

Cuidado da Pessoa Idosa na Instituição de Longa Permanência

Perfil Epidemiológico

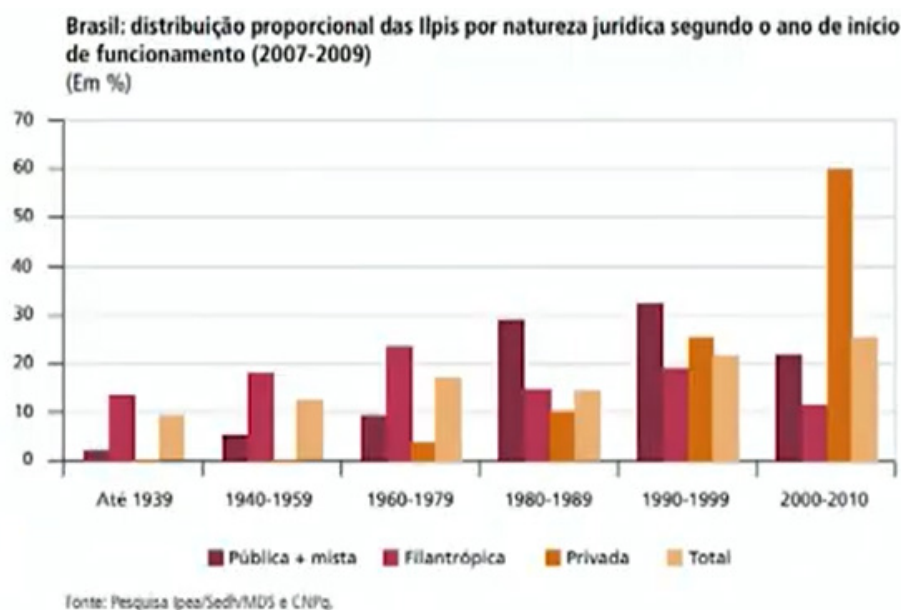
Felipe Vecchi

PÓS-GRADUAÇÃO ONLINE
GERIATRIA E GERONTOLOGIA PARA ENTREGA DE VALOR

FACULDADE
Unimed

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Olá a todos! Meu nome é Felipe. Estou aqui pra gente continuar um pouco o nosso módulo aí de cuidar da pessoa idosa na instituição de longa permanência. A ideia aqui dessa aula é a gente tentar gravar e falar um pouquinho sobre alguns dados epidemiológicos, discutir um pouquinho o perfil. É uma aula com bastante gráficos e bastante informação. Mostrar um pouco da nossa dificuldade em ter de fato dados fidedignos aí sobre qual é o nosso perfil aí populacional dentro de uma instituição de longa permanência, mostrar um pouquinho aí essa transição aí do perfil epidemiológico. Vou trazer um pouquinho da realidade da instituição onde eu trabalho, um pouquinho aí, do nosso perfil epidemiológico, estrutura e mostrar para vocês aí um pouquinho dessa experiência.



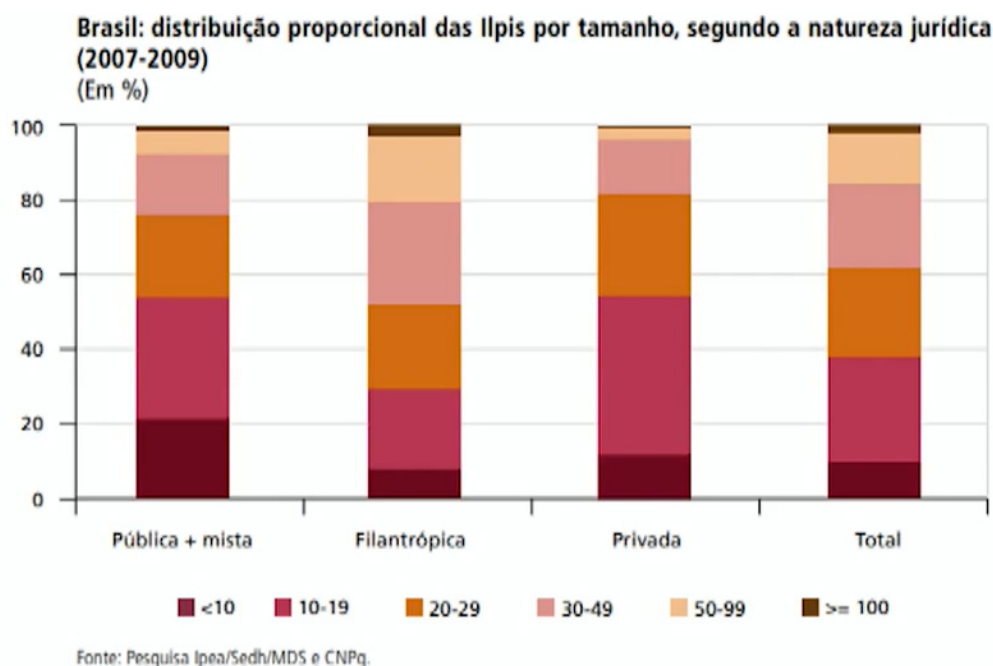
A primeira coisa que a gente consegue perceber... esses gráficos são da política nacional do idoso. A gente vai ter muitos dados aí de 10 anos atrás.

Então, a gente percebe que as informações ainda não são claras e mostra a nossa necessidade de começar a desenvolver e estudar mais sobre o tema, tá bom? E a gente percebe aqui uma... esse primeiro gráfico é muito interessante pra gente primeiro ver que a gente tem aqui um aumento exponencial aqui do número de instituições de longa permanência. Então aí, na década de 30-40 a gente tinha poucas instituições e a gente via aí até mais ou menos aqui aos anos 80, vamos dizer assim, um perfil predominantemente aí das instituições filantrópicas que eram aí as Santas Casas, basicamente, ou instituições aí de organizações religiosas que pegavam o público idoso, vamos dizer assim, com piores condições sociais pra fazer aí os cuidados voluntários e filantrópicos dessa população. A partir da década de 80, a gente começa a perceber aí um perfil aí relativamente misto da estrutura.

