



Hospital Municipal Getúlio Vargas Filho



RELATÓRIO DE GESTÃO

SETEMBRO/2019

DIREÇÃO EXECUTIVA

Elaine Machado López

DIREÇÃO TÉCNICA

Anna Esther Araújo e Silva

DIREÇÃO ADMINISTRATIVA

Armando Pereira Rocha Junior

NÚCLEO DE APOIO A GESTÃO

Angela Martins Carvalho

Aymée Gabrielle de Menezes Campos

Gabrielle Diogo Melo

Maria Angélica Duarte

Rodrigo Alves Torres Oliveira

Sumário

Sumário

| | |
|---|----|
| APRESENTAÇÃO..... | 1 |
| INTRODUÇÃO | 2 |
| IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE..... | 3 |
| OFERTA ASSISTENCIAL E CAPACIDADE INSTALADA ATUAL..... | 3 |
| RESULTADOS DOS INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS | 4 |
| CONTEXTO DO MÊS DE SETEMBRO..... | 4 |
| INDICADORES DE PRODUÇÃO | 5 |
| ATENDIMENTO EQUIPE MULTIPROFISSIONAL..... | 6 |
| ATENDIMENTO POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | 6 |
| Quadro 1. Serviço de Emergência | 7 |
| Quadro 2. Serviço de Ambulatório..... | 8 |
| Quadro 3. Centro Cirúrgico | 9 |
| Quadro 4. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica | 10 |
| Quadro 5. Gestão | 11 |

APRESENTAÇÃO

Este relatório destina-se a apresentação das principais ações na execução do Contrato de Gestão 001/2018, celebrado entre o Instituto de Desenvolvimento Social e Ação Social – IDEIAS - e a Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

Aqui estão compreendidas as realizações institucionais contratualizadas para o período de setembro de 2019.

Abaixo serão apresentados os resultados de cada indicador referente às metas pactuadas na Avaliação de Desempenho do contrato supracitado resumidos nos quadros que retratam os **"Resultados dos Indicadores de Acompanhamento, Avaliação e Metas"**.



INTRODUÇÃO

Reconhecido como Hospital de destacada importância no Plano Diretor Hospitalar Municipal, o Hospital Getúlio Vargas Filho, fundado em 1953 e localizado no bairro do Fonseca, zona norte de Niterói, é atualmente o hospital de referência em atendimento pediátrico de emergência e internações clínico-pediátricas dos municípios da Região Metropolitana II, configurando-se como uma unidade central na assistência hospitalar e ambulatorial especializada à infância.

A unidade tem se consolidado como estratégica na assistência pediátrica regional desde a inauguração da nova emergência em junho de 2016 e posterior incremento de complexidade a partir da incorporação do Centro de Tratamento Intensivo - CTI e do Centro Cirúrgico - CC em abril de 2017. Os serviços do CTI e do CC dão suporte aos pacientes que necessitam de cuidados críticos e continuados oriundos da emergência da própria unidade ou referenciados por meio da Central de Regulação.

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

| |
|---|
| UNIDADE DE SAÚDE: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS FILHO |
| Localização: Rua Teixeira de Freitas, s/n – Fonseca - Tel: (21) 2627-1525 |
| Município: Niterói |
| UF: Rio de Janeiro |
| Categoria do Hospital: Pediátrico com Emergência Clínica, Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico e Ambulatório de Especialidade |
| Região Metropolitana II: Niterói, São Gonçalo, Maricá, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito e Silva Jardim |
| CNES: 012599 |
| CNPJ: 32556060002800 |
| Esfera Administrativa: Gerido pelo Instituto IDEIAS – Organização Social sem fins lucrativos, desde 01 de agosto de 2013. 1º Contrato de Gestão nº 01/2013; Contrato de Gestão vigente nº 01/2018 |

