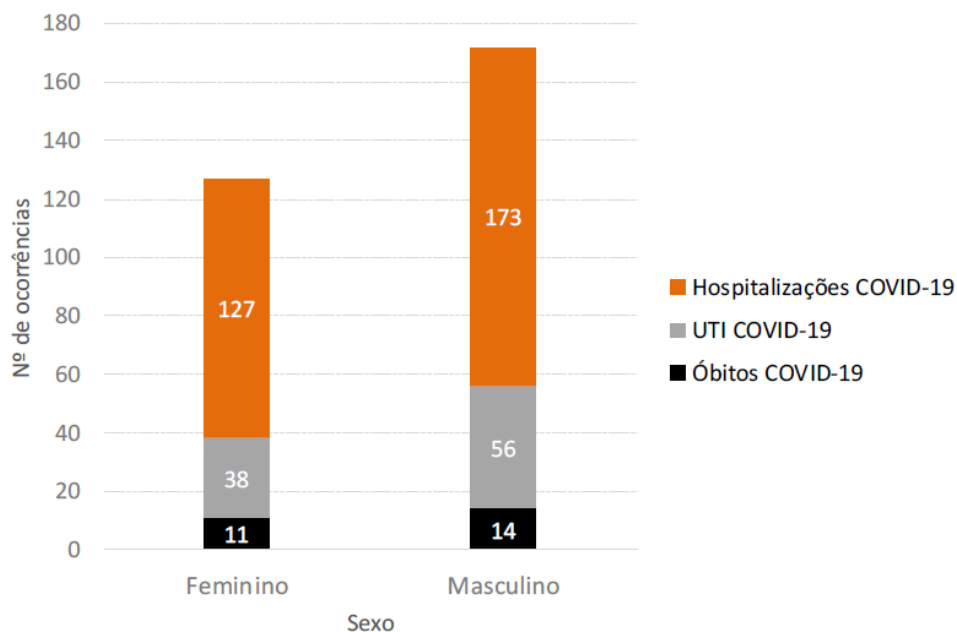
Figura 8 – Número de hospitalizações por SRAG confirmadas para COVID-19 segundo duração em dias até o desfecho, 2020, RS



Fonte: Sivep-gripe/RS, dados atualizados em 20/04/2020 às 16:00 horas, sujeitos à revisão.

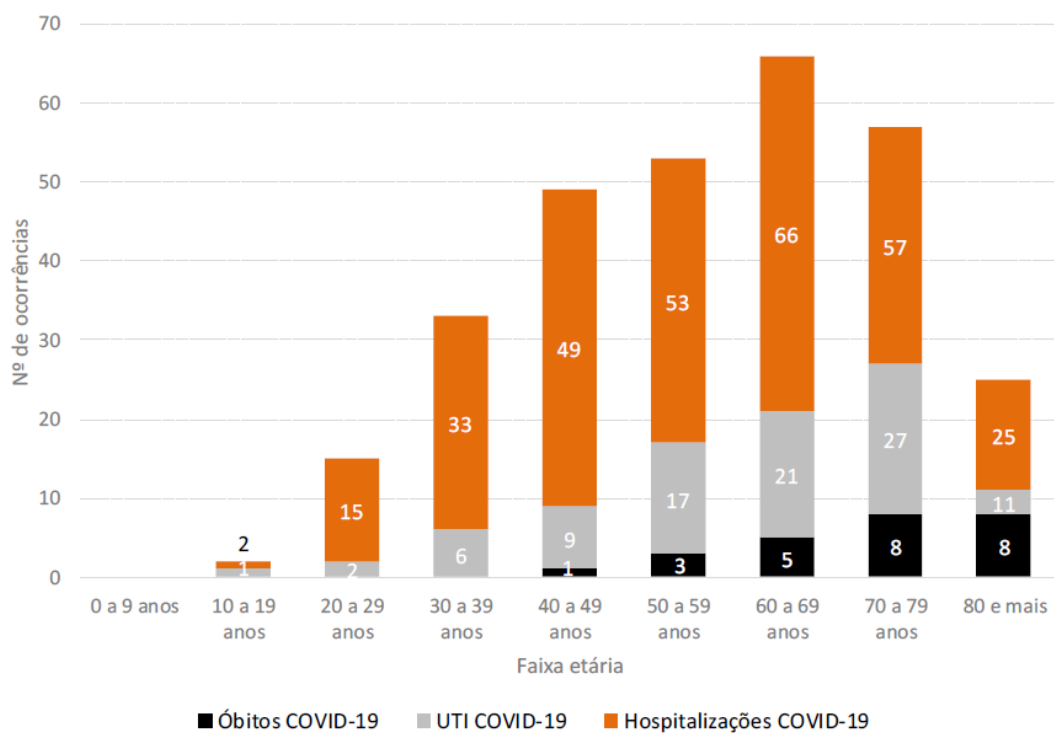
Com relação ao perfil dos indivíduos notificados por SRAG com confirmação para SARS-CoV-2, observa-se maior frequência de casos (58%) e óbitos (56%) no sexo masculino (Figura 9).

Figura 9 – Hospitalizações, internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e óbitos por SRAG confirmados para COVID-19 segundo sexo, 2020, RS



Fonte: Sivep-gripe/RS, dados atualizados em 20/04/2020 às 16:00 horas, sujeitos à revisão.