Seguindo aqui pra década aqui, de 1900 até os anos 2000, de 2000 para cá, a gente vê um aumento exponencial aqui da estrutura assistencial privada. Então o que que a gente percebe? Que a gente começou com uma estrutura basicamente filantrópica e aí migrou para uma estrutura relativamente mista, então a gente começou a associar um pouco a filantropia com alguns, vamos dizer assim, privado ou com algum tipo de geração de renda.

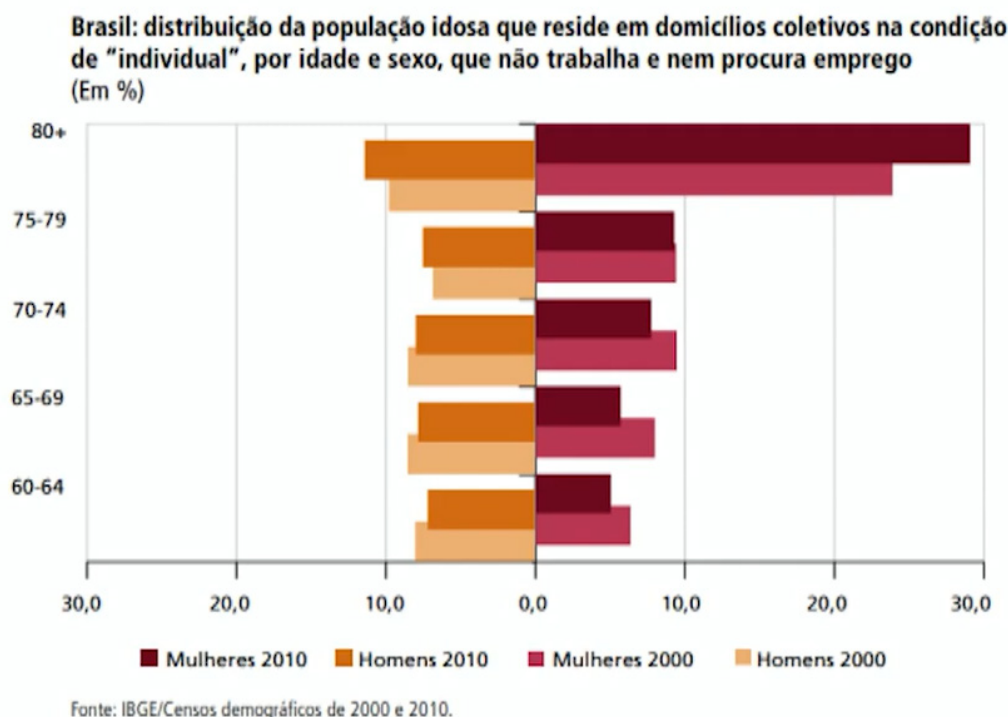
E aí isso está virando em algum momento um modelo de negócio que popularizou esse tipo de moradia e aí passando aí por um aumento exponencial das instituições privadas. E aí, vem um pouco de encontro ao que a gente acabou de falar na aula passada, de que, viu-se, então, neste momento é a necessidade de cada vez mais organizar e garantir uma legislação adequada. A partir do momento que tem um crescimento muito rápido e a gente brinca no Brasil que primeiro, muitas vezes a gente faz e depois a gente regula, então começou a surgir uma série aí de instituições de longa permanência sem nenhuma regra, sem nenhuma fiscalização adequada, e aí, viu-se, rapidamente, a necessidade de criar uma legislação que atendesse o que já existe hoje.

Então acho que isso vai um pouco de encontro aí o que a gente acabou ou discutiu aí na primeira aula aí desse modo.



Esse gráfico aqui é interessante pra gente pensar um pouquinho na distribuição proporcional das ILPIs por tamanho, tá? Basicamente na companhia que eu trabalho, a gente vai ter residenciais de grande porte, mas a gente percebe que, principalmente, nas instituições privadas, o grande predomínio aqui são as instituições aí em torno aqui de 30 leitos, mais ou menos, 20 a 30 leitos, tá? Por quê? Porque isso caracteriza, principalmente aquelas instituições de aspecto, vamos dizer assim, familiar. Então a gente percebe aí que são dentro das privadas, dentro daquelas clínicas particulares, aquelas que são de âmbito familiar ou que são do bairro mesmo, aquelas pequenas casas, que são adaptações e tudo mais. E aí esse tipo de moradia vem crescendo aí bastante e ao mesmo tempo também vem aumentando bastante o número de denúncias ou de detecção de regularidade em algum desses tipos de assistência.

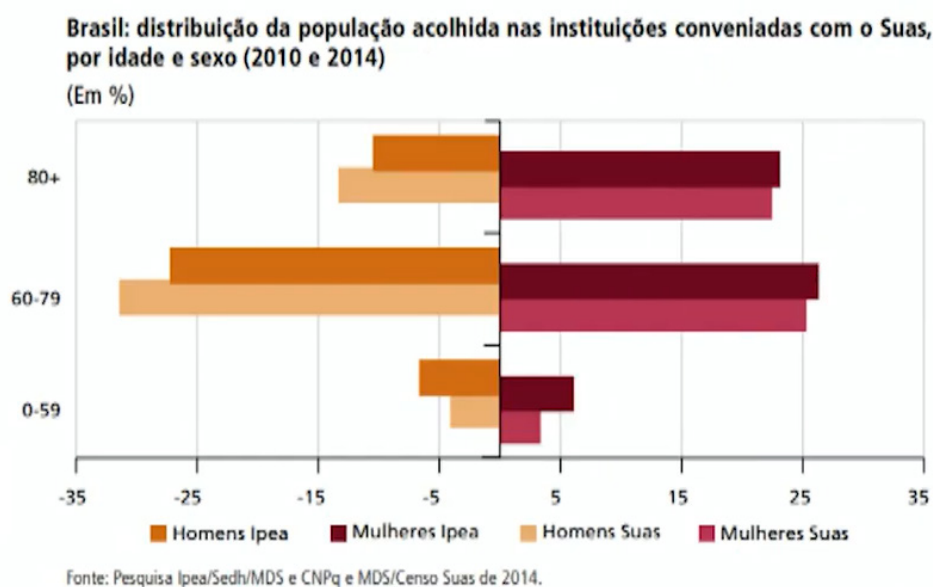
As instituições filantrópicas acabam tendo um perfil aí bastante misto, a gente vai ter desde aquelas é bem pequenas e religiosas, até aquelas muitas vezes gerenciadas pelo Estado, quase sendo um hospital de retaguarda, um ambiente de moradia de um público aí bastante negligenciado, vamos dizer assim, então acaba tendo uma estrutura bastante mista. Mas a ideia desse slide é mostrar aí que dentro daquele crescimento exponencial que a gente vem percebendo, cada vez mais a gente vem pegando ILPIs de médio, pequeno porte, que são as ILPIs que tem mais estrutura familiar por trás e que muitas vezes a gente demanda de ter atenção em relação ao profissionalismo e a segurança. e seguir aquela legislação.