OFERTA ASSISTENCIAL E CAPACIDADE INSTALADA ATUAL

| SERVIÇO | CARACTERÍSTICAS |
|---|---|
| URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | Estruturado para atender a partir do dispositivo de Acolhimento com Classificação de Risco, possui 10 box de observação 02 box de Estabilização. |
| AMBULATÓRIO | Estruturado para atendimentos médicos e multiprofissionais nas seguintes áreas: Alergologia, Anemia Falciforme, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Dermatologia, Hematologia, Nefrologia, Neurologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Seguimento ambulatorial para pacientes internados. |
| UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA | 35 leitos (02 isolamentos)* |
| UTI PEDIÁTRICA | 10 leitos, sendo 01 de isolamento. |
| UNIDADE DE CIRURGIA PEDIÁTRICA | 02 Salas Cirúrgicas ativas, 04 Leitos de SRPA 06 Leitos de Internação Cirúrgica |
| *Em 2018, ficou determinado que os 10 leitos (02 isolamento) da Sala Amarela seriam integrados à Clínica Pediátrica, passando a ser contabilizados como leitos de Enfermaria. | |

RESULTADOS DOS INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS

CONTEXTO DO MÊS DE SETEMBRO

Apesar do término da sazonalidade das doenças do aparelho respiratório, setembro ainda apresentou picos de internações em leitos extras em alguns períodos.

A partir da discussão motivada pelo "Setembro Amarelo", foi realizado um estudo sobre os casos de tentativa de suicídio e/ou automutilação atendidos no hospital, a partir do qual foi possível perceber que, apesar do Getulinho não ser referência para este tipo de atendimento, o número de pacientes com procuraram a unidade por esta demanda neste ano já é o dobro do identificado no ano passado.

Setembro também ficou marcado pelo aniversário do hospital – inaugurado em 26 de setembro de 1954. Neste contexto, iniciou-se no dia 30 a "Quinzena Getulinho" que se estenderá até o dia 11 de outubro, quando também será comemorado o Dia das Crianças. Durante esse período será também a oportunidade que funcionários, gestores, pesquisadores, usuários e sociedade em geral terão para apresentar trabalhos, compartilhar reflexões e formular propostas por meio da II Mostra Científica do Getulinho.

INDICADORES DE PRODUÇÃO

| VARIÁVEIS DE PRODUÇÃO | RESULTADO | |
|--|-----------|-----------|
| | Previsto | Realizado |
| Atendimento de Emergência | 6.000 | 5.276 |
| Consultas Especializadas OFERTADAS | - | 2744 |
| Consultas Especializadas AGENDADAS | - | 1968 |
| Consultas Especializadas REALIZADAS | 1.500 | 1373 |
| Alergia | - | 0 |
| Anemia Falciforme | - | 51 |
| Cardiologia | - | 84 |
| Cirurgia Geral | - | 151 |
| Cirurgia Plástica | - | 75 |
| Dermatologia | - | 99 |
| Endocrinologia | - | 105 |
| Follow-Up | - | 63 |
| Hematologia | - | 82 |
| Nefrologia | - | 114 |
| Neurologia | - | 149 |
| Nutrição | - | 24 |
| Odontologia | - | 129 |
| Ortopedia | - | 39 |
| Otorrinolaringologia | - | 122 |
| Pneumologia | - | 135 |
| Cirurgias realizadas | 90-120 | 95 |
| Cirurgias suspensas | - | 20 |
| Internações Clínica Pediátrica | 130 | 240 |
| Exames de Apoio Diagnóstico e Terapêuticos | - | |
| Análises Clínicas | - | 7855 |
| Imagem | - | 2299 |
| Métodos Gráficos | - | 46 |

Fonte: Censo Hospitalar, Sistema INTUS, Relatório JVA Serviços Médicos e Diagnósticos e Coordenação do Ambulatório

