

CAPACITAÇÃO EM PUERICULTURA

Alterações Comuns no Lactente

DIVISÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

DIRETORIA DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA A SAÚDE



FEBRE

- Um dos sintomas mais comuns em crianças e importante motivo de preocupação dos pais.
- Mecanismo fisiológico do corpo → efeitos benéficos no combate à infecção.
- Temperatura axilar > 37,8 °C
- Orientações:
 - a febre é não uma doença, mas sim um mecanismo fisiológico do corpo que tem efeitos benéficos no combate à infecção;
 - a maioria das febres