É aqui um pouco mais aí também do perfil epidemiológico, dos tipos de de de público. Então, poxa, se eu for abrir um residencial hoje de idosos, eu preciso me preparar para atender qual o tipo de público? A resposta é simples, direta e é fácil: idosos, mulheres acima de 80 anos. Esse aqui vai ser o público morador aí de uma ILPI assim. A gente tem realmente... tem aquela brincadeira de que os homens morrem antes. De fato acho que tem um fundo de verdade.

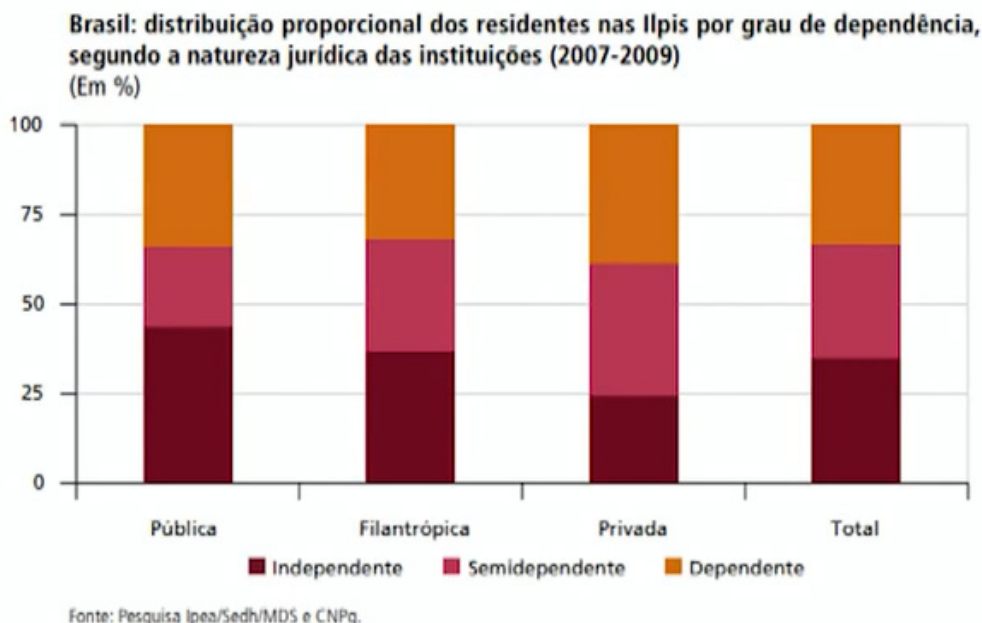
Então a gente percebe aí que cada vez mais são as mulheres, que permanecem ativas e vivas por mais tempo, mas também esse público acima dos 80 anos o público aí que vai ser cada vez mais morador aí de uma ILPI. Tem muito a questão da figura materna, é muito comum aquela dificuldade da família fazer o cuidado da idosa, ou ter a atenção adequada e a gente vê muitas vezes o familiar, as famílias se juntando e fazendo cotas, cada um cuida, aí faz a sua parte para pagar uma Institucionalização. Outro ponto interessante acaba sendo misto aí da legislação e aí a legislação que, vamos dizer assim, incentiva a institucionalização ou a transição aí desse idoso para uma instituição de longa permanência é de que muitas dessas famílias acabam pagando cuidadores e esses cuidadores muitas vezes são, são contratados assim, vamos dizer assim, sem nenhum tipo de regulamentação ou de alguma forma, sem nenhum tipo de cumprir, vamos dizer assim, adequadamente a legislação trabalhista. Então, o que acontece é que muitas dessas famílias acabam tendo depois, em algum momento, algum tipo de processo, algum tipo de problema trabalhista.

Então, acaba sendo aí uma forma de garantir o cuidado e com uma responsabilidade maior, a gente transferir esse idoso ou fazer esse cuidado do idoso acaba acontecendo em um ambiente mais especializado. E a gente sabe que a figura paterna, principalmente em algumas regiões do Brasil, ela acaba sendo um pouco menor ou um pouco menos vinculada ao núcleo familiar.



Aqui também falando um pouquinho aí sobre a faixa etária aí da população, tá? Mais uma vez esse gráfico aqui em torno de 10 anos atrás. E aí eu reforço pra vocês a nossa dificuldade de ter dados tão atuais ou dados mais precisos sobre isso, mas eu tomei a liberdade de trazer um pouquinho. Eu sei que é uma realidade um pouco mais mascarada, mas daqui a pouquinho eu mostro pra vocês um pouco dos gráficos e as informações do local onde eu trabalho, onde a gente tem alguns idosos. E a gente vai ver que por mais que tenha 10 anos de diferença e seja uma instituição puramente privada, a gente vê que segue um pouquinho essa linha e essa lógica do perfil epidemiológico, tá bom? Mas a gente vai ter basicamente aí, idosos acima de 70 anos. E aí eu até atribuo nesse gráfico, a gente vê aqui um pouquinho predominância entre os 60 e 70 anos, mas eu atribuo muito isso a um pouco às filantrópicas. Lembrar que as filantrópicas, infelizmente, acabam tendo uma média de idade um pouco menor, porque realmente a expectativa de vida da população mais simples ou mais pobre acaba sendo um pouco menor do que a do público privado. Então, a gente vai ter um público privado... a minha impressão é de um idoso aí acima de 80 anos, em torno dos centenários, até em alguns momentos.