ATENDIMENTO EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

| CATEGORIA | Realizado SETEMBRO |
|---|--------------------|
| Fisioterapia | 971 |
| Fonoaudiologia | 51 |
| Psicologia | 326 |
| Enfermagem | 791 |
| Serviço Social | 560 |
| TOTAL | 2699 |
| Fonte: SAME e Faturamento HGVF e Coordenação do Ambulatório | |

ATENDIMENTO POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

| Setor de Atendimento | Niterói | % | São Gonçalo | | Outros | % | Total |
|----------------------|---------|-----|-------------|-----|--------|-----|-------|
| EMERGÊNCIA | 3277 | 62% | 1724 | 33% | 275 | 5% | 5276 |
| AMBULATÓRIO | 1465 | 95% | 57 | 4% | 24 | 2% | 1546 |
| INTERNAÇÃO | 139 | 58% | 72 | 30% | 29 | 12% | 240 |
| Fonte: SAME | | | | | | | |

INDICADORES DE DESEMPENHO QUALITATIVO

Quadro 1. Serviço de Emergência

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|---|---|-----------------|-----------------------|
| Tempo de espera para atendimento médico (classificados como vermelho) | Expressa o tempo médio de espera dos pacientes para atendimento médico | 0 | 0 |
| Tempo de espera para atendimento médico (classificados como amarelo) | Expressa o tempo médio de espera dos pacientes para atendimento médico | Até 30 minutos | 11 minutos |
| Tempo de espera para atendimento médico (classificados como verde) | Expressa o tempo médio de espera dos pacientes para atendimento médico | Até 60 minutos | 36 minutos |
| Tempo de espera para atendimento médico (classificados como azul) | Expressa o tempo médio de espera dos pacientes para atendimento médico | Até 120 minutos | 70 minutos |
| Limitações do Indicador | <p>Pode não ser sensível a situações onde o usuário necessite ser atendido antes do registro ser feito .</p> <p>A distribuição dos tempos de espera é assimétrica, ao longo do dia, ou seja, uma pequena percentagem de atendimentos pode apresentar tempos de espera mais alongados. Há também variações sazonais podendo ocorrer significativas diferenças do número de atendimento ao longo do ano, impactando do tempo de espera. Assim solicita-se associar esse indicador da <i>média</i> ao indicador da <i>mediana</i>.</p> | | |
| Objetivo e Uso | <p>O Indicador do tempo de espera analisa o desempenho do serviço de Urgência e Emergência e o monitoramento da qualidade da assistência, subsidiando a tomada de decisão para ações pela efetividade do cuidado.</p> | | |
| Análise e Resultados | <p>No que diz respeito aos indicadores de tempo de espera para o atendimento médico é possível observar que o HGVF alcançou a meta pactuada no mês em análise.</p> | | |

Quadro 2. Serviço de Ambulatório

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|--|--|------|-----------------------|
| Proporção de consultas de primeira vez | Percentual de consultas ofertadas de primeira vez em relação ao total de consultas. Expressa a capacidade de absorção de novos pacientes | 30% | 40% |
| Limitações do Indicador | As vagas e a distribuição das consultas ambulatoriais entre as unidades da rede de Niterói são reguladas pela CREG. A unidade não possui governabilidade sobre o agendamento das consultas de primeira vez que ficam a encargo, então, da Central de Regulação. | | |
| Objetivo e Uso | Avaliar acesso a consultas de especialistas. | | |
| Análise e Resultados | Quando consideramos o total de consultas ofertadas para novos usuários em relação ao total da oferta alcançamos o índice de 40%. No entanto, chama atenção que metade destas consultas de primeira vez não são utilizadas pela Rede. Também é possível observar que o absenteísmo nas consultas de primeira vez alcança o percentual de 43 pontos. Cabe observar que o comportamento da ociosidade apresenta-se de forma muito distinta em relação a cada especialidade oferecida. | | |

