



**MINISTERIO DA SAÚDE
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

**FORMAÇÃO DE APOIADORES
ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO DE RISCO
E VULNERABILIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Enf^a Marilene Wagner

18/03/2015



Participantes

- Equipe NTH
- Articuladores de Humanização
- Equipe CDQ
- Articuladores de Atenção Básica
- Apoiadores do Ministério da Saúde
- Equipe de municípios envolvidos com o projeto de Acolhimento à demanda espontânea na AB

Bem-vindos

Objetivo da Formação

Fornecer ferramentas de Apoio a Implantação /Implementação do Acolhimento com Avaliação de Risco/Vulnerabilidade na APS (AC&CRV)

Conteúdos

1

- Identificação/caracterização do território
- Organização do apoio no território
- Organização do Acesso na APS
- Acolhimento e Avaliação de Risco na APS

2

- Protocolos por linha de cuidado
- Territorialização
- Avaliação de Risco Familiar

3

- Acolhimento em Rede (fluxos externos)
- Planos de Intervenção
- Monitoramento das ações

1ª Oficina: Conteúdo Programático

Manhã:

- Acolhimento dos participantes (apresentação)
- Pergunta disparadora: (Tarjas coloridas)

O que você necessita para a implementação do Acolhimento e Avaliação/ de Risco na sua área de apoio?

- Construção do Painel. (será analisado na última oficina)
- Objetivos do encontro

Intervalo

- Exposição dialogada: Organização do acesso nas UBS
- Acolhimento com Avaliação/Classificação de Risco
(Referências: Caderno 1 e 2 Acolhimentos a Demanda Espontânea do DAB/MS)

Tarde:

- Trabalho em Grupo com discussão de casos
- Pactuação da dispersão

Objetivos específicos da 1ª Oficina

A partir da fundamentação teórica:

- Organizar as Equipes de Apoio que atuarão nos referidos territórios
- **Identificação do Território (dados gerais)**
- **Traçar o perfil epidemiológico do território de atuação/intervenção dispersão**
- Sensibilizar os profissionais e a comunidade quanto à importância da implantação do acolhimento na Atenção Primária a Saúde
- Identificar o atual fluxo do usuário na Unidade, bem como os principais problemas e ruídos desse processo. (anexo: fluxograma analisador)
- Discutir o processo de trabalho com foco no acolhimento junto as unidades (equipes, agendas, etc.)
- Discutir o protocolo de CR na Demanda Espontânea



Garantia de acesso: questionamentos iniciais?

- 1 – Os serviços/ofertas de saúde são de **fácil acesso** para os usuários residentes no território?
- 2 – Os serviços de saúde estão **dimensionados** para garantir a cobertura da população residente na sua área de abrangência (RH, estrutura, equipamentos, medicamentos, etc.)?
- 3 – **O acolhimento** da UBS é realizado de modo a garantir o **atendimento necessário** a cada usuário de acordo com **grau de risco e vulnerabilidades**?

Organização do Acesso na Atenção Primária à Saúde

Pressupostos:

Conhecer o território

Dados Populacionais (dados a serem colhidos)

- População por Faixa Etária
- População adscrita por unidade e por Equipes de ESF (ER)
- Densidade Demográfica
- Perfil epidemiológico (indicadores universais)
- **Vulnerabilidade Social** (Muito Alta, Alta, Média, Baixa)

Funcionamento da unidade

- Horário de funcionamento da unidade
- Espaço Físico
- Oferta de Serviços (consultas, especialidades, exames, etc.)

Potencial de Produtividade da equipe (resolutividade)

Avaliação da Vulnerabilidade Social (dados censitários)

Indicadores para definição da Vulnerabilidade Social:

Ind. A: Proporção de pessoas morando em aglomerados subnormais;

Ind. B: Proporção de responsáveis por famílias com até três anos de estudo;

Ind. C: Proporção de responsáveis por famílias com renda até três salários mínimos.

Pontos	1	2	3	4
Ind A	Até 5%	6% a 10%	11% a 20%	mais de 21%
Ind B	Até 10%	11% a 20%	21% a 30%	Mais de 31%
Ind C	Até 20%	21% a 30%	31% a 40%	Mais de 41%

Ex: Tabela de Cálculo

	% População	Pontuação	Classificação da Vulnerabilidade
Índ. A			De 0 a 3,0 – Pontuação 3 – Baixa vulnerabilidade
Ind. B			De 3,1 a 6,0 – Pontuação 3,5 – Média Vulnerabilidade
Ind. C			De 6,1 a 9,0 – Pontuação 4 – Alta Vulnerabilidade
	Soma		Acima de 9,1 – Pontuação 4,5 – Muito Alta Vulnerabilidade

Dimensionamento dos Recursos Humanos

Modelo de Atenção (PSF)

- Equipes de Referência
- Potencial de Produtividade



Equipes de Referência (ESF)

É recomendável que a ESF seja composta, no mínimo, por:

- Médico de família ou generalista (40h)
- Enfermeiro (40h)
- Técnico/Auxiliar de enfermagem (40h)
- Agentes Comunitários de Saúde. (ACS 1 para cada 750 a 1000 habitantes)

Equipe ampliada

- Pediatria
- GO
- ESF SB M1 (Cirurgião Dentista + ASB)
- ESF SB M1 (Cirurgião Dentista + ASB + THD)

Cobertura da Atenção Básica: 1 ESF para 3.000 habitantes (MS) Variando com a vulnerabilidade (2.500 a 4.000 hab)

Considerar a Vulnerabilidade da população adscrita na composição das equipes

Potencial de Produtividade : Equipe Médica

Distribuição da jornada do médico:

- Atendimentos individuais programáticos e programados na unidade básica de saúde;
- Atendimentos individuais de agudos na unidade de saúde, atividades no território, participação em reuniões de equipe, atendimentos domiciliares, ações educativas, capacitações, dentre outras atividades demandas pelo serviço;
- Reserva Técnica de 20% da jornada: licenças prêmio, férias, licenças para tratamento de saúde, faltas, atrasos e tempo social.