Figura 10 – Hospitalizações, internações em UTI e óbitos por SRAG confirmados para COVID-19 segundo faixa etária, 2020, RS



Fonte: Sivep-gripe/RS, dados atualizados em 20/04/2020 às 16:00 horas, sujeitos à revisão.

6. NÍVEIS DE RESPOSTA

Este plano é composto por três níveis de resposta, aos moldes do MS: Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública. Cada nível é baseado na avaliação do risco de o COVID-19 afetar o Brasil e o impacto na saúde pública.

6.1 NÍVEL DE RESPOSTA: ALERTA

O nível de resposta de Alerta corresponde a uma situação em que o risco de introdução do COVID-19 no Brasil seja elevado e não apresente casos suspeitos.

6.2 NÍVEL DE RESPOSTA: PERIGO IMINENTE

Nível de resposta de Perigo Iminente corresponde a uma situação em que há caso suspeito de acordo com a definição de caso atual, conforme previsto no Capítulo IV, Seção I, Artigo 15 da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências:

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização.

Neste nível, a estrutura do COE é ampliada com a presença de órgãos externos ao setor saúde, mas que tenham relação com a resposta coordenada do evento.

6.3 NÍVEL DE RESPOSTA: EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL (ESPIN)

Nível de resposta de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) corresponde a uma situação em que há confirmação de transmissão local do primeiro caso de COVID-19, no território nacional, ou reconhecimento da declaração de

Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela OMS. Estas situações configuram condições para recomendação ao Ministro da Saúde de declaração de ESPIN, conforme previsto no Decreto nº 7.616 de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN.

Artigo 4º A declaração de ESPIN será efetuada pelo Poder Executivo federal, por meio de ato do Ministro de Estado da Saúde, após análise de recomendação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, nos casos de situações epidemiológicas. Este nível de Emergência está organizado em duas fases:

Fase Contenção: Todas as ações e medidas são adotadas para identificar oportunamente e evitar a dispersão do vírus:

* Toda a rede de atenção à saúde do SUS deve ser alertada para a atual fase, com o objetivo de maior sensibilização dos profissionais de saúde para detecção de casos suspeitos, manejo adequado desses pacientes, bem como reforço do uso de EPI;

* Isolamento domiciliar para casos leves para evitar a ocupação de leitos desnecessariamente;

* Os estoques dos EPI preconizados devem ser checados, e aquisições emergenciais podem ser acionadas, caso necessário.

Fase Mitigação: Tem início quando registrados 100 casos positivos de COVID-19. Nesta fase, as ações e medidas são adotadas para evitar casos graves e óbitos:

* Fortalecimento da atenção primária, com adoção das medidas já estabelecidas nos protocolos de doenças respiratórias;

* Medidas de atenção hospitalar para os casos graves e medidas restritivas individuais de isolamento e quarentena domiciliar para os casos leves devem ser adotadas para evitar óbitos e o agravamento dos casos;

* Caso seja evidenciada a possibilidade de superação da capacidade de resposta hospitalar para atendimento dos casos graves, a adaptação e a ampliação de leitos e áreas hospitalares e a contratação emergencial de leitos de UTI pode ser necessária, com o objetivo de evitar óbitos.

Ajustes no nível de resposta

Em situações epidêmicas, as etapas iniciais de resposta são realizadas com base em poucas ou frágeis evidências. A avaliação de riscos nessas circunstâncias requer flexibilidade e, possivelmente, erros por precaução. O nível de resposta deve ser ajustado adequadamente quando uma melhor avaliação de risco puder ser feita à luz de mais informações disponíveis tanto no território nacional como mundialmente.

7. VIGILÂNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Eventualmente, um caso suspeito do COVID-19 poderá ser detectado na triagem de um serviço de saúde, já que o período de incubação é de até 14 dias e ele pode não ter sido detectado nos pontos de entrada. Nesse caso, isolar imediatamente o paciente nas melhores condições possíveis e colocar máscara cirúrgica. Notificar imediatamente a Vigilância em Saúde Municipal que, por sua vez, notificará a Coordenadoria Regional de Saúde (13ºCRS). As autoridades sanitárias do Município, Estado e do Ministério da Saúde realizarão a avaliação epidemiológica do evento e no caso de enquadramento como caso suspeito de COVID-19 desencadearão as medidas previstas no fluxo (ANEXO 1).

Autoridades Sanitárias para notificação:

- Vigilância em Saúde do município F:3718-1327
- Centro Estadual de Vigilância em Saúde da SES/RS - 51 985016882 e/ou Disque Vigilância 150;
- Ministério da Saúde – 0800 644-6645.

O número de profissionais de saúde envolvidos deve ser o menor possível. As orientações aos profissionais de saúde que atenderão o caso deverão seguir as orientações do protocolo do Ministério da Saúde. (Anexo 2).

As orientações em relação ao transporte e internação dos casos suspeitos graves serão orientadas pela regulação local e estadual (ANEXO 3).

A Vigilância em Saúde Municipal identificará os possíveis contactantes, devendo ser realizada a busca ativa de contatos próximos (familiares, colegas de trabalho, entre outros, conforme investigação). Estes serão orientados, sob a possibilidade de manifestação de sintomas e da necessidade de permanecer em afastamento temporário em domicílio, mantendo distância dos demais familiares, além de evitar o compartilhamento de utensílios domésticos e pessoais, até que seja descartada a suspeita.