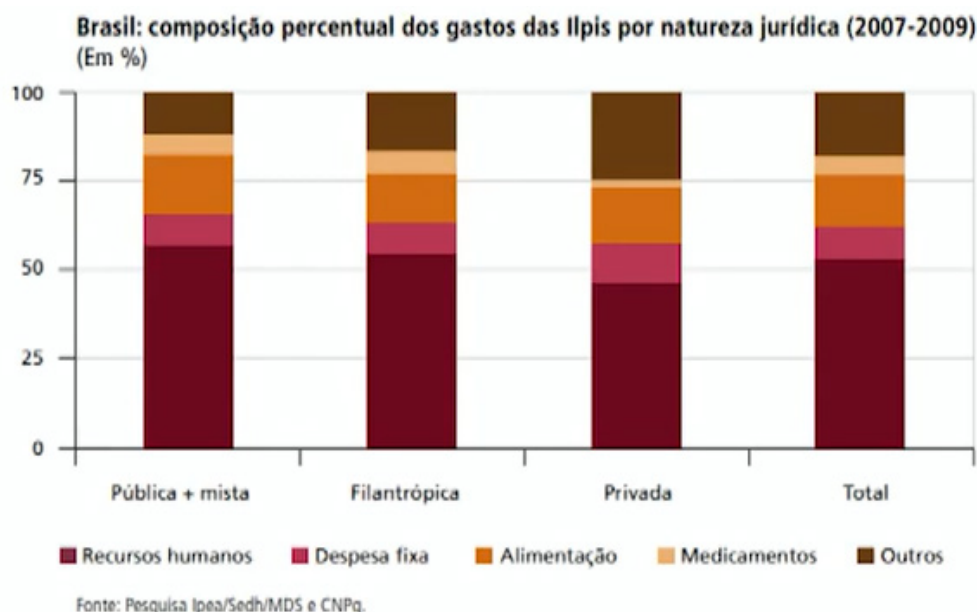
Aí o público aí mais das filantrópicas ou do caráter mais puramente assistencial, a gente vai ter um público aí em torno de 60 até os 75 anos, tá bom? Mas mais uma vez um predomínio aí, principalmente das mulheres.



Aqui um pouquinho esse gráfico é de 2007 a 2009, então a RDC ainda não classificava como grau 1º 2 e grau 3. Eles acabavam chamando aí de independente e semidependente e dependente, tá? Basicamente o independente vai ser aí o grau 1. O semidependente, ele vai ser o grau 2. E o dependente, ele vai ser o grau 3. A gente vê aí pouca diferença, na verdade, entre o perfil dessas instituições, mas a gente percebe que a filantrópica tem um pouco mais, vamos dizer assim, de independência, por quê? Porque na filantrópica é muito mais, entre aspas, “comum”, tá, a gente ter aquele morador basicamente com uma dificuldade habitacional social. Então não é tanto aquele morador com uma complexidade clínica muito grande. Na verdade, aquela pessoa que muitas vezes tem uma renda simples, de [inaudível] ou de qualquer outro suporte ou recurso assistencial, vamos dizer assim, ele precisa basicamente de uma moradia, tá? Então, muitas vezes esse tipo de morador vai acabar morando no filantrópico, ele vai ser caracterizado aí como uma instituição aí de baixa complexidade ou um morador grau 1, e ele vai conseguir ter um pouco mais de autonomia e independência.

Além disso, é muito mais fácil do ponto de vista assistencial eu ter uma ILPI ou uma residencial com idosos de menor complexidade. Então às vezes a gente pode imaginar que se eu trabalho em alguma área pública ou preciso aí ter um mínimo de estrutura assistencial e garantir, pra mim é mais fácil enquanto gestor, montar uma estrutura assistencial aí em grau 1 e 2, do que montar uma estrutura grau 3, porque a estrutura grau 3, além de demandar maior investimento, maior recurso humano, maior estrutura assistencial, acaba tendo, muitas vezes, uma ocupação muito mais rápida, vamos dizer assim. Então a gente vê aí pelo olhar público no âmbito público do negócio é que a gente vai ter um pouco mais de instituições revoltadas para o grau 1º e 2, menos instituições voltadas para o grau 3. Então em relação o que difere um pouco da estrutura privada, onde quem quer pagar ou quem precisa pagar, muitas vezes uma ILPI, ele vai ter um idoso em casa com uma maior complexidade, uma maior dificuldade do cuidado.