Proposta para calcular horas Médicas por Especialidade:

Total horas de Pediatria = $\frac{100\% \text{ da população de 0 a 19 anos} \times 36 \text{ horas médicas} + 20\%}{\text{Habitantes/UR}}$

Total horas G.O = $\frac{70\% \text{ da pop. Fem. acima de 15 anos} \times 36 \text{ horas médicas} + 20\%}{\text{Habitantes/UR}}$

Clínico Geral e Família e Comunidade:

$\frac{\text{Pop. Total} - \text{Pop. de 0 a 19 anos} - 70\% \text{ da pop. Fem. acima de 15 anos}}{\text{Habitantes/UR (Equipe PSF)}} \times 36 \text{ horas médicas} + 20\%$

Potencial de Produção:

- Calcula-se 20 horas x 3 consultas hora = 60 x 4.33 (semanas) = 260 x 12 (meses) = **3.118 consultas por ano.**

(UR= Unidade de Referência → nº de UBS)

Potencial de Produtividade da Equipe de Enfermagem

Enfermeiro: Critérios de Distribuição da CH:

- **Linhas de cuidado** (2 consultas por hora): Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Saúde do Trabalhador; (de acordo com os protocolos)
- **Horário de Funcionamento** das Unidades Básicas de Saúde;
- **Número de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem** sob supervisão dos Enfermeiros.

Proposta para organização do Processo de Trabalho do Enfermeiro:

- **10 horas:** Para atividades coletivas e individuais no território e unidade de saúde (Ações Educativas, Vigilância à Saúde, Reuniões de Equipe, Capacitações);
- **10 horas:** Para supervisão/gerenciamento;
- **16 horas:** Para assistência individual, ações programáticas na área da criança, mulher, adulto, idoso.

Potencial de Produtividade do Enfermeiro (para um ano de trabalho):

O enfermeiro oferece apoio e realiza atendimento de enfermagem no acolhimento. Então, calcula-se 16 horas/semanais x 2 consultas por hora x 4.33 (semanas) x 12 meses = **1.662 consultas por ano.**

Recomendações para o atendimento do Enfermeiro (2º protocolos)

- **Criança menor de 1 ano:** São 2 consultas no primeiro ano de vida.
- **Adulto acima de 20 anos:** Diabético (7.8%) – São 2 consultas por ano.
Hipertenso (20%) – São 2 consultas por ano.
Cardiopatias (3%) – São 2 consultas por ano.
- **Mulher:** Pré - natal de baixo risco – 4 consultas por gestação (nascidos vivos).
Coleta de Citologia Oncótica – 1 atendimento para 30% das mulheres de idade entre 20 a 59 anos.
Climatério – 3 consultas no período de 50 a 59 anos de idade.

Potencial de Produtividade de Técnicos/Auxiliares de Enfermagem

Critérios:

- ❑ 1 Auxiliar/Técnico de Enfermagem para cada **ESF**, com 36 horas médicas. Esse critério se justifica por conta dos procedimentos que são gerados pelos profissionais médicos.

- ❑ **E equipe de retaguarda** para as ações e procedimentos de enfermagem na unidade de saúde, sendo considerado 6 postos de trabalho para as unidades de menor área física e com horário de funcionamento de segunda-feira a sexta-feira e 7 postos de trabalho para unidades de maior área física e com horário de funcionamento de segunda-feira a sábado.

Postos de trabalho na Unidade de Saúde:

- **Acolhimento (1 ou 2)**
- Coleta de Exames / Vacina / Vigilância (1)
- Sala de Procedimentos / Curativo (2)
- Inalação / Medicação (1)
- Expurgo / Esterilização (1)

Proposta para distribuição da jornada do Aux./Téc. de Enfermagem:

- **16 horas:** Para atividades coletivas e individuais no território e na unidade de saúde, visitas domiciliares, realização de grupos, etc.
- **20 horas:** Para assistência individual, ações programáticas na área da criança, mulher, adulto, idoso, **acolhimento**, coleta de exames laboratoriais, aplicação de imunobiológicos, sala de procedimentos, inalação, marcação de consultas, curativo, esterilização/expurgo, etc.
- Dessa forma o profissional Auxiliar/Técnico de Enfermagem tem potencial para produzir em 20 horas/semanais x 4 atendimentos/hora x 4.33 semanas x 12 meses = **4.156 atendimentos por ano.**

Acolhimento a Demanda Espontânea

1) Conhecer a demanda (anexo 1)

Usuários com consultas agendadas

Situações imprevistas

Que trabalhadores serão responsáveis para avaliar as demandas

2) Sugestões para o atendimento à demanda espontânea

- Estruturar portas de entrada distribuídas pelo horário de funcionamento do Centro de Saúde (diferentes formas de organização das equipes).
- Informar e orientar sobre o funcionamento do Centro de Saúde, atividades ofertadas e agenda das equipes
- Reforçar recepção: local prioritário de agendamento
Criar outras estratégias de entrada, **outros fluxos**, outros direcionamentos
- Deixar pessoa de referência para escuta e principalmente para identificar os casos agudos***
- Presença do médico de referência na linha de frente do atendimento à demanda espontânea?***