Os indivíduos próximos que manifestarem sintomas também serão orientados a procurar imediatamente o serviço de saúde. O monitoramento dos casos suspeitos e dos contactantes será por 14 dias.

8. ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Os serviços de saúde deverão estar preparados para:

- Organizar a rede de atenção para o atendimento de casos de SG e SRAG;
- Identificar precocemente casos suspeitos;
- Providenciar máscara cirúrgica aos pacientes suspeitos desde o momento em que estes forem identificados na triagem até sua chegada ao local de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível;
- Qualquer profissional que entrar em contato com o caso suspeito deve utilizar EPI (preferencialmente máscara N95, nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerossolização; eventualmente máscara cirúrgica em exposições eventuais de baixo risco; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental);
- Realizar higiene de mãos, respeitando os cinco momentos de higienização;
- Prover os insumos, como sabão líquido, álcool gel ou álcool 70% e EPI, bem como higienizantes para os ambientes;
- Garantir estoque de medicamentos para atendimento dos pacientes sintomáticos;
- Garantir medicamento específico para os casos de SG e SRAG (Fosfato de Oseltamivir) de acordo com a indicação do protocolo de tratamento de Influenza;

Alguns casos confirmados ou suspeitos de COVID-19 podem não necessitar de hospitalização, devendo ser acompanhados em domicílio. Porém, será avaliado cada caso, levando-se em consideração se o ambiente residencial é adequado e se o paciente é capaz de seguir as medidas de precaução recomendadas pela equipe de saúde

Nos casos em que se recomende isolamento nos serviços de saúde ou internação hospitalar, o município seguirá o fluxo habitual de internação e remoção (de acordo com a resolução CIB 005/2018). Para casos que necessitem de regulação do acesso, contatará a Central Estadual de Regulação Hospitalar.

8.1 Manejo do caso suspeito de COVID-19

Manejo de caso suspeito COVID-19

O principal objetivo é a identificação, notificação e manejo oportuno de casos suspeitos de Infecção Humana pelo COVID-19

Principais procedimentos:

- Notificação imediata
- Isolamento do paciente (uso de máscara)
- Enquadramento do caso como suspeito pela definição vigente
- Investigação epidemiológica (viagem, datas, vôos, sinais e sintomas, uso de medicações prévias)
- Avaliação da gravidade do caso
- Coleta de amostra clínica
- Identificação e monitoramento de contactantes
- Orientações quanto ao uso de EPIs
- Orientações de isolamento (serviço de saúde e no domicílio)

Os pacientes que acessam a rede básica de Saúde do Município (Unidades Básicas de Saúde, ESFs e CAPS) com quadros compatíveis com Síndrome Gripal, são referenciados ao “Ambulatório de Atendimento de Síndromes Gripais”(AASG).

8.2 Estratégias para qualificar a Assistência em Saúde com a utilização de recursos financeiros pertinentes a MAC – Média e Alta Complexidade.

São um conjunto de medidas que se fazem necessárias ao enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (COVID-19), mediante ações de prevenção, preparação e assistência à população:

- Organização do “Ambulatório de Atendimento de Síndromes Gripais”(AASG);
- Remuneração complementar dos servidores efetivos da Secretaria Municipal de Saúde que necessitem ter sua carga horária ampliada para atuação no AASG;
- Contratação temporária de profissionais de saúde, como Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, bem como remuneração destes profissionais;

- Aquisição e distribuição de medicamentos e insumos;
- Intensificar as medidas de higienização em todos os serviços municipais de assistência à saúde, com a aquisição de sanitizantes, álcool 70% líquido, álcool 70% gel, sabão líquido, toalhas de papel descartáveis, sacos e recipientes descartáveis para lixo contaminado, luvas de borracha, botas de borracha, aventais impermeáveis, entre outros;
- Pagamento de contas de luz e telefone dos serviços municipais de assistência à saúde que realizam ações de enfrentamento ao COVID-19;
- Contratação de linhas telefônicas para atendimento à população para orientação e divulgação de informações do COVID-19;
- Aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para os profissionais de saúde que atuam nas unidades de municipais de saúde a nível ambulatorial;
- Contratação de serviços complementares de saúde, como exames laboratoriais, exames de imagem e serviços de fisioterapia;
- Elaboração de materiais educativos e informativos à população, como *flyers* e *folders*, com distribuição gratuita destes materiais;
- Contratação de profissionais especializados para capacitação das equipes de atenção à saúde, responsáveis pelo atendimento e assistência direta ao paciente suspeito/confirmado de infecção humana pelo novo Coronavírus, visando qualificar a assistência prestada à população;
- Confecção de prontuário eletrônico específico, visando aperfeiçoar a produção dos dados;
- Aquisição de materiais de escritório;
- Outras despesas necessárias para o enfrentamento do coronavírus.

As especificações dos itens estarão descritas no respectivo Plano de Aplicação.

9. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A partir do estabelecimento do estado de calamidade pública em todo o território do Estado do Rio Grande do Sul para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo SARS-CoV-2 (novo Coronavírus), foi criada uma série de ações no âmbito da Assistência Farmacêutica que visam diminuir a circulação dos usuários de medicamentos na rede de atenção à saúde. Essas ações foram articuladas com o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS).

