

CADERNO TÉCNICO & CIENTÍFICO

**Nº 81
JUL/AGO
2011**

**VOLUME
70**

SÍNDROME DE APERT

Página 5

O PÉ DIABÉTICO

Página 4

ESPINHA BÍFIDA E MIELOMENINGOCELE

Páginas 2 e 3

VISÃO SUBNORMAL E SUAS CAUSAS

Página 6 e 7

ESPINHA BÍFIDA E MIELOMENINGOCELE

ESPINHA BÍFIDA - É uma malformação congênita do Sistema Nervoso Central que se desenvolve no primeiro mês de gestação. Na espinha bífida existe um defeito de fechamento das estruturas que formarão o dorso do embrião e que poderá afetar não somente as vértebras, mas também a medula espinhal, meninges e até mesmo o encéfalo. Esses defeitos são geralmente denominados defeitos do tubo neural. O tubo neural é o início do sistema nervoso do embrião. As formas mais comuns de espinha bífida são a Espinha Bífida Cística e a Espinha Bífida Oculta.

Na Espinha Bífida Cística o defeito de fusão das vértebras afeta também o Sistema Nervoso e suas membranas protetoras, chamadas meninges. A malformação se estende à pele que se encontra distendida formando um cisto que contém líquido céfalo-raquidiano (LCR) em seu interior. Os tipos mais comuns são a Mielomeningocele e a Meningocele.

Na mielomeningocele, o sistema nervoso está exposto. A porção exposta é chamada de placa neural ou placódio e representa a porção do tubo neural que não se fechou durante o desenvolvimento do embrião. Geralmente existe comprometimento da função neurológica abaixo do nível da lesão, pois a placa neural é muito sensível aos efeitos do líquido amniótico. A meningocele é recoberta por pele íntegra e dentro do cisto não existe tecido nervoso malformado. As raízes nervosas são normais e encontram-se livres no interior do saco.

Na Espinha Bífida Oculta, a malformação denominada disrafismo espinhal oculto não

há a formação de cistos e a malformação vertebral costuma ser recoberta por pele normal. Frequentemente existe algum tipo de anomalia na pele que indica a existência da malformação e que são

chamados de estigmas cutâneos. Estes podem ser bolas de gordura, pequenas cavidades ou buracos na pele, pequenas veias anormais, tufo de cabelos, etc. As formas mais comuns são os Lipomas ou Lipomeningoceles.

As causas que levam à formação da espinha bífida em geral, e da mielomeningocele em particular, ainda não estão totalmente esclarecidas. Na sua origem coexistem fatores genéticos e fatores ligados ao ambiente. O grau de influência de cada um ainda não foi bem estabelecido, mas é sabido que a mielomeningocele com maior frequência em grupos sociais menos favorecidos e com carência alimentar. Sabe-se também que a exposição materna a determinados medicamentos como a carbamazepina e o ácido valpróico pode induzir a formação do defeito. Sabe-se também que o ácido fólico, uma vitamina do Complexo B, exerce um efeito protetor sobre o sistema nervoso em formação, reduzindo significativamente a incidência de defeitos do tubo neural quando administrado a mulheres em idade fértil antes da concepção.

DIAGNÓSTICO

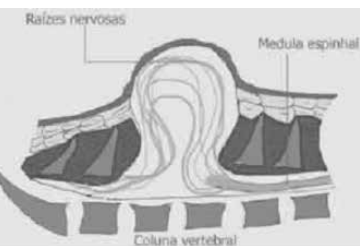
O diagnóstico da espinha bífida cística pode ser feito por ultra-sonografia. De uma maneira geral, o defeito pode ser identificado a partir da 17ª semana de gestação. A presença de hidrocefalia também pode ser detectada por este método. Outros métodos diagnósticos consistem na dosagem, no sangue e no líquido amniótico, marcadores como a alfa-fetoproteína e a acetilcolinesterase. Em portadores de meningoceles e de lipomeningoceles, a ultra-sonografia mostra a lesão, mas a dosagem dos marcadores costuma ser negativa.

MIELOMENINGOCELE é a forma mais comum de espinha bífida cística e também a mais grave. Além das anomalias espinhais, a porção malformada da medula espinhal se exterioriza pelo defeito e fica exposta ao ambiente. A mielomeningocele é geralmente revestida por um cisto desprovido de pele íntegra, que contém

líquido céfalo-raquidiano (LCR) em seu interior. Nestes casos, pode haver contaminação do sistema nervoso por bactérias, daí a necessidade de correção cirúrgica. Mais de 80% dos portadores de mielomeningocele têm hidrocefalia associada.