Modalidades de Acolhimento na AB

- Acolhimento pela Equipe de Referencia
- Equipe de Acolhimento do dia.
- Acolhimento Misto (Equipe Referencia + Equipe de Acolhimento do dia)
- Acolhimento Coletivo

Acolhimento pela equipe de Referencia do Usuario

Vantagem:

Potencialização do vínculo e a responsabilização entre equipe e população Adscrita

Dificultador:

Conciliação com os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é alta;

Conciliação com as atividades da equipe fora da unidade (Ex:Visita Domiciliar)

Modalidades de Acolhimento na AB

Equipe de Acolhimento do dia

Vantagem: As equipes que não estão “escaladas” podem realizar as atividades programados com mais facilidade.

Desvantagem: Menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita; sobrecarga da equipe acolhimento do dia nos dias de maior demanda

Acolhimento Misto (equipe ref do usuário + equipe de Acolhimento do dia)

Modalidade intermediária entre acolhimento por equipe e acolhimento do dia, mas requer comunicação intensa entre equipes e alguns instrumentos para facilitar a Gestão das agendas → (Otimizar o fluxo da Urgência X Não Urgência)

Acolhimento Coletivo

Permite envolver toda a equipe na realização da primeira escuta, possibilita identificar o usuário com risco e sofrimento mais evidentes, contribui com a capacidade de autoavaliação dos riscos pelos usuários.

Inconveniente:

Possível constrangimento pela exposição; riscos e vulnerabilidades pouco evidentes demandam articulação com escuta individualizada

Alta Resolutividade

Quadro 1 - Agenda semanal da Equipe 260, Centro de Saúde da Tapera - Florianópolis-SC

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda
Agenda	Agenda	Agenda	Reunião da Equipe de SF	Agenda
Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda	Acolhimento da demanda
Visita Domiciliar	Atividade Coletiva	Agenda	Agenda	Agenda