No município de Vera Cruz (RS), adotou-se as seguintes ações no âmbito da Assistência Farmacêutica, as quais estão descritas na Ordem de Serviço 001/2020 (ANEXO 4):

* Para os Processos Administrativos do Estado de medicamentos e fórmulas nutricionais com **vencimento em março**, tiveram a prorrogação automática por mais 3 meses, se tiver necessidade de renovação será solicitado somente **laudo e receita**, não sendo necessário exames de renovação;

* Para os Processos Administrativos do Estado **novos**, não será necessário o preenchimento dos documentos: Cadastro do usuário e Termo de Esclarecimento;

* Para os Processos Administrativos do Estado que for necessário **alteração de dose**, somente encaminhar Receita Médica;

* Em relação as fraldas, também houve a renovação automática dos processos por mais 3 meses.

10. REFERÊNCIA HOSPITALAR

No atendimento a casos suspeitos e confirmados pelo COVID-19 que necessitem de assistência hospitalar, este será realizado no Hospital Vera Cruz em leito de isolamento. Se ocorrer agravamento do caso necessitando de leito de UTI ou Hospital de Referência, o caso será cadastrado junto a central de leitos regulada pelo SES RS.

No Estado do Rio Grande do Sul a definição dos locais de internação dos casos graves para isolamento, coleta de amostras e assistência, bem como a definição do transporte para remoção dos casos suspeitos ou confirmados de Infecção Humana pelo COVID-19 serão definidas pela regulação local e estadual de acordo com o caso e plano de contingência estadual.

Estrutura do Hospital Vera Cruz:

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
66 - UNIDADE ISOLAMENTO	1	1
ESPEC - CIRURGICO		
03 - CIRURGIA GERAL	6	5
ESPEC - CLINICO		
33 - CLINICA GERAL	32	28
OBSTETRICO		
10 - OBSTETRICIA CIRURGICA	4	4
43 - OBSTETRICIA CLINICA	2	2
PEDIATRICO		
45 - PEDIATRIA CLINICA	5	5

11. LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA (LACEN/RS)

É necessária a coleta de UMA (1) amostra respiratória. As coletas devem seguir o protocolo de coleta para o novo Coronavírus (SARS-CoV-2) (Anexo 2). A amostra será encaminhada para o Lacen acompanhada da requisição do GAL.

As amostras testadas nas redes laboratoriais privadas que estão autorizadas a realizar exame para SARS-CoV2, conforme Portaria SES/RS nº 220 de 2020, não devem ser enviadas ao Lacen. A lista de laboratórios validados, no presente momento, encontra-se no site da SES. Somente casos de SRAG hospitalizados cuja amostra tenha sido enviada para laboratório privado para exame de SARS-CoV2 e apresente resultado NEGATIVO deve ter amostra (alíquota ou RNA extraído) enviada ao Lacen para dar continuidade à investigação laboratorial de rotina de SRAG.

Os laboratórios privados e ou parceiros autorizados devem, em caráter compulsório e imediato (até 24h), comunicar todos os casos positivos para SARS-CoV2 para as vigilâncias epidemiológicas municipais (conforme Portaria SES/RS nº 222 de 2020), as quais devem comunicar compulsória e imediatamente o COE/RS (coers@saude.rs.gov.br).

A distribuição dos kits de coleta será realizada pelo Lacen. O município deverá solicitar para sua CRS o quantitativo necessário. A CRS irá retirar os kits no Lacen para distribuição. O diagnóstico é realizado no Lacen/CEVS pelo método RT-PCR com insumos produzidos pela Biomanguinhos.

Para estabelecimentos de saúde SUPLEMENTAR, incluindo laboratórios, orienta-se que o diagnóstico da COVID-19 seja realizado por meio de RT-PCR em tempo real. Desde que estiver usando esse método, todos os laboratórios públicos ou privados que identificarem casos confirmados por SARS-CoV2 pela primeira vez deverão submeter a contraprova realizada pela referência enviando a mesma amostra para o Lacen.

O município manterá um kit disponível para casos suspeitos junto a Vigilância Epidemiológica.

12. VIGILÂNCIA EM SAÚDE (EPIDEMIOLOGICA E SANITÁRIA)

Infecção humana pelo SARS-CoV2 (COVID-19):

CID 10: U07.1 - Infecção respiratória pelo Novo Coronavírus

A vigilância epidemiológica de COVID-19 está sendo construída à medida que a OMS consolida as informações recebidas dos países e novas evidências técnicas e científicas são publicadas. Deste modo, este plano está sendo estruturado com base nas ações já existentes para notificação, registro, investigação, manejo e adoção de medidas preventivas, em analogia ao conhecimento acumulado sobre o SARS-CoV, MERS-CoV e COVID-19, que nunca ocorreram no Brasil, além de Planos de Vigilância de SRAG e SG.

O principal objetivo neste momento é a identificação, notificação e manejo oportuno de casos suspeitos de COVID-19 de modo a mitigar o impacto do novo agente na sociedade. A prioridade, nesta fase, é a assistência dos casos graves ou com potencial de complicação com objetivo de reduzir letalidade.

Os principais procedimentos são o enquadramento do caso como suspeito de acordo com a definição vigente, a investigação epidemiológica e a identificação e o monitoramento de contactantes do caso suspeito, utilizando os documentos padronizados constantes no site da SES e deste plano.

As orientações das questões sanitárias devem ser acompanhadas pelas notas técnicas emitidas pelas áreas competentes da Anvisa e Vigilância Sanitária Estadual disponíveis no site da SES/RS.