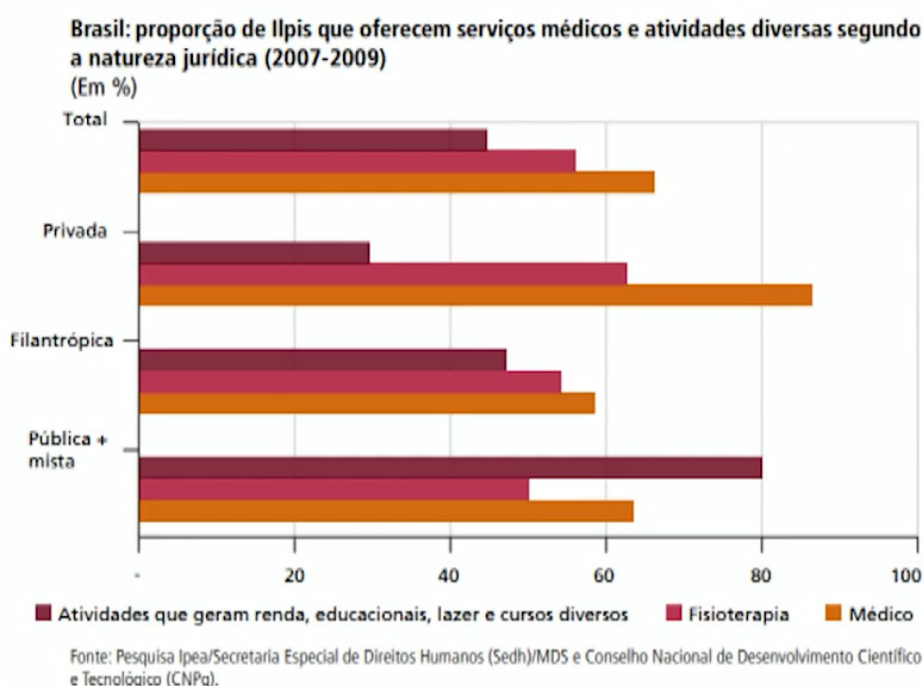
Então eu posso falar para vocês que hoje quem procura e mais uma vez vai estar ali na frente uma ILPI privada hoje, basicamente é porque tem algum idoso demenciado com uma alta demanda de cuidado, que tá com essa dificuldade de fazer esse cuidado em domicílio, então ele vai pagar pra que alguém faça esse cuidado, essa assistência. Diferente um pouco da filantrópica, que muitas vezes, como eu falei para vocês, vai ter aí... a pública e a filantrópica, quer dizer. ...vai ter aí, muitas vezes, uma questão muito mais social de moradia do que uma questão aí clínica, vamos dizer assim, ou de complexidade de cuidado. Então esse aí é um dado interessante aí, quando a gente vai fazer essa análise comparativa.



Um pouco aqui e esse aí é uma parte também interessante pra quem pensa em investir um pouco na ILPI e aí, mais uma vez, conversando um pouquinho, fazendo aquele paralelo entre a legislação e uma estrutura de uma ILPI, a gente sabe que se a gente pegar lá a parte de estrutura, a gente vê que independente aqui do tipo de ILPI, quase que 50% aqui da minha estrutura é de recursos humanos.

Então, realmente uma instituição de longa permanência, eu vou precisar de uma estrutura assistencial, por mais que a minha legislação, a minha regulamentação da Anvisa, não me garanto a profissionais técnicos, ela fala: “olha, poxa, você precisa ter um responsável técnico com ensino superior, então uma pessoa aí relativamente esclarecida e também o seu cuidador precisa ser apto para prestar assistência à população idosa.” Ela me define mais ou menos o meu dimensionamento e aí mais uma vez a gente percebe que... e aí por isso que vem a crítica de que o dimensionamento ele me permite algumas flexibilizações, algumas alternativas e a gente vê que na privada acaba sendo o custo de pessoal um pouco menor. E aí já vem a primeira provocação: será que é porque a privada, para ter uma gestão de custo melhor, acaba, em algum momento, classificando aí o grau um pouquinho diferente da realidade, para conseguir trabalhar com recurso menor ou porque talvez a privada tenha aqui uma estrutura física, algum outro tipo de estrutura mais, vamos dizer assim, mais rebuscado, ou mais bonito ou, enfim, mais complexo, que acaba aí atraindo o seu cliente, ele acaba gastando o seu dinheiro com outras coisas. Difícil a gente avaliar, difícil a gente chegar a uma conclusão, mas já gera essa dúvida. Se realmente a RDC fosse um pouco mais clara, na minha visão, sobre o que é o grau de complexidade e como a gente vai fazer esse dimensionamento ficaria um pouco melhor.

Além disso, a gente tem alguns órgãos de classe que acabam também vigiando e monitorando esse tipo de estruturação. Então, se eu tenho um enfermeiro, eu vou ter, por exemplo, um coren por trás, vigiando e apoiando aí o trabalho desse enfermeiro e muitas vezes até tendo um dimensionamento, um entendimento do dimensionamento diferente um pouco da RDC. Então isso acaba em algum momento, impactando, vamos dizer assim, os meus custos, os meus gastos para manutenção da ILPI. De maneira geral, uma estrutura, é um modelo de negócio que tem aí os seus desafios de rentabilidade, precisa ser bem estruturado para a gente conseguir é fazer com que dê certo a estrutura assistencial e funcione aí com segurança e aí como modelo de negócio também. Os demais custos, pode ver que eles são muito parecidos, então as despesas fixas vão ser aí basicamente a parte aí de água, luz, estrutura física e tudo mais. Alimentação, a gente percebe aí que tem um padrão muito variável e medicamento, aí vai depender um pouquinho da estrutura operacional de cada ILPI.