A hidrocefalia deve-se ao acúmulo excessivo de líquido céfalo-raquidiano dentro do encéfalo e, nos casos de mielomeningocele, deve-se à obstrução do fluxo deste líquido em alguns locais do sistema nervoso. Esta obstrução é geralmente provocada por outra anomalia que se associa à mielomeningocele e que é denominada malformação de Arnold-Chiari ou Malformação de Chiari do Tipo II. Nesta malformação, as estruturas que normalmente estariam contidas na porção mais inferior do crânio, encontram-se parcialmente acomodadas dentro da coluna cervical e podem interferir com a circulação do LCR. A malformação de Chiari pode, mais raramente, ser responsável por outros problemas em recém-nascidos, lactentes e crianças mais velhas.

Portadores de mielomeningocele podem se apresentar com alterações neurológicas que dependem do nível em que a lesão está localizada. De uma maneira geral, quanto mais baixa a localização da lesão, menor o grau de comprometimento neurológico, pois menor será o número de raízes nervosas acometidas. Assim sendo, pacientes com lesões localizadas na porção mais inferior da coluna vertebral poderão ter movimentos preservados, mas ainda assim terão dificuldade para controlar a emissão de urina (bexiga neurogênica) e de fezes. Por sua vez, as lesões localizadas na porção média da coluna vertebral poderão provocar paralisia completa das pernas. Os portadores de mielomeningocele frequentemente exibem alterações ortopédicas como pé torto e luxação do quadril. Além dessas, outras malformações da coluna vertebral, medula espinhal, encéfalo e nervos periféricos podem estar presentes, o que faz com que a mielomeningocele seja a mais complexa de todas as malformações congênitas compatível com sobrevida prolongada.



ACESSE NOSSO SITE:

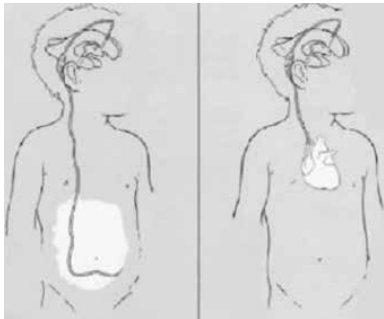
www.revistareacao.com

PREVENÇÃO

Há mais de 10 anos sabe-se que ingestão de uma vitamina chamada ácido fólico protege o bebê contra o aparecimento da espinha bífida. O ácido fólico deve ser ingerido por todas as mulheres em idade fértil. É sabido que uma dose diária de 0,4 mg desta substância é capaz de reduzir acentuadamente a incidência de mielomeningocele e de outros defeitos do tubo neural. Alguns países além de recomendar a suplementação dietética determinaram o enriquecimento de determinados alimentos com ácido fólico. Atualmente a SBNPed empenha-se em propor medidas semelhantes às autoridades sanitárias brasileiras.

TRATAMENTO

O tratamento da mielomeningocele começa pela correção do defeito no dorso. O



objetivo é restabelecer as barreiras naturais que isolam o tecido nervoso do meio externo e a operação deve ser realizada o mais precocemente possível, para reduzir ao máximo a incidência de infecções. O aumento exagerado do crânio indica a presença de hidrocefalia, para a qual o tratamento cirúrgico é a colocação de uma drenagem (válvula) que envia o excesso de líquido céfalo-raquidiano para o interior do abdome ou do coração.

O tratamento da mielomeningocele envolve diversos outros especialistas além do neurocirurgião e do pediatra. Devido aos problemas causados pela bexiga neurogênica, é fundamental a participação de urologistas. Com frequência, a urina deverá ser retirada de dentro da bexiga com o auxílio de sondas (cateterismo intermitente limpo), o que pode ser realizado pela própria família ou pelo próprio paciente, inicialmente com a supervisão de enfermeiras. As deformidades dos membros inferiores (luxação do quadril, pé torto)

são tratadas por ortopedistas e muitas vezes é necessário o uso de aparelhos especializados ou cirurgias corretoras. O acompanhamento por neurologistas e por psicólogos é também muito importante, pois portadores de mielomeningocele muitas vezes têm problemas de desenvolvimento e de adaptação social. O auxílio de fonoaudiólogos e assistentes sociais é indispensável. Desta maneira, a tendência hoje é a de criar centros de atendimento multidisciplinar a portadores de espinha bífida, evitando que estes sejam obrigados a se deslocar exageradamente em busca dos cuidados básicos necessários.