13. REDE MUNICIPAL

A rede municipal de saúde está estruturada com:

- 4 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), sendo que as 2 UBSs localizadas no interior do município têm atendimento médico somente duas e três vezes por semana.
- 4 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo duas equipes em área urbana e duas em área rural, totalizando 20 agentes comunitários de saúde.
- 1 Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) composta por 10 agentes comunitários de saúde.
- 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
- 1 Centro de Atenção Psicossocial Infantil e Juvenil (CAPS IJ)
- 1 Base do SAMU/Salvar (Suporte básico), localizada junto ao prédio do Hospital Vera Cruz (HVC).
- Contrato junto ao HVC para a oferta de serviço de Pronto Atendimento (PA) 24 horas.

Relação dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde, por função e vínculo empregatício, no município de Vera Cruz em abril de 2020:

Cargo/Servidores Ativos	Nº Profissionais	Estatutário	Contrato
Agente Administrativo	2	2	-
Agente Comunitário de Saúde	30	30	-
Agente de Combate à Endemias	2	2	-
Agente Redutor de Danos	2	-	2
Assistente Social	1	1	-
Atendente de Consultório Dentário	5	5	-
Atendente de Farmácia	2	2	-
Atendente Geral	1	1	-
Auxiliar de Administração	2	2	-
Auxiliar de Enfermagem	3	3	-
Auxiliar de Serviços gerais	6	6	-
Cirurgião Dentista 20h	5	5	-
Cirurgião Dentista 40h	4	4	-
Enfermeiro	17	12	5
Farmacêutico	2	1	1
Fiscal Sanitário	1	1	-
Fonoaudiólogo	1	1	-
Médico 20h	5	5	-
Médico 40h	4	4	-
Médico Emergencial	5	-	5
Médico Ginecologista – Obstetra 20h	2	2	-
Médico Pediatra 20h	0	-	-
Médico Psiquiatra 10h	4	3	1
Médico Veterinário	1	1	-
Motorista	15	15	-
Nutricionista	1	1	-
Psicólogo	5	5	-
Técnico de Enfermagem	22	19	3
Visitador do PIM	4	3	1
Cargos de Confiança	17	-	-
Estagiários CIEE	7	-	-
TOTAL	178	136	18

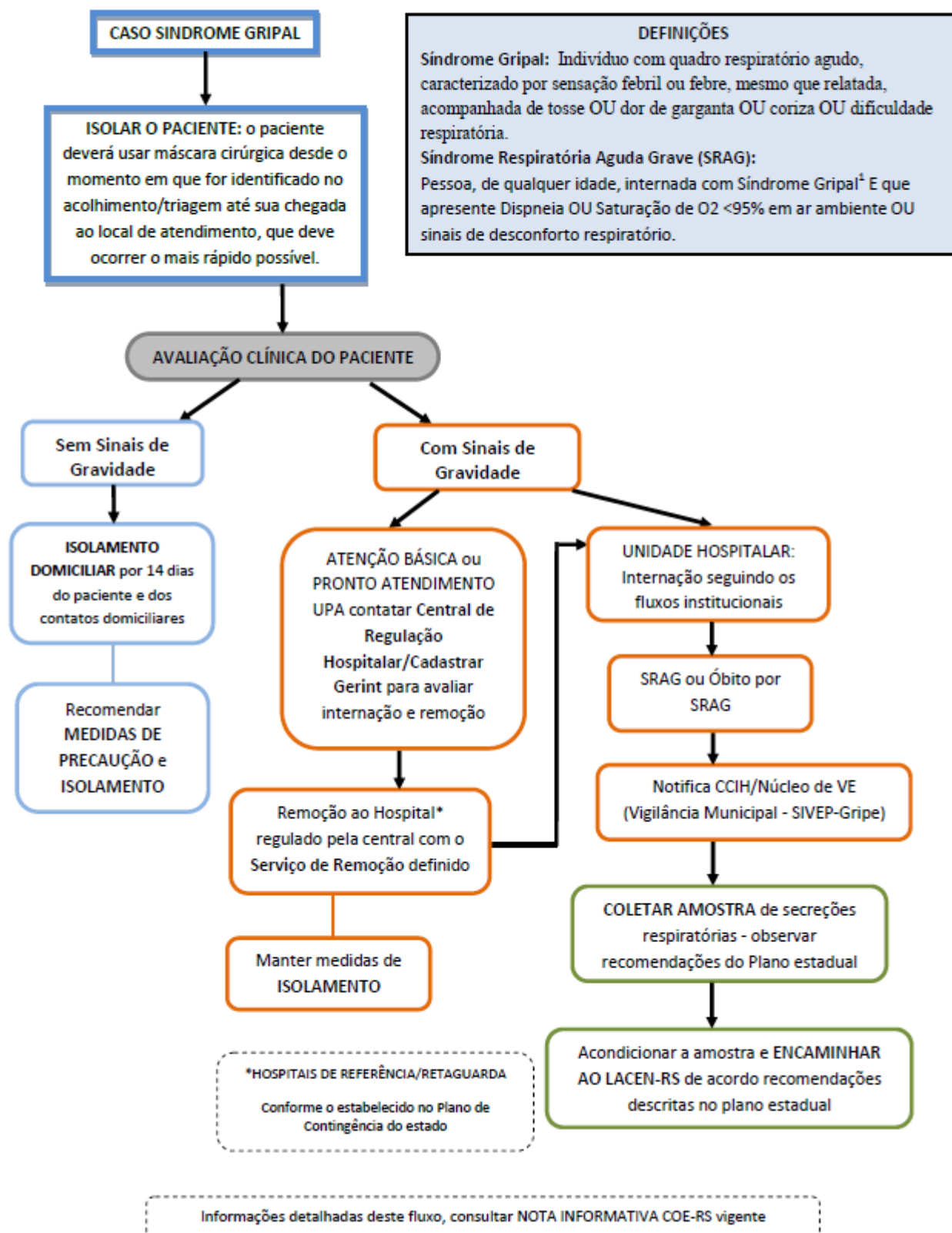
Tabela atualizada em 24/04/2020.