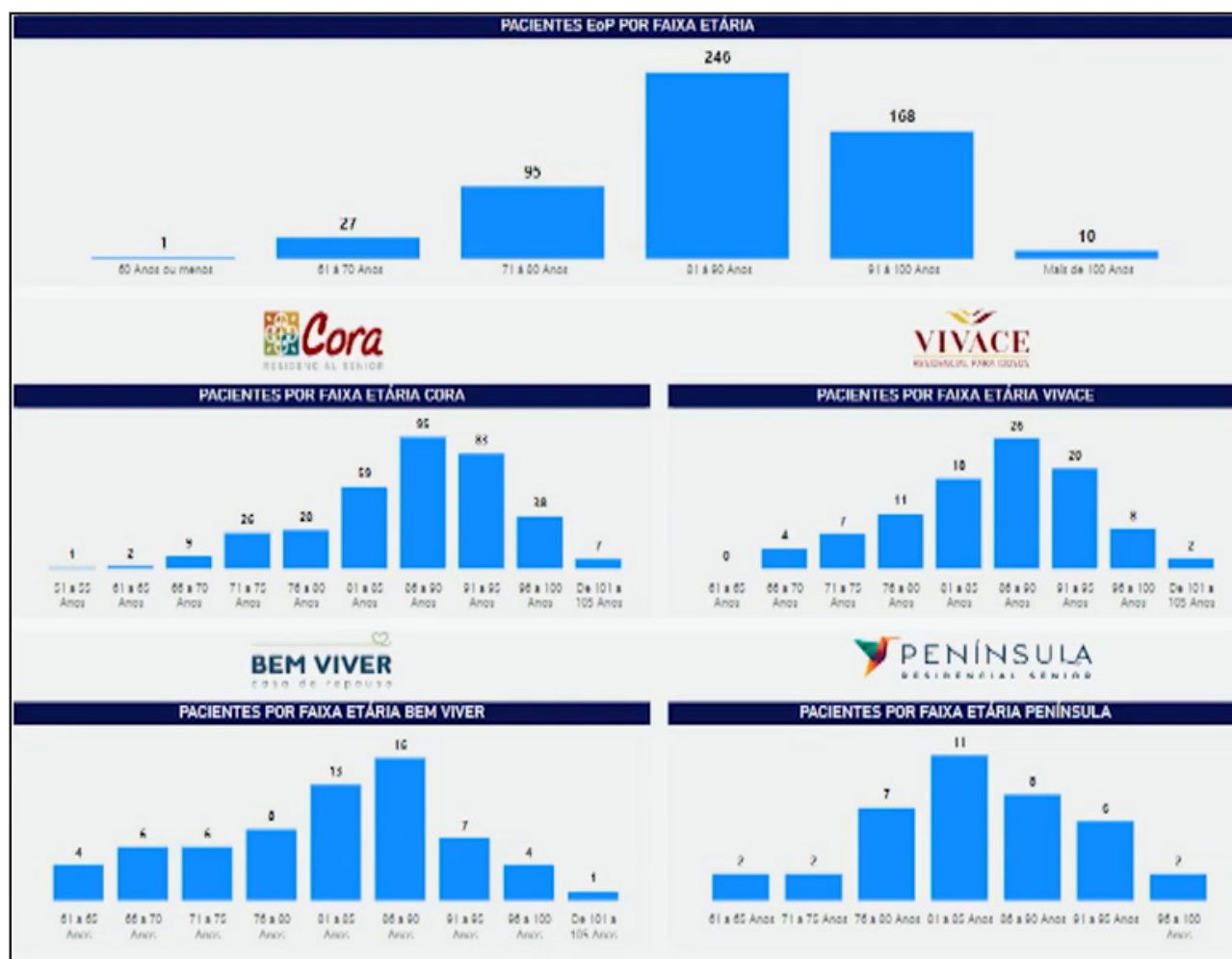
Aqui é um pouco falando aí, como a gente trouxe um pouco aí a parte de receita e recursos, aqui a ideia é da gente começar a entender como que eu consigo agregar valor do ponto de vista de negócio a minha instituição. Eu vou ter lá uma instituição que tem uma legislação a ser seguida, eu vou ter que definir aí o meu público ou o meu perfil de complexidade da minha instituição, eu vou ter que garantir ali aquelas aqueles parâmetros mínimos de funcionamento: então, uma estrutura adequada eu vou ter que garantir lavanderia, eu vou ter que garantir alimentação, dependendo do meu tamanho, profissionais aí pra realizar as atividades de lazer. E aí depois eu posso começar a incrementar pensando no perfil público, que mais de tipo de serviço eu posso colocar no meu residencial para garantir aí, além de uma assistência adequada, uma forma aí também de começar a ter outros serviços dentro da minha instituição. Então a gente tá falando aqui de instituição de nova permanência, de modelo assistencial, uma pós-graduação, mas aqui é a primeira vez que aparece aqui a palavra “médico” aqui na minha instituição. Então, primeira coisa, a minha legislação e a minha estrutura existencial não me obriga a ter um médico. “Ah, mas eu tenho uma instituição só de pacientes grau 3.”

Ela não me obriga a ter um médico, mas a gente vê que a figura do médico, ela traz uma segurança para o público, para o cliente ou para as pessoas que ali frequentam aquela instituição e, muitas vezes, ele é fundamental para garantir ali o mínimo de cuidado e planejamento terapêutico do meu residente.