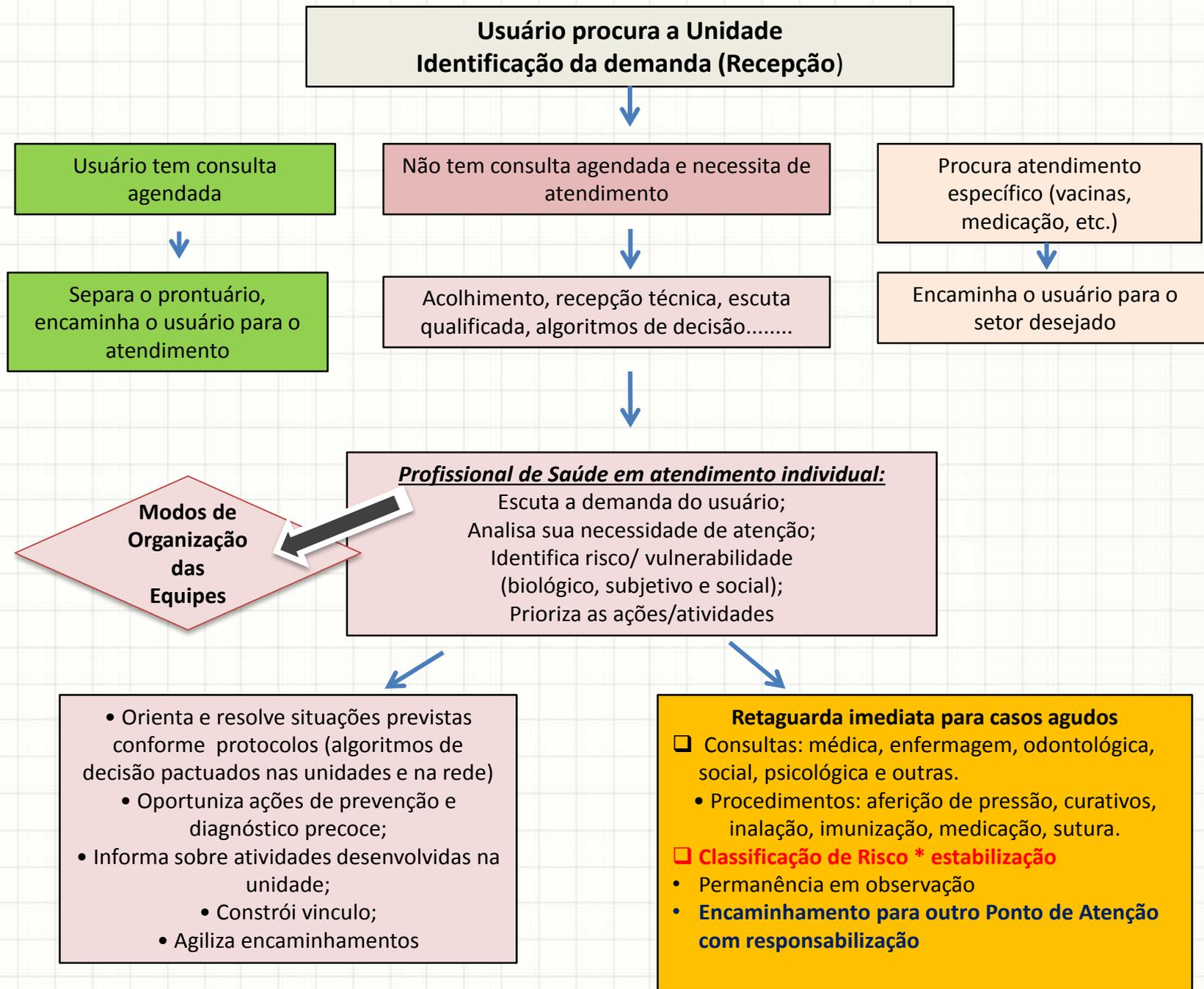
Relação com a comunidade

- Informação e divulgação aos usuários dos horários de funcionamento e serviços existentes no CS
- Criar estratégias de comunicação com comissão local e comunidade
- Identificar espaços de convivência na comunidade ou estimular sua criação para redirecionamento das demandas
- Realizar seminários com a população
- Resgatar sabedoria popular e implicar os usuários no seu processo saúde-doença
- Realizar abordagens coletivas na recepção
- Ação com ACS orientado a população