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|-------------------------|--|------|-----------------------|
| Índice de Faltosos | Percentual de pacientes agendados que não compareceram para atendimento. | <30% | 39% |
| Limitações do Indicador | Não há | | |
| Objetivo e Uso | Avaliar a produtividade do ambulatório | | |
| Análise e Resultados | <p>Reiteramos que o alcance desta meta, da forma como descrita não guarda relação com a atuação, nem tampouco está na governabilidade do hospital. No entanto, o hospital não permanece apático frente a essa situação e tem empreendidos esforços para diminuição deste índice de absenteísmo.</p> <p>Assim, solicitamos considerar o indicador cumprido no que tange as possibilidades de atuação do hospital.</p> | | |

Quadro 3. Centro Cirúrgico

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|--------------------------------|---|---------------|-----------------------|
| Número de cirurgias realizadas | Número de cirurgias realizadas no mês | Mínimo 90/mês | 95 |
| Limitações do Indicador | Não há | | |
| Objetivo e Uso | Analisar a produção cirúrgica da unidade | | |
| Análise e Resultados | <p>No período em análise 115 procedimentos cirúrgicos foram agendados, destes, 95 foram realizados e 20 suspensos, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> 8 por absenteísmo do usuário; 12 por falta de condições clínicas da criança e incompletude dos exames necessários. <p>Vale salientar que todas as cirurgias foram previamente confirmadas, via telefone, com os familiares, e para algumas houve a justificativa de dificuldades financeiras e de não liberação do trabalho para acompanhar os filhos.</p> | | |

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|--|---|------|-----------------------|
| Conformidade com os padrões de cirurgia segura | Monitorar a implantação de protocolos de segurança nas intervenções cirúrgicas. | 100% | 100% |
| Limitações do Indicador | Não há | | |
| Objetivo e Uso | Monitorar a implantação de protocolos de segurança na intervenção cirúrgica. | | |
| Análise e Resultados | O checklist de cirurgia segura está sendo aplicado em 100% os procedimentos cirúrgicos realizados na unidade. | | |

Quadro 4. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|-------------------------|--|-----------|-----------------------|
| Taxa de Ocupação da UTI | Corresponde ao % de ocupação dos leitos, por dia, em relação aos leitos disponíveis, em um período definido. | >ou = 85% | 56% |
| Limitações do Indicador | Não há | | |
| Objetivo e Uso | Auxiliar na gestão dos leitos de UTI, utilizando-o de forma racional e apropriada, permitindo a disponibilidade de leitos complexos para pacientes necessitados de cuidado intensivo. | | |
| Análise e Resultados | Leitos de UTI são recursos extremamente nobres e devem obedecer a critérios técnicos para utilização. O HGVF vem atendendo sua demanda interna e ainda cedendo leitos a rede sempre que possível, mas cabe ressaltar que a utilização dos leitos e, portanto, sua taxa de ocupação obedeceu a protocolos técnicos, ao perfil e aos recursos dispostos na unidade, não cabendo ao hospital esforços para ocupação de leitos sem a devida necessidade. | | |

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|--------------------------------|--|-----------------|-----------------------|
| Tempo Médio de Permanência UTI | Corresponde ao tempo médio de internação dos pacientes, expresso em número de dias. | < ou = 9,9 dias | 9,33 |
| Limitações do Indicador | Este indicador possui relação direta com a complexidade dos casos atendidos na unidade. | | |
| Objetivo e Uso | <ul style="list-style-type: none"> Avaliar o desempenho hospitalar e as boas práticas clínicas por meio da análise do tempo que o paciente permanece internado na UTI. Avaliar a gestão eficiente do leito operacional de UTI (rotatividade) e o uso racional e apropriado dos recursos. | | |
| Análise e Resultados | O tempo médio de permanência se manteve dentro da meta estabelecida, o que reflete o esforço da equipe da UTI em realizar discussão de todos os casos diariamente a fim de fazer os ajustes necessários a melhora do paciente e assim, otimizando a rotatividade dos leitos. | | |