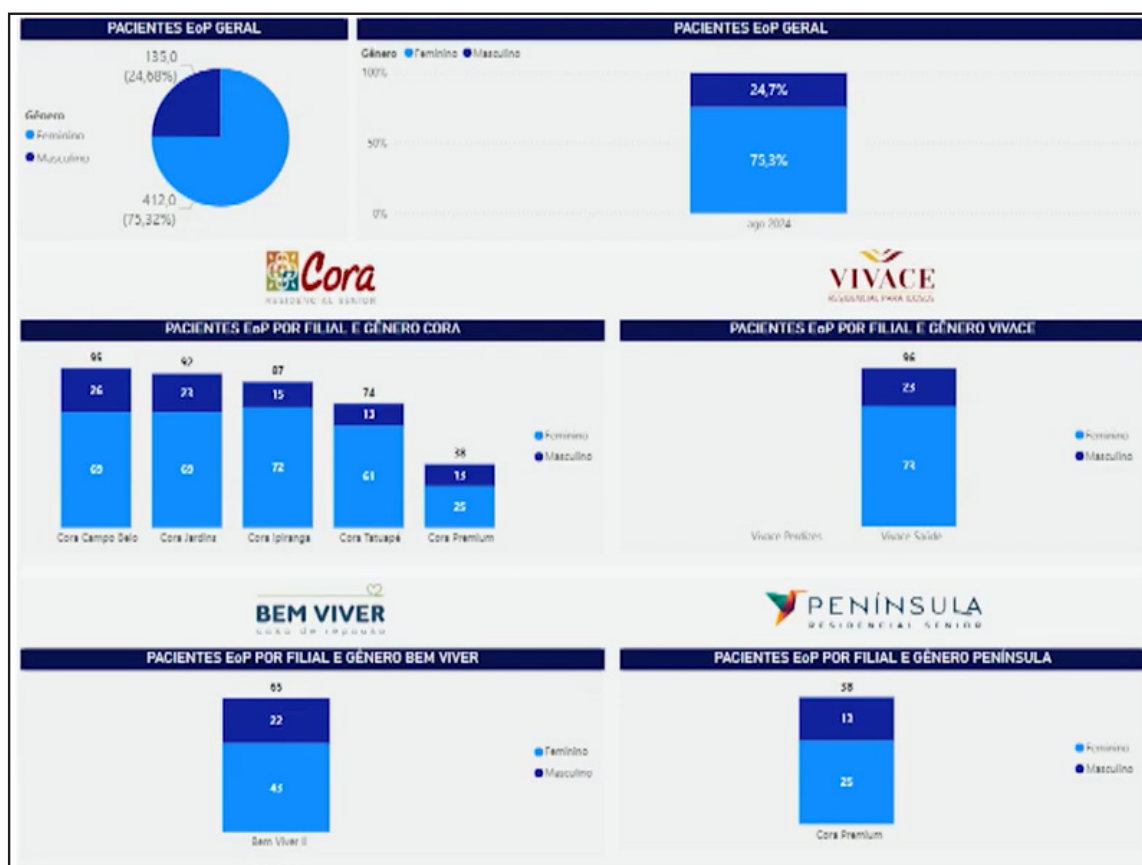
Muitas vezes e até fora do país, em ambientes do SUS, o ideal, por exemplo, ambiente público, o ideal, por exemplo, é que se tem aí uma UBS, um programa de saúde da família próximo ou com uma equipe responsável por ajudar essa instituição de longa permanência a fazer o planejamento de cuidados, assistência clínica, fornecer aí muitas vezes alguns tipos de insumos pelo SUS, por exemplo. E é o que eu falo, a gente vai falar um pouquinho das estruturas diferentes de diferentes países, principalmente aí no modelo europeu, a gente vê um pouco isso. Às vezes, Existe uma questão cultural diferente de que a institucionalização ela é mais comum, ela é mais simples, mas a gente percebe que a saúde pública ou estrutura pública está preparada para apoiar aquela ILPI, apoiar aquela estrutura. Já do ponto de vista particular, do ponto de vista privado, a gente percebe que assim uma família vai se sentir segura se aquela instituição tiver um médico. E aí, cabe aí na instituição cobrar ou não por esse tipo de atendimento, esse tipo de avaliação extra. Então a gente vê aí realmente uma grande diferença aqui entre a presença de médico aqui nas instituições privadas, porque ela realmente, claro, é um diferencial aí na hora da contratação do serviço.

Um outro tipo de atendimento muito comum que as clínicas acabam oferecendo é a fisioterapia, tá? A gente percebe que além de ser algo relativamente fácil de se promover, ela pode ser atividades aí coletivas ou atividades individuais. A gente percebe aí que traz... a gente sabe a importância do atendimento multidisciplinar, então a gente percebe que traz aí um pouco de melhora da qualidade de vida e muitas vezes as próprias ILPIs... Lembra que tem lá aquela questão de um profissional dedicado para uma atividade de lazer, alguma coisa assim? Na aula de legislação? A abrem mão aí desse tipo de profissional hoje, que é o fisioterapeuta. Ele acaba fazendo atividades de grupo, atividades de alongamento, caminhadas, alguma coisa assim, então ele acaba atendendo aquela vaga de um profissional dedicado e também as ILPIs acabam utilizando isso também como uma forma de tentar ganhar aí o que a gente vai chamar um pouco de receita extra.

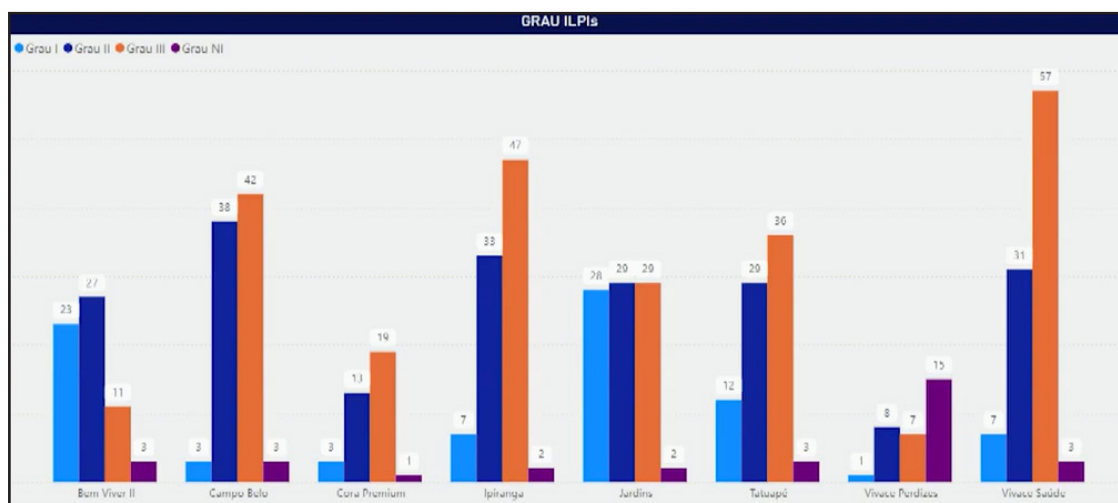
Então eu tenho a minha moradia e eu começo a vender um pouco de coisas extras, dentre elas fisioterapia individual, por exemplo, que acaba tendo uma procura muito grande e um impacto muito positivo pra saúde do idoso, tá bom? Então a gente fazendo um resumo aqui dessa primeira parte, esses são dados de literatura, dados aí do Ipea, dados aí do SUS, da Secretaria de governo e também aí da Secretaria dos idosos. A gente percebe aí, basicamente, a existência de 2 perfis aí de instituições: as filantrópicas e públicas versus privadas. A gente percebe que a instituição privada tem ganhado um espaço muito maior nos últimos anos, com crescimento exponencial, trazendo essa demanda de uma regulamentação mais adequada. A gente vê um público aí predominantemente feminino. E na saúde pública, na estrutura pública, um público aí um pouco mais jovem, em torno dos 70 anos, enquanto no privado em torno dos 80 anos. Tá bom? Percebemos aí que o custo de pessoal é o principal desafio na gestão de uma ILPI e esse custo de pessoal está muito vinculado aí a RDC 502, tá bom? E agora eu vou trazer um pouquinho aí da experiência que a gente tem no grupo lá, um pouco dos nossos residenciais.