É importante que o trabalho de reabilitação seja iniciado precocemente. A fisioterapia pode prevenir deformidades ortopédicas provocadas por posicionamento anormal dos membros inferiores, além de estimular precocemente o sistema nervoso das crianças.

COMPLICAÇÕES

Portadores de mielomeningocele podem apresentar piora neurológica por diversas causas, ao logo de sua vida. O aumento no tamanho da cabeça (em lactentes), a ocorrência de dores de cabeça, vômitos, sonolência ou perda de habilidades já adquiridas sugerem funcionamento defeituoso da válvula e piora da hidrocefalia. Febre, irritabilidade e vermelhidão sobre o trajeto da válvula geralmente indicam infecção na mesma. Nos dois casos é necessário procurar seu médico, pois uma cirurgia pode ser necessária. A chamada malformação de Arnold-Chiari pode provocar o aparecimento de sintomas que necessitem de tratamento cirúrgico. No primeiro ano de vida, as manifestações mais comuns são a dificuldade para engolir alimentos, chiado (estridor), e perda da respiração (apnéia) durante as quais a criança pode ou não ficar arroxada. Crianças mais velhas geralmente se queixam de dores na nuca, falta de coordenação e fraqueza nos braços. O entupimento da válvula pode ser responsável pelo quadro. Em algumas situações uma cirurgia pode ser necessária. A piora na marcha, o aparecimento de paralisias, dores na coluna, mudança no tipo de bexiga neurogênica, piora da escoliose e demais deformidades ortopédicas podem se relacionar à medula presa. Nesta situação a parte final da medula fica presa à cicatriz

cirúrgica, estirando-se cada vez mais à medida que a criança cresce e provocando o aparecimento de novos sinais e sintomas. Nestes casos, uma cirurgia também pode ser necessária.

Portadores de mielomeningocele são especialmente propensos a alergia ao látex, que é o principal componente da borracha. Assim sendo, o contato com luvas de borracha, bolas de soprar, elásticos, etc. podem levar ao aparecimento de alergias em mais da metade das crianças. Os sintomas variam desde simples corizas até formas mais graves como bronquites e dificuldade respiratória, passando por coceiras e urticárias. Sempre que possível, e principalmente em casos de manifestações alérgicas anteriores, esses produtos deverão ser evitados e substituídos por outros de material inerte.

O FUTURO DOS PORTADORES DE MIELOMENINGOCELE

Portadores de espinha bífida cística irão requerer atenções especiais ao logo de toda a sua vida. Hoje em dia, os cuidados dispensados aos problemas urinários reduziram acentuadamente o número de complicações. Da mesma forma, os cuidados ortopédicos e fisioterápicos permitem que um grande número de crianças pudesse andar com o auxílio de aparelhos ortopédicos. De modo a facilitar a deambulação, é importante evitar que as crianças se tornem obesas. Embora algumas sejam intelectualmente comprometidas, o desenvolvimento dos portadores de mielomeningocele não é significativamente diferente do restante da população. Algumas crianças apresentam dificuldades de aprendizado em áreas específicas que, em grande número, podem ser contornadas. Uma vez que um número cada vez maior desses pacientes alcança a adolescência e a idade adulta, os problemas relacionados à sexualidade e à constituição de famílias tornaram-se importantes e devem ser discutidos em profundidade. Dentre os vários desafios que se apresentam, um dos mais importantes é a inclusão desses indivíduos em nossa sociedade, iniciando-se pelo livre acesso à educação e continuando-se pela sua inserção no mercado de trabalho.

Fonte: SBNPed

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

O PÉ DIABÉTICO



A diabetes afeta aproximadamente 18 milhões de latino-americanos e deve aumentar em 65% nos próximos 20 anos. A diabetes é classificada em dois tipos diferentes: Tipo 1 e Tipo 2. O tipo 1 é geralmente associado a diabetes juvenil ou insulino-dependente e muitas vezes hereditária. O tipo 2, referido como diabetes Mellitus, é caracterizado por elevados níveis de açúcar no sangue. A diabetes Mellitus é geralmente encontrada em pessoas que estão acima do peso ou que não têm uma dieta controlada. Alguns problemas resultantes da

diabetes: danos no sistema vascular, afetando áreas do corpo como os olhos, rins, pernas e pés. Pessoas com diabetes devem prestar atenção especial a seus pés.