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|--|---|----------|-----------------------|
| Taxa de Densidade de IPCLS associada ao uso de CVC na UTI Pediátrica | Corresponde a densidade de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial associada à utilização de cateter venoso central. | <10/1000 | 0 |
| Limitações do Indicador | Não há | | |
| Objetivo e Uso | Corresponde a uma forma de identificar boas práticas no manejo do paciente. | | |
| Análise e Resultados | Este dado reflete o pleno seguimentos das normas e procedimentos, garantindo assim a qualidade da assistência prestada, apesar do aumento da gravidade nas internações. | | |

Quadro 5. Gestão

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|-----------------------------|--|----------|-----------------------|
| Taxa de Ocupação da Unidade | Corresponde ao percentual de ocupação dos leitos, por dia, em relação aos leitos disponíveis, em um período definido. | >ou= 85% | 85% |
| Limitações do Indicador | Não há | | |
| Objetivo e Uso | Auxiliar e avaliar a utilização dos leitos | | |
| Análise e Resultados | A ocupação do hospital manteve-se dentro da meta contratual, justificando mais uma vez a medida acertada de ampliação dos leitos de internação e afirmando o esforço da equipe em acompanhar cada caso de maneira bem próxima minimizando o impacto de uma internação desnecessariamente prolongada. | | |

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|---------------------------------------|---|---------------|-------------------------------|
| Tempo Médio de Permanência na Unidade | Corresponde ao tempo médio de internação dos pacientes expresso em número de dias. | <ou= 5,7 dias | 5,88 |
| Limitações do Indicador | Não há | | |
| Objetivo e Uso | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o desempenho hospitalar e as boas práticas clínicas por meio da análise do tempo que o paciente permanece internado na unidade hospitalar. • Avaliar a gestão eficiente do leito operacional (rotatividade) e o uso racional e apropriado dos recursos. | | |
| Análise e Resultados | Mesmo fora do período sazonal das doenças respiratórias, no período percebeu-se aumento de gravidade dos pacientes, o que resultou no pequeno aumento no tempo de permanência da unidade. No mais, vale salientar que para além da gestão da clínica, dispositivo este que propõe a discussão dos casos de forma próxima e particular entre equipe médica e multiprofissional, uma nova iniciativa vem sendo pensada e incorporada à rotina - o KanBan. | | |

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|-----------------------------|--|-------------|-------------------------------|
| Taxa de Infecção Hospitalar | Mostra a ocorrência de Infecções oriundas do ambiente hospitalar. | <ou= 3% | 0,71% |
| Limitações do Indicador | Não há. | | |
| Objetivo e Uso | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o acometimento de Infecções relacionadas ao ambiente hospitalar, nos pacientes internados. • Avaliar a efetividade das ações adotadas na unidade para controle de infecções hospitalares. | | |
| Análise e Resultados | Este dado, reflete que apesar do tempo de permanência permanecer elevado, devido a gravidade dos pacientes que ficaram internados neste mês, a meta foi cumprida. | | |

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|---------------------------------|---|------|-----------------------|
| Índice de Satisfação do Usuário | Medir o nível de satisfação do usuário por meio de questionários padronizados. | >90% | 90% |
| Limitações do Indicador | Não há | | |
| Objetivo e Uso | Conhecer a satisfação dos usuários que procuram o hospital | | |
| Análise e Resultados | Fora do período da sazonalidade para doenças do outono e inverno, onde a sobrecarga da emergência contribuiu para o aumento do tempo de espera para o atendimento e, conseqüentemente para a insatisfação do usuário, as principais queixas são relacionadas a ambiência das unidades localizadas no prédio antigo. | | |

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|-----------------------------|---|------|-----------------------|
| Taxa de resposta (FEEDBACK) | Avaliar a eficiência do setor de ouvidoria por meio do retorno dado aos usuários. | >80% | 97% |
| Limitações do Indicador | Não há. | | |
| Objetivo e Uso | Avaliar a efetividade do Serviço de Ouvidoria, no que diz respeito à devolutiva dada aos usuários, em relação a queixa encaminhada. | | |
| Análise e Resultados | Este indicador reflete o compromisso da gestão com a opinião do usuário e sua implicação com a melhoria dos processos internos. | | |