ANEXO 1 – FLUXO DE ATENDIMENTO AOS CASOS SUSPEITOS



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO 1 - FLUXO DE ATENDIMENTO AOS CASOS SUSPEITOS DO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19) (Serviços de Saúde)



ANEXO 2 – Recomendações para pessoas que preenchem a definição de caso suspeito

QUADRO 1 Recomendações para pessoas que preenchem a definição de caso suspeito

ISOLAMENTO	AVALIAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
<p>1. Os pacientes suspeitos devem utilizar máscara cirúrgica desde o momento em que forem identificados na triagem até sua chegada ao local de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível.</p> <p>2. Qualquer pessoa que entrar no quarto de isolamento, ou entrar em contato com o caso suspeito, deve utilizar EPI (preferencial máscara n95, nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerolização; eventualmente máscara cirúrgica em exposições eventuais de baixo risco; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental).</p>	<p>1. Realizar coleta de amostras respiratórias.</p> <p>2. Prestar primeiros cuidados de assistência.</p>	<p>1. Os casos graves devem ser encaminhados a um Hospital de Referência para Isolamento e tratamento.</p> <p>2. Os casos leves devem ser acompanhados pela Atenção Primária em Saúde (APS) e Instituídas medidas de precaução domiciliar.</p>

ANEXO 3 – Orientações para Coleta e Transporte de Secreções

Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul
Centro Estadual de Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN/RS
Virologia – Laboratório de Vírus Respiratórios

INVESTIGAÇÃO PARA COVID 2019 – SARS-CoV2 / INFLUENZA ORIENTAÇÕES PARA COLETA E TRANSPORTE DE SECREÇÃO RESPIRATÓRIA – 2020

MATERIAIS CLÍNICOS: 1 (UM) conjunto de swabs nasal e oral ou secreção por aspirado da nasofaringe.

QUEM COLETA: a coleta deve ser realizada pelo médico, equipe de enfermagem ou laboratório, seguindo as orientações técnicas do LACEN/RS.

CADASTRO e REQUISIÇÃO: Cadastrar a amostra no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).

⌚ Para **SRAG** preencher: finalidade = **investigação**; descrição = **Síndrome Respiratória Aguda Grave Associada ao Coronavírus (SARS – CoV2)**; “Agravado/Doença” = **COVID-19**; cadastrar o material biológico = swab nasofaringe ou aspirado de nasofaringe; data dos 1º sintomas; no campo PESQUISA/EXAME selecionar “**CORONAVÍRUS**”; imprimir a REQUISIÇÃO DO GAL e encaminhar com a amostra.

⌚ Somente para as **Unidades Sentinelas de Síndrome Gripal**, preencher: finalidade = **programa**; descrição = **Unidade Sentinela de Influenza - Síndrome Gripal**; “Agravado/Doença” = **COVID-19**; cadastrar o material biológico = swab de nasofaringe ou aspirado de nasofaringe; data dos 1º sintomas; no campo PESQUISA/EXAME selecionar “**CORONAVÍRUS**”; imprimir a REQUISIÇÃO DO GAL e encaminhar com a amostra. Serão processadas somente as 05 amostras semanais preconizadas para cada Unidade Sentinela.

Para todas as amostras da vigilância de SRAG e SG (Unidade Sentinela), o início da investigação laboratorial se dará com o RT-PCR para SARS CoV-2. Se:

- Detectável para SARS CoV-2: encerra-se a investigação laboratorial;
- Não detectável para SARS CoV-2: testa-se para influenza e posteriormente para o painel viral da imunofluorescência direta.

🕒 **Profissionais de saúde/segurança pública** preencher: finalidade = **investigação**, descrição = **COVID-19**; “Agravado/Doença” = **COVID-19**; cadastrar o material biológico = swab nasofaringe ou aspirado de nasofaringe; data dos 1º sintomas; no campo PESQUISA/EXAME selecionar “**CORONAVÍRUS**”; colocar nas **Observações** = **Profissional de saúde/segurança pública**; imprimir a REQUISIÇÃO DO GAL e encaminhar com a amostra.

PERÍODO DE COLETA: A amostra clínica deverá ser coletada preferencialmente até o **3º dia após o início dos sintomas** e, no máximo, **até 7 dias após o início dos sintomas**, independente de utilização de medicação ou vacinação prévias.