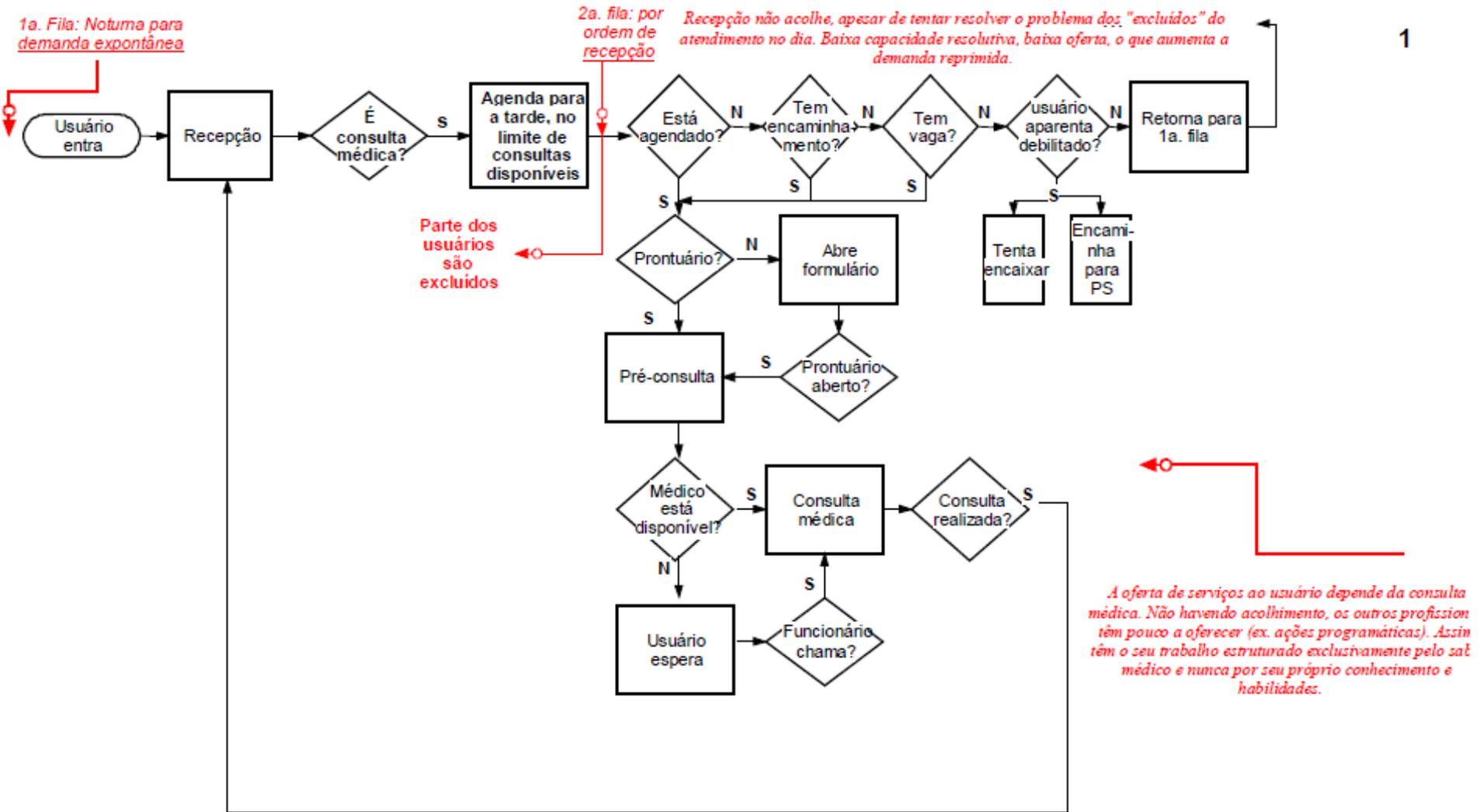


ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO

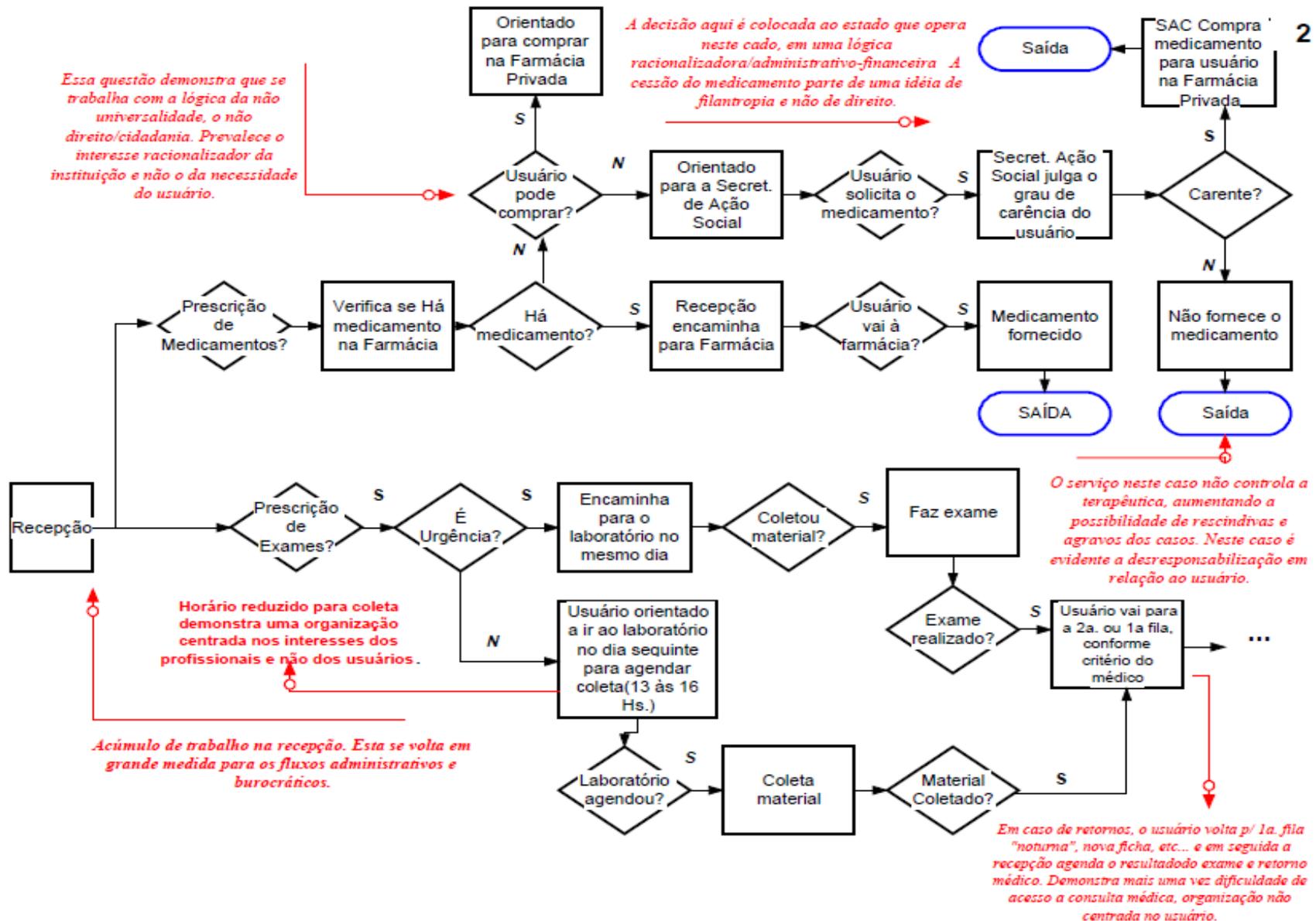
Fluxos Internos da Unidade



Análise dos fluxos e processo de trabalho

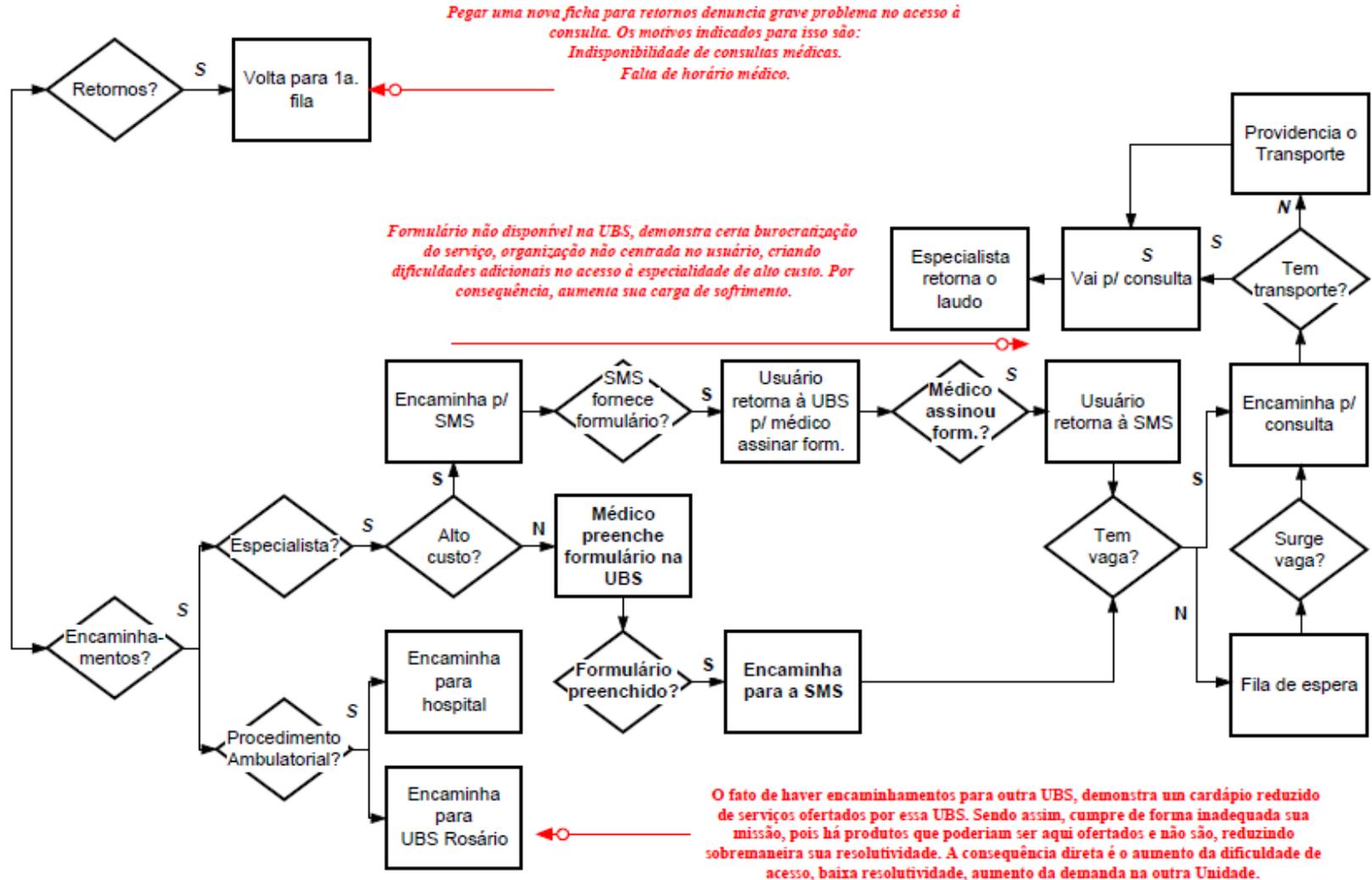


Análise dos fluxos e processo de trabalho



Análise dos fluxos e processo de trabalho

3



Intervenções a partir do Fluxograma Analisador

Problemas Identificados	Ações propostas	Operações	Recursos necessários	Responsável	Prazos
1.					
2					
3					
5					
6					
7					

***Acolhimento com Avaliação
e/ou Classificação de Risco
na Atenção Primária***

Protocolos



Conceito de Risco X Vulnerabilidade na APS:

Vulnerabilidade: Situação que torna vulnerável o processo de vida.

À medida que se busca com *o risco* estabelecer a *probabilidade de ocorrência* de um agravo em um grupo com determinadas características, com a vulnerabilidade, procura-se estabelecer a suscetibilidade de cada indivíduo ou grupo a esse agravo, em um determinado conjunto de condições intervenientes. (individuais, sociais ou programáticas)

Não se limitar a: O que? E sim os porquês?

Conceito de Risco na Urgência (referencial passa se o tempo)

Emergência	Risco de Morte	Intervenção imediata
Muito Urgente	Risco de agravo iminente	Intervenção rápida
Urgente	Sem risco de morte /alto grau de sofrimento	Intervenção o mais breve possível
Não urgente	Sem ligação com problemas recentes	Atendimento ambulatorial

Fatores de Risco na urgência:

- Risco Clínico (Ex: imunodepressão, diabetes...)
- Risco no trauma (cinemática)

As Condições de Vulnerabilidade podem requerer intervenções:

- Imediatas (mesmo dia)
- Agendamento para data próxima ou construção de projetos terapêuticos singulares em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo.
- Necessidade de mais de um tipo de intervenção (oferta de cuidado) no mesmo dia ou de programar outra(s) intervenção(ões).

Ex: Por exemplo, uma criança com **febre de 38,5 graus** e dispneia leve e **com dificuldade de acompanhar a escola**, pode receber os primeiros cuidados pelo enfermeiro antes de ser avaliada pelo médico (combinando previamente) e ainda ter sua continuidade de cuidado garantida para verificação da dificuldade escolar em momento posterior.

Demanda para o grupo:

Levantamento dos protocolos vigentes no território, necessidade de atualização, padronização, recursos necessários e treinamentos.