NEUROPATIA

25% dos diabéticos desenvolverão problemas resultantes da doença. De 5 a 10% dos pacientes diabéticos são portadores de úlceras nos membros inferiores. Complicações no pé diabético se desenvolvem a partir de uma combinação de causas, por exemplo, má circulação e neuropatia. Neuropatia diabética pode causar insensibilidade ou perda da capacidade de sentir dor, calor e frio. Os diabéticos que sofrem de neuropatia podem sofrer pequenos cortes, arranhões, bolhas ou úlceras e nem percebê-los devido à insensibilidade nos pés. Se estas lesões não são tratadas, podem complicar-se e levar a ulcerações e até mesmo a amputação. A neuropatia pode causar deformidades, como joanetes, dedos em martelo, e neuro-osteopatia (Pé de Charcot). É importante que diabéticos tomem as precauções necessárias para evitar lesões relacionadas ao pé.

Devido às consequências da neuropatia, a observação diária dos pés é fundamental. Quando um paciente diabético toma as medidas preventivas necessárias, há redução dos riscos de lesões graves no pé.

MÁ CIRCULAÇÃO

Diabetes pode levar a doença vascular periférica, inibindo a circulação sanguínea de um indivíduo. Neste caso, há um estreitamento das artérias resultando na circulação sanguínea reduzida nos membros inferiores. A má circulação contribui para os problemas do pé diabético, porque reduz a quantidade de oxigênio e nutrientes na pele e em outros tecidos, dificultando a cicatrização das lesões. A má circulação também pode levar ao inchaço e ressecamento dos pés. Prevenir tais problemas é mais crítico para o paciente diabético, pois a má circulação dificulta o processo de cicatrização, podendo provocar úlceras, infecções e outros problemas graves no pé.

TRATAMENTO E PREVENÇÃO

Calçados e palmilhas desempenham um papel importante na saúde do pé diabético.

PALMILHAS ORTOPÉDICAS

Personalizadas feitas com material macio são recomendadas para proteger o pé insensível do diabético. A palmilha personalizada garante o conforto e a proteção necessários para a saúde do pé diabético. Calçados e palmilhas devem também fornecer os seguintes benefícios de proteção:

- Ponta do sapato alta e larga (altura e largura suficientes para os dedos).
- Palmilhas removíveis nos sapatos, para ter a opção de inserir uma palmilha personalizada, se necessário.

Cuidados com o pé para Diabéticos:

Cuidado com os pés é especialmente importante para os diabéticos, pois eles são propensos a problemas como:

- Perda de sensibilidade nos pés.
- Mudanças no formato dos pés.
- Úlceras ou feridas no pé que não cicatrizam.



ACESSE NOSSO SITE:

www.revistareacao.com

SÍNDROME DE APERT



A Síndrome de Apert é uma deformação genética e faz parte das quase 6.000 síndromes genéticas conhecidas. Pode ser herdada de um dos pais ou pode ser uma mutação nova. Ocorre em aproximadamente 1 para 160.000 a 200.000 nascidos vivos. Sua causa se encontra em uma mutação durante o período de gestação, nos fatores de crescimento dos fibroblastos (FGFR2) que ocorre durante o processo de formação dos gametas. Se desconhecem as causas que produzem esta mutação.

Ela é caracterizada por má formação específica do crânio, terço médio da face, mãos e pés, além de diversas alterações funcionais que variam muito de um indivíduo a outro. O crânio tem fusão prematura e é incapaz de desenvolver-se normalmente; o terço médio da face (área da face que vai da órbita do olho até o maxilar superior) parece retraída ou afundada; os dedos das mãos e dos pés têm fusão em variados graus. A Síndrome de Apert foi nomeada pelo físico francês que primeiro a descreveu, E. Apert, em 1906, e se classifica como uma anomalia craniofacial, denominada Acrocefalosindactilia Tipo I.