ANTES DA COLETA

- 1 IDENTIFICAR O FRASCO COLETOR OU O TUBO COM A SOLUÇÃO FISIOLÓGICA: NOME DO PACIENTE, MUNICÍPIO, DATA DE COLETA, NATUREZA DA AMOSTRA E TIPO DE EXAME SOLICITADO;**
- 2 LAVAGEM DAS MÃOS;**
- 3 COLOCAR EQUIPAMENTOS DE EPI (avental descartável, máscara N95, luvas de látex descartáveis, gorro e óculos ou viseira de proteção).**

1. Aspirado da nasofaringe (ANF) - Em Atenção Ambulatorial e Especializada e Atenção Hospitalar

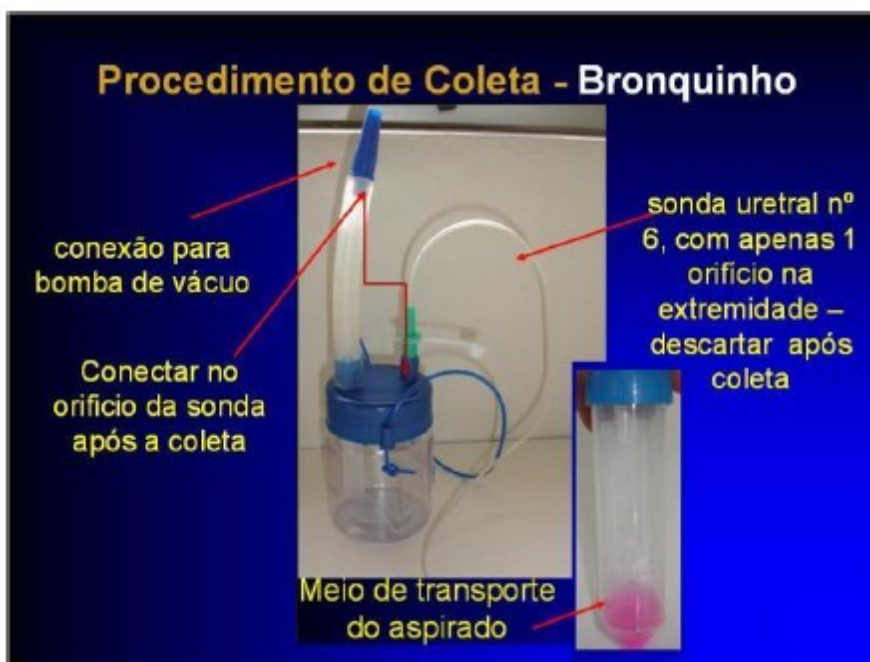
A coleta do ANF é um processo indolor, podendo apenas provocar lacrimejamento reflexo. O coletor descartável de muco deve ser acoplado a uma sonda uretral nº 6 com apenas um orifício na extremidade para a obtenção da secreção.

A aspiração pode ser realizada com bomba aspiradora portátil ou vácuo de parede hospitalar. Não utilizar uma pressão de vácuo muito forte.

Durante a coleta, a sonda é inserida na narina até atingir a região da nasofaringe (6 a 8 cm), quando então o vácuo é aplicado aspirando a secreção para o interior do coletor. Este procedimento deverá ocorrer em ambas as narinas, mantendo movimentação da sonda para evitar que haja pressão diretamente sobre a mucosa, evitando sangramento.

Alternar a coleta nas duas fossas nasais até obter um volume suficiente, aproximadamente 1 mL de ANF. O vácuo deve ser aplicado após a sonda localizar-se na nasofaringe, tendo em vista que, se no momento da introdução da sonda houver vácuo, poderá ocorrer lesão da mucosa.

Após obter secreção de ambas as narinas, aspirar o meio de transporte viral para o interior do coletor (bronquinho) com a mesma sonda. Descartar a sonda em lixo adequado e vedar o orifício do bronquinho com a extremidade da borracha.



Observação: Os profissionais devem ficar atentos à retirada da sonda de ANF, pois a extremidade introduzida nas vias respiratórias do paciente contém material nasofaríngeo potencialmente contaminado em sua parte externa.

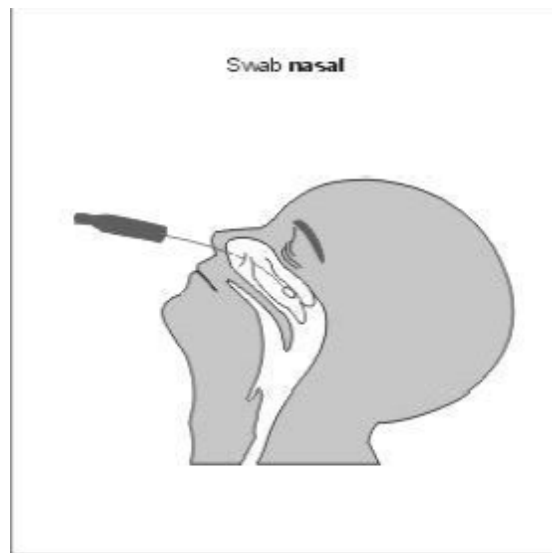
2. Swab nasal e orofaringe (1 conjunto com 3 swabs cada) Em Atenção Básica, Atenção Ambulatorial e Especializada e Atenção Hospitalar

Os swabs a serem usados devem ser de Rayon e estéreis. Não deverão ser usados swabs de algodão, com haste de madeira ou com alginato de cálcio.



Examinar a fossa nasal do paciente com o intuito de verificar a presença de secreções e a posição do corneto inferior e médio. A inspeção é feita deslocando-se a ponta do nariz para cima com o dedo polegar e inclinando-se a cabeça do paciente. Pedir para o paciente assoar (limpar) o nariz caso haja secreções. O objetivo do swab é colher um esfregaço de células e não secreção nasal.