Avaliação de Risco e Vulnerabilidades na Atenção Primária

Os protocolos poderão ser baseados:

- **Na linha do tempo** (Criança e Adolescente, Adulto, Idoso)
- **Nas linhas de cuidado** (DCNT, Saúde Mental, Trauma, Materno Infantil)

Avaliação e manejo nos diferentes pontos de atenção

Estabelecimento da garantia de acesso nos diferentes pontos de atenção com a descrição de competências (Ex: Linha de cuidado do IAM)

- **Avaliação de Risco e Vulnerabilidades Familiar (VD)**
Classificação das Famílias por Grau de Risco (Escala de Coelho)
- **Eventos Agudos** (classificação de risco)

Intervenções decorrentes da Classificação de Risco na APS

[..\Protocolos\acolhimento demanda espontanea queixas comuns cab28v2.pdf](#)

Situação não aguda

Condutas possíveis:

- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).
- Agendamento/programação de intervenções.
- Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.

Situação aguda ou crônica agudizada

Condutas possíveis:

- **Atendimento imediato (alto risco de vida):** necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.
- **Atendimento prioritário (risco moderado):** necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.
- **Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante):** situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS URGÊNCIAS



Eixos de Atendimento



Eixo da Emergência (Sala de Estabilização)

- 1. Vermelho: necessidade de atendimento médico imediato.
- 2. Laranja: sem risco iminente de morte/atendimento médico em até 15 minutos



Eixo do Pronto Atendimento (Consultórios)

- 3. Amarelo: urgência, atendimento médico o mais rápido possível (15')
- 4. Verdes: atendimento médico por ordem de chegada. (até 2 horas)
- 5. Azuis: (atendimento por outros profissionais, curativos, medicações, inalação, agendamento de consultas, encaminhamentos)



Eixo da Emergência



Eixo de Pronto Atendimento





Eixo: Pronto Atendimento

Recepção do usuário



Ações

1. Identificar a demanda
2. Identificar o paciente
3. Identificar a situação



4. Avaliar sinais e sintomas
5. Analisar a situação
6. Gerar um resultado



Ficha de atendimento



Orientador de fluxo

Objetivo da CR:

- Adequar o tempo /resposta em que o paciente será visto pelo médico ou outros profissionais através da identificação das prioridades clínicas



Protocolo de Classificação de Risco

O que é?