Em uma criança sem alterações , o crânio é feito de diversas placas, as quais ficam soltas, ligadas umas às outras, desenvolvendo-se juntas, gradualmente para formar o crânio adulto. O crânio da criança com Síndrome de Apert, ao contrário, tem uma fusão prematura dessas placas, restringindo o crescimento do cérebro e causando aumento de pressão no cérebro. Isto é conhecido como craniocinostose. Uma cirurgia, realizada antes de 1 ano de vida, atenua a pressão, permitindo às placas estarem destacadas umas das outras. Durante esta cirurgia podem ser feitas algumas remodelagens cranianas para dar à criança uma aparência menos característica.

A fusão dos dedos das mãos e dos pés, simultaneamente com os problemas craniofaciais, são o que realmente caracterizam a Síndrome de Apert e a distingue de outras síndromes similares. Esta condição de fusão é chamada sindactilia. Ela sempre envolve fusão de tecidos

moles do primeiro, médio e dedo anular e ,freqüentemente, existe fusão de seus ossos. O polegar pode estar em fusão dentro da mão ou pode estar livre.

Existem 3 tipos de configurações de mãos associadas com a Síndrome de Apert:

Classe I - envolve fusão dos dedos 2, 3 e 4 estando os dedos 1 e 5 separados;

Classe II - envolve fusão dos dedos 2, 3, 4 e 5 com o dedo 1 separado;

Classe III - envolve completa fusão de todos os dedos.

A cirurgia é usada para separar os dedos e obter o mais alto grau de funcionalidade e pode ou não resultar em 5 dedos em cada mão. Isto varia de acordo com o grau de má formação. Os dedos dos pés são afetados de modo igual, mas a cirurgia só é recomendada em casos em que a habilidade de andar esteja prejudicada.

O ideal é que o tratamento se inicie logo após o nascimento, através de um diagnóstico correto, identificando as necessidades individuais da criança. Uma aproximação multidisciplinar é adequada envolvendo geneticista, cirurgia buco-maxilo-facial, neurologia, fonoaudiologia, ortodontia, psicólogo, fisioterapia. A equipe é usada pelos médicos para determinar o melhor plano de correção das deficiências da criança.



LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

VISÃO SUBNORMAL E SUAS CAUSAS



Visão subnormal ou baixa visão é um comprometimento da função visual que impossibilita uma visão útil para os afazeres habituais, mesmo após tratamento e/ou correção dos erros refrativos comuns como uso de óculos, lentes de contato ou implante de lentes intra-oculares.

Considera-se com visão subnormal a pessoa que apresenta 20% ou menos do que chamamos visão normal (AV 20/20). Este problema pode ser acompanhado de uma alteração do campo visual, ou seja, a pessoa pode enxergar como se estivesse vendo por dentro de um tubo (ausência ou diminuição da visão periférica) ou com uma mancha escura na parte central da visão quando a pessoa tenta fixá-la em um objeto (ausência ou diminuição da visão central).

A visão subnormal não deve ser confundida com a cegueira, pois o portador de visão subnormal tem uma visão útil e é capaz de ler tipos impressos ampliados com auxílios ópticos, que são aparelhos especiais que ampliam consideravelmente a visão.

Segundo a Sociedade Brasileira de Visão Subnormal, 70 a 80% das crianças diagnosticadas como cegas possuem alguma visão útil. Em países em desenvolvimento a prevalência de cegueira infantil é de 1 a 1,5 para cada mil crianças. A prevalência de visão subnormal é três vezes maior (estimativa da Organização Mundial de Saúde - OMS).

As causas mais comuns da visão subnormal em crianças são congênitas (presentes no nascimento) como nos casos de coriorretinite macular por toxoplasmose, catarata congênita, glaucoma congênito, atrofia congênita de Leber e outras. A prematuridade também pode gerar deficiência visual e desencadear visão subnormal.

A baixa visão também pode ser adquirida por doenças como diabetes, descolamento de retina, glaucoma, catarata, traumas oculares e degeneração sinil de mácula, ou seja, envelhecimento da retina (tecido sensível à luz no fundo do olho). Esta degeneração ocorre apenas em pacientes idosos. É importante salientar que, apesar de ser mais frequente em idosos, a visão subnormal pode acontecer em qualquer idade.

O QUE É VISÃO SUBNORMAL ?

É considerada uma pessoa com Baixa Visão, aquela que possui um comprometimento de seu funcionamento visual, mesmo após tratamento e/ou correção de erros refracionais comuns e tem uma acuidade visual inferior a 20/60 (6/18, 0.3) até percepção de luz ou campo visual inferior a 10 graus do seu ponto de fixação mas que utiliza ou é poten-



cialmente capaz de utilizar a visão para planejamento e execução de uma tarefa.