Introduzir o swab na cavidade nasal (cerca de 5 cm), direcionando-o para cima (direção dos olhos), com uma angulação de 30 a 45° em relação ao lábio superior. É importante certificar-se que o swab ultrapassou superiormente o corneto inferior atingindo o meato médio.



Após a coleta do swab nasal, proceder à coleta do swab de orofaringe introduzindo o swab maior na região posterior da faringe e tonsilas, evitando tocar na língua.



Após a coleta, **inserir os três swabs no mesmo frasco** contendo solução fisiológica.

ATENÇÃO!!!

É possível ser utilizado o Meio de Transporte Viral (MTV - meio rosa) para o diagnóstico do RT-PCR. No entanto este MTV necessita ficar refrigerado em temperatura entre 2°C a 8°C antes da coleta ser realizada.

OBSERVAÇÃO: Em caso de sangramento nasal, abaixar a cabeça do paciente para frente (em direção aos joelhos) e manter as narinas pressionadas entre o dedo indicador e polegar durante 5 minutos aproximadamente. É recomendável, para realizar a compressão digital, a introdução de uma mecha de algodão embebido em adrenalina ou outro vasoconstritor nasal na fossa nasal sangrante.

3. Conduta frente a óbito

Recomenda-se a coleta de espécimes para diagnóstico post-mortem de casos de doença respiratória aguda grave sem diagnóstico etiológico prévio em situações especiais indicadas pela vigilância epidemiológica, nos locais onde seja viável a realização das técnicas de coleta de amostras abaixo especificadas.

Coleta dos espécimes teciduais

Devem ser coletados fragmentos de cada tecido recomendado, com dimensões aproximadas de 1 a 3 cm. As amostras coletadas de diferentes órgãos devem ser acondicionadas em recipientes separados e devidamente identificados.

Os ácidos nucléicos virais podem ser detectados em diversos tecidos, principalmente em brônquios e pulmões, que constituem os espécimes de escolha para o diagnóstico laboratorial de vírus influenza pela técnica de RT-PCR em tempo real.

As amostras frescas coletadas de diferentes sítios das vias respiratórias devem ser acondicionadas individualmente em recipientes estéreis. Acondicionar as amostras em frasco de vidro ou plástico rígido com tampa de rosca, com boca larga imersos com formalina tamponada a 10% ou solução salina tamponada (PBS pH 7.2).

A coleta de amostras para realização do diagnóstico histopatológico deve ser feita observando-se os protocolos em vigência nos serviços locais de patologia.

Utilizar parafina sem compostos adicionais (por exemplo: cera de abelha, cera de carnaúba, etc.) no processo de parafinização dos fragmentos.

4. Conservação e transporte do aspirado e SWABs

O kit para coleta de aspirado é acompanhado de um frasco com meio de transporte (meio rosa) e devem permanecer em geladeira (2 a 8°C) até o momento da utilização.

O kit para coleta de swab é acompanhado de um frasco com solução fisiológica e podem ser guardados em temperatura ambiente até o uso.

Após a coleta da amostra, o bronquinho ou o tubo com swabs devem ser embalados individualmente em sacos plásticos com zip, permanecendo em geladeira (2 a 8°C) até o envio à Seção de Virologia do LACEN/RS no período máximo de 72 horas. O envio ao LACEN deve ser realizado com gelo reciclável em caixa de isopor fechada com fita crepe contendo somente as amostras para pesquisa de Coronavírus/Influenza. Identificar a caixa como Coronavírus/INFLUENZA; as fichas devem ficar afixadas por fora da caixa.



Importante

- 1) As amostras de Coronavírus/Influenza não devem vir misturadas com amostras para outros agravos;
- 2) Para embalar as amostras de swabs, utilizar o mesmo saco com zip do kit distribuído pelo LACEN/RS;
- 3) Nunca colocar documentos (fichas, etc...) dentro da caixa com as amostras.

ANEXO 4 – Ordem de Serviço 001/2020

Dispõe sobre a Assistência Farmacêutica para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus.

O PREFEITO MUNICIPAL DE VERA CRUZ, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições, RESOLVE,

Art. 1º Estabelecer os seguintes critérios, no âmbito da gestão municipal, junto aos serviços subentendidos à Secretaria Municipal de Saúde, para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus – COVIT-19, quanto a validade das prescrições médicas e da dispensação:

a) Os receituários médicos de uso contínuo que, atualmente, possuem validade de 180 (cento e oitenta) dias, tenham esta prorrogada por mais 180 (cento e oitenta) dias, totalizando 360 (trezentos e sessenta) dias de validade.

b) Os receituários médicos de medicamentos controlados – psicotrópicos – que, atualmente, possuem validade de 60 (sessenta) dias, tenham esta prorrogada por mais 120 (cento e vinte) dias, totalizando 180 (cento e oitenta) dias de validade.

c) As dispensações de medicamentos de uso contínuo serão dilatadas por mais 30 (trinta) dias, totalizando 60 (sessenta) dias.

d) As dispensações de medicamentos controlados – psicotrópicos – manter-se-ão pelo período já vigente de 60 (sessenta) dias.

e) As medidas não tem efeito sobre o Programa Farmácia Popular, vinculado ao Ministério da Saúde, o qual é regido por normas próprias.

Art. 2º Esta Ordem de Serviço entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito, 18 de março de 2020.

GUIDO HOFF
Prefeito Municipal