- Uma ferramenta de apoio à decisão clínica;
- Uma forma de linguagem universal para as urgências.

Propósito:

- Identificação rápida e científica do paciente crítico ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com potencial de risco ou grau de sofrimento.

Classificação de Risco X Avaliação de Risco e Vulnerabilidades



Elaboração do Protocolo

Construção Coletiva





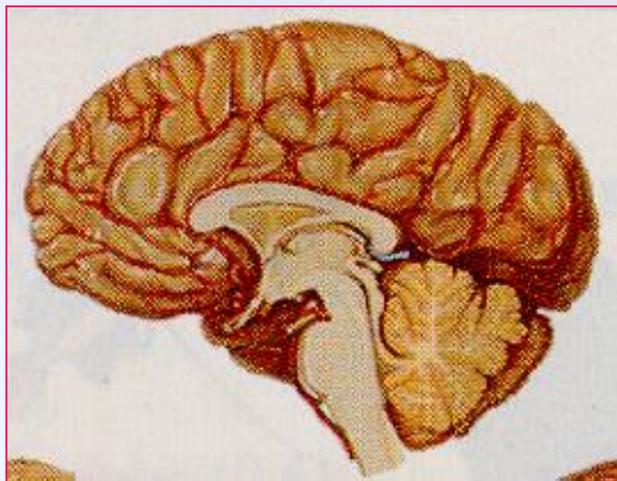
Metodologia de elaboração do protocolo - Baseado na Medicina de Desastres (ABCDE).....

Sistematização da Classificação de Risco (ABCDEF)

- Avaliação do nível de consciência/estado mental
 - Permeabilidade das vias aéreas,
 - Avaliação da respiração e ventilação,
 - Avaliação da circulação,
 - Avaliação da dor (escalas)
 - Sinais e sintomas gerais (por especialidade)
 - Fatores de risco (clínicos e trauma)
-
- ❖ Classificação X Manejo (Capacitações Técnicas)
 - Suporte Básico de Vida Aplicado a Classificação de Risco
(Equipe de Porta)*



Fatores de Risco Trauma



Peso Normal (Kg)	Peso Durante Impacto (Kg)		
	36 Km/h	72 Km/h	108 Km/h
1,5	15	60	31,5



Cinemática do Trauma

Corpo	Peso Normal (Kg)	Peso Durante Impacto (Kg)		
		36 Km/h	72 Km/h	108 Km/h
	70	700	2800	6300

Estabilização manual da cabeça para colocação do colar cervical





Pranchamento







Pranchamento em pé



Fixação da prancha





Protocolos para situações agudas

[Anexos\Encarte 1 Pranchas.pdf](#)

[Anexos\Encarte 2.pdf](#)

[..\Protocolos\acolhimento demanda espontanea queixas comuns cab28v2.pdf](#)

[..\Protocolos\Acolhimento e CR em Obstetrícia.pdf](#)



Recomendações e indicadores

Recomendações:

Baseado em sinais e sintomas/fatores de risco/ referência científicas

Responsabilidade do Enfermeiro/Médico

Tempo máximo para CR através do protocolo: 03 minutos

Monitoramento através dos seguintes indicadores:

- **Tempo da classificação de risco por cor e profissional que executa a ação**
- **Tempo entre a classificação de risco e o atendimento médico por cor;**
- **Tempo entre a solicitação de exames e a realização dos mesmos por cor ;**
- **% de óbito por cor (sendo que para verde e azul qualquer percentual é considerado evento sentinela),**
- Alta por transferência externa por cor
- % de atendimento por cor
- % de desistência por cor
- % de internação por cor

Auditável



Anotações na Ficha de Atendimento

Anotações da CR na Ficha de Atendimento

Motivo da procura:					Trauma		Clínico		Pediatria		
Demanda:	Espontânea		C. e Saúde		UPA		SAMU		Bombeiro		Outro
Sinais. Vitais	FC:	PA:	SAT O2:		T ^º :		Dor:		ECG		Glicemia:
Discriminante:								Fator Risco/Alergias:			
Observações:											
Prioridade	Vermelha		Laranja		Amarela		Verde		Azul		Outro
Horário:			Enfermeiro:								



Pactuação da Rede (estruturação)