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|--------------------------------------|---|-----------|-----------------------|
| Taxa de Mortalidade Hospitalar Total | Proporção de óbitos em relação ao total de saídas em determinado período de tempo. | < ou = 3% | 1,2% |
| Limitações do Indicador | Não há | | |
| Objetivo e Uso | Avaliar a qualidade da assistência à saúde, visando o planejamento de ações que contribuam para melhora da qualidade do cuidado. | | |
| Análise e Resultados | A unidade vem mantendo taxas de mortalidade dentro dos limites que a literatura medica admite para unidades de perfil semelhante. | | |

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|---|---|------|-----------------------|
| Taxa de Mortalidade e Institucional (> 24h) | Proporção de óbitos de pacientes admitidos há mais de 24h em relação ao total de saídas em determinado período de tempo (incluir todos os pacientes admitidos na unidade, não somente os internados). | <2% | 0,6% |
| Limitações do Indicador | Não há | | |
| Objetivo e Uso | Medir a qualidade da assistência, considerando que 24 horas é o tempo mínimo necessário para definir o diagnóstico inicial e planejar o plano terapêutico. | | |
| Análise e Resultados | A unidade vem mantendo taxas de mortalidade dentro dos limites que a literatura medica admite para unidades de perfil semelhante. | | |

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|---------------------------|--|-------------|-------------------------------|
| Taxa de Revisão de Óbitos | Mede a capacidade de adoção sistemática de mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial. | 100% | 100% |
| Limitações do Indicador | Não há | | |
| Objetivo e Uso | Analisar a ocorrência dos óbitos da unidade | | |
| Análise e Resultados | Comissão de Revisão de Óbitos mensalmente faz a análise de 100% os óbitos que ocorreram na unidade no período e discute o processo de trabalho e as possíveis melhorias que podem ser incorporadas ao mesmo. | | |

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|---|---|-----------------|-------------------------------|
| Percentual de Profissionais Treinados no Bimestre | Educação Permanente | 50% no bimestre | 38% |
| Limitações do Indicador | Não há | | |
| Objetivo e Uso | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o investimento na qualificação do quadro profissional. • Analisar o desenvolvimento de mecanismos de educação para práticas cidadãs. | | |

| | |
|-----------------------------|---|
| <p>Análise e Resultados</p> | <p>*Análise preliminar sobre os dados do indicador faz referência ao bimestre AGO/SET Agosto: 92% Setembro:38%</p> <p>Total no mês: Mesmo sem previsão contratual de recursos financeiros voltados para a área de educação permanente, a unidade tem mantido, dentro de suas possibilidades seu quadro profissional atualizado tanto no que diz respeito à prática profissional quanto para os processos de trabalho das diferentes categorias que agrega.</p> |
|-----------------------------|---|

| Indicador | Significado | Meta | Realizado SETEMBRO |
|--|--|----------------|-----------------------|
| Reuniões periódicas do Conselho Gestor | Avaliar periodicidade das reuniões do conselho gestor formado por trabalhadores, gestores e usuários. | 1 por bimestre | 1* |
| Limitações do Indicador | Não avalia o conteúdo discutido e nem a efetiva participação dos participantes do Conselho Gestor. | | |
| Objetivo e Uso | Avaliar a participação e controle social, promovendo o acompanhamento do processo de gestão e das ações de saúde desenvolvidas na unidade. | | |
| Análise e Resultados | <p>*Análise preliminar sobre os dados do indicador faz referência ao bimestre AGO/SET Agosto: 100% Setembro: 100%</p> <p>Total no mês: A unidade tem se esforçado no sentido de manter se reunir mensalmente. Próxima reunião do Conselho Gestor está agendada para o dia 16/10/2019, às 14h.</p> | | |