ESTIMATIVA DA OMS

- 70 a 80% das crianças diagnosticadas como cegas possuem alguma visão útil.

- Prevalência de Cegueira Infantil em países em desenvolvimento: 1,0 a 1,5 / 1000.

- Prevalência de Baixa visão é três vezes maior

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DEFICIÊNCIAS, INABILIDADES E DESVANTAGENS DA OMS



ACESSE NOSSO SITE:

www.revistareacao.com

DISTÚRPIO	DEFICIÊNCIA	INABILIDADE	DESVANTAGEM
Mudanças Anatômicas	Mudanças na função do órgão	Perda de habilidades individuais	Consequências Sociais
Cicatriz corneana, catarata, retinopatia.	Acuidade visual, campo visual, visão de cores.	Habilidade de leitura, mobilidade, vida diária.	Necessidade extra de esforço, perda da independência, perda do emprego.

CATEGORIAS GERAIS DE HABILIDADE

ACIMA DO NORMAL	HABILIDADE EXCEPCIONAL	NÃO REQUER AUXÍLIO
NORMAL	DESEMPENHO NORMAL	NÃO REQUER AUXÍLIO
PERDA LEVE	DESEMPENHO PRÓXIMO DO NORMAL	AUXÍLIO DE MELHORA
PERDA MODERADA	DESEMPENHO PRÓXIMO DO NORMAL	AUXÍLIO DE MELHORA
PERDA SEVERA	DESEMPENHO RESTRITO	AUXÍLIO DE MELHORA
PERDA PROFUNDA	DESEMPENHO RESTRITO	AUXÍLIO DE MELHORA
PERDA QUASE TOTAL	DESEMPENHO RESTRITO	AUXÍLIO DE SUBSTITUIÇÃO

CLASSES DE ACUIDADES VISUAL

CLASSIFICAÇÃO ICD-9-CM (WHO/ICO)

CLASSIFICAÇÃO	ACUIDADE VISUAL SNELLEN	ACUIDADE VISUAL DECIMAL	AUXÍLIOS
VISÃO NORMAL	20/12 a 20/25	1,5 a 0,8	BIFOCAIS COMUNS
PRÓXIMA DO NORMAL	20/30 a 20/60	0,6 a 0,3	BIFOCAIS MAIS FORTES LUPAS DE BAIXO PODER
BAIXA VISÃO MODERADA	20/80 a 20/150	0,25 a 0,12	LENTEs ESFEROPRISMÁTICOS LUPAS MAIS FORTES
BAIXA VISÃO SEVERA	20/200 a 20/400	0,10 a 0,05	LENTEs ASFÉRICAS LUPAS DE MESA ALTO PODER
BAIXA VISÃO PROFUNDA	20/500 a 20/1000	0,04 a 0,02	LUPA MONTADA TELESCÓPIO MAGNIFICAÇÃO VÍDEO BENGALA / TREINAMENTO O-M
PRÓXIMO À CEGUEIRA	20/1200 a 20/2500	0,015 a 0,008	MAGNIFICAÇÃO VÍDEO LIVROS FALADOS, BRAILLE APARELHOS SAÍDA DE VOZ BENGALA / TREINAMENTO O-M
CEGUEIRA TOTAL	SPL	SPL	APARELHOS SAÍDA DE VOZ BENGALA / TREINAMENTO O-M

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

REVISTA NACIONAL DE REABILITAÇÃO



REACÇÃO

INCLUSÃO E ACESSIBILIDADE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA,
MOBILIDADE REDUZIDA, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DO SETOR

Leia e assine!!!



A única publicação completa,
voltada para pessoas com
deficiências (físicas, mentais,
visuais, auditivas ou múltiplas),
familiares e profissionais do
setor de reabilitação, inclusão
e acessibilidade...

ASSINATURA ANUAL

De: R\$ 400⁰⁰

Por: R\$ 90⁰⁰

ou 3X R\$

30⁰⁰

ASSINATURA BIANUAL

De: R\$ 877⁰⁰

Por: R\$ 150⁰⁰

ou 3X R\$

50⁰⁰

ligue grátis:

0800-772-6612

WWW.REVISTAREACAO.COM.BR