Então a gente tem aqui o perfil da faixa etária. Então vai muito de encontro aí aos dados aí encontrados na literatura. Se a gente for ver aqui a nossa idade média, aí em torno de 80 a 100 anos é o grande predomínio aqui dos meus idosos. Depois dos acima de 90 anos, mas se eu pegar aqui... e os acima de 100 anos, isso aqui me dá quase 70% aí dos meus moradores e de todos os residenciais. Olha que legal, tanto da nossa marca aqui, que é a marca Cora, quanto a marca Vivace, bem viver e aqui é a nossa instituição, até no Rio de Janeiro, aqui que estamos começando, a gente percebe aí um perfil aqui de atendimento muito próximo dos 80 + que a gente chama aí que talvez seja aí a grande classe de população que está crescendo. Os 60 mais aqui já deixou de ser, vamos dizer, o público idoso. A gente caminha para um predomínio do público super idoso nas nossas ILPIs. Então vai muito de encontro, por mais que seja um dado aí de 10 anos atrás, a gente já percebe que a idade ainda é compatível e cada vez mais, dentro do perfil aí das instituições privadas o público acima de 80 anos.



E mais uma vez aí batendo também, fidedignamente, vamos dizer assim, com o que é o achado da literatura, a gente vai ter um público aqui feminino, predominantemente, aí quase que 75% da nossa população idosa nas ILPIs é a população feminina. É super raro a gente encontrar... super raro não, 25%, mas assim, os homens nas ILPIs, vamos dizer assim, eles acabam sofrendo bastante, acaba dificultando um pouco as atividades de socialização dos idosos homens, vamos dizer assim, porque é muito forte o público feminino, a presença desse público feminino. E a gente percebe também que em quase todos os nossos residenciais aqui, a gente vai ter essa essa proporção aí de 75 para 25 assim. Então o negócio, eu diria até relativamente maluco assim de que a gente percebe que é quase que um relinho dentro do nosso perfil de instituição de longa permanência.



E aqui também voltando um pouquinho aí para o grau de dependência, um outro gráfico que eu posso trazer aqui para vocês, a gente percebe basicamente o predomínio aí dos idosos, aí com grau de dependência grau 3. Então a gente percebe aqui todos os ápices aqui, vamos dizer aqui, os maiores assim são idosos grau 3, exceto aqui, que a gente vai ter um predomínio um pouquinho maior do grau 2, mas quase todas as outras unidades a gente percebe é que dentro do componente aí da instituição privada o predomínio aí de pacientes com maior complexidade clínica grau 2 o grau 3 é o que eu falei existe aí uma dificuldade da gente, em algum momento conseguir diferenciar, vamos dizer assim, o grau 2 e o grau 3, existe o se é dependente de uma coisa ou não é, ou o que é a dependência para aquilo e tudo mais.

A questão cognitiva. O grau 1, ele é muito mais fácil de se diferenciar, mas aí a gente percebe que no ambiente privado, basicamente, o que leva a família a institucionalização ou o que leva o paciente a institucionalização é a demanda de cuidado. E aí entra mais uma vez, na dificuldade do custo de pessoal, que a gente precisa ter um custo de pessoal um pouco maior, com uma equipe assistencial um pouquinho mais robusta, para garantir esse tipo de assistência.

Resumo

Predomínio Feminino

Acima de 80 anos

Em torno de 20 leitos

Predomínio de Grau 2 e 3

Aumento do número de instituições privadas

Maior desafio é custo de pessoal

Importante agregar receita

Então, de maneira geral, e aí, resumindo o que é o perfil hoje das nossas ILPIs, basicamente, mais uma vez a gente vai ter o predomínio do público feminino, principalmente no âmbito privado, acima dos 80 anos. A gente percebe aí que houve um aumento exponencial do número de ILPIs, principalmente essas ILPIs, em torno de 20 a 30 leitos, um predomínio aí do grau 2 ou 3 com esses asteriscos aí sobre como é que eu vou diferenciar um do outro e qual é a minha ferramenta para fazer essa diferenciação. A gente vem tendo aí, nos últimos anos um aumento aí do número de instituições privadas, pensando aí que é um modelo de negócio mesmo, que está crescendo no Brasil, pela demanda social e pela necessidade aí das famílias, muitas vezes pelos desafios de manter um cuidador e pelo risco trabalhista. De uma ILPI, claro que tem a questão estrutural e legislação, mas também a gente vai ter aí o maior desafio, que é o desafio do custo de pessoal, tá?

Então eu preciso ter uma equipe robusta, preparada para fazer. O cuidador entrou aí como alternativa para essas instituições mais estruturadas, frente ao desafio do piso da enfermagem. E aí como estratégia de negócio, pensando aí no ambiente de gestão privada, eu preciso começar a agregar ferramentas pra eu conseguir trazer o que a gente vai chamar aí de receita extra, uma forma de eu agregar aí receita, eu agregar valor a minha ILPI, seja ela vendendo aí serviço médico ou garantindo minimamente um apoio médico, vendendo sessões de fisioterapia, a gente pode falar de fono ou até passeios, excursões, atividades, jantares especiais aí acabe um pouco aí, da criatividade do gestor. Uma forma também da gente conseguir garantir que a gente tenha o cuidado, tenha as condições aí de legislação, mas que a gente consiga tornar isso um modelo sustentável, rentável, baseado aí numa boa prática assistencial.

Então a gente passou aí nessas 2 primeiras aulas aí pela questão de legislação e epidemiologia para depois a gente entrar propriamente dito aí nos desafios e nas características assistenciais, passar um pouco aí de como é ao redor do mundo pra gente ter aí um panorama bem completo aí sobre os cuidados aí da pessoa idosa dentro das instituições de longa permanência. Tá bom? Mais uma vez, obrigado! E aí fico à disposição aí qualquer coisa pra gente conversar. Um grande abraço!