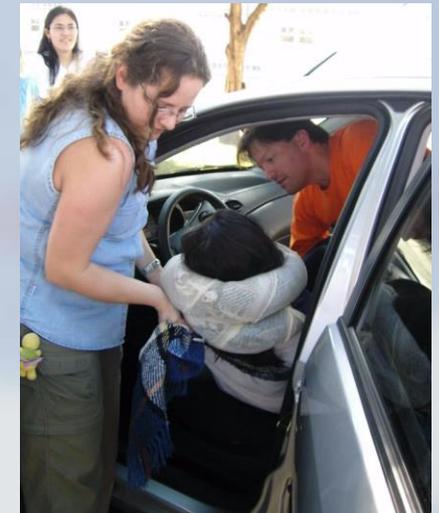
PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
Unidade Básica de Saúde	<ul style="list-style-type: none">➤ 1º atendimento vermelho ,laranja e amarelo➤ Atendimento verde e azul
Unidade de Urgência não Hospitalar (UPAS)	<ul style="list-style-type: none">➤ Estabilização vermelho e laranja➤ Atendimento amarelo e verde➤ Acolhimento e encaminhamento azul➤ Atendimento para azul, fora do horário de funcionamento da UBS➤ Observação de curta duração
Hospital 2ª sem UTI	<ul style="list-style-type: none">➤ Estabilização vermelho➤ Atendimento vermelho e laranja de acordo com os protocolos➤ Atendimento amarelo e verde➤ Acolhimento e encaminhamento azul
Hospital 3ª com UTI	<ul style="list-style-type: none">➤ Estabilização vermelho➤ Atendimento vermelho e laranja de acordo com os protocolos➤ Atendimento para amarelo e verde➤ Atendimento referenciado segundo protocolo➤ Acolhimento e encaminhamento azul
2008 SAMU	<ul style="list-style-type: none">➤ Estabilização para vermelho e laranja / transporte amarelo SBV

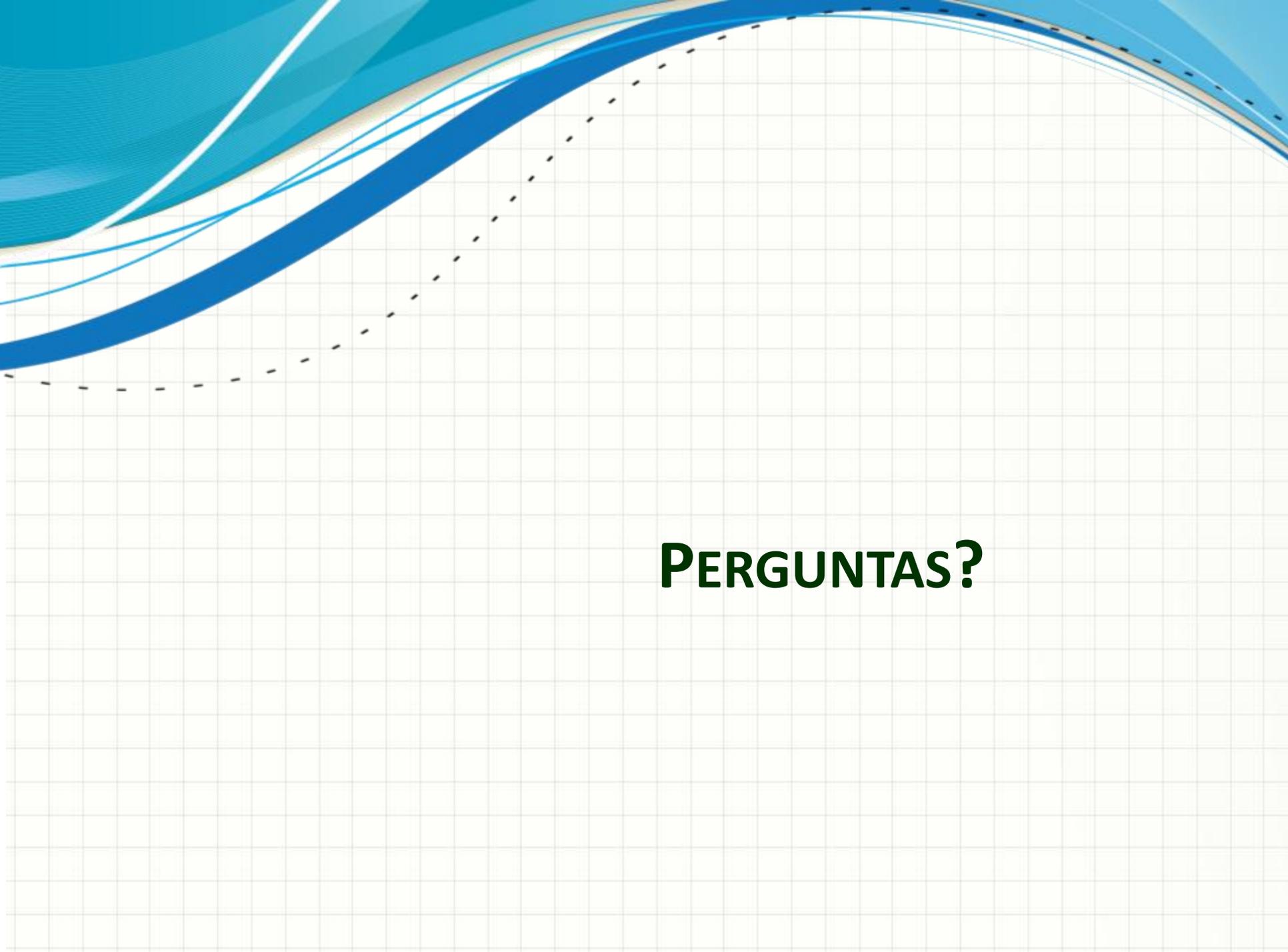


Recomendações finais



- Passo a passo para implementação
- Capacitações (toda rede)
- Monitoramento e avaliação





PERGUNTAS?

Tudo o que um sonho precisa para ser realizado é
alguém que acredite que ele possa ser realizado.

Roberto Shinyashiki



**Obrigada.....
Marilene Wagner
pedradosol@terra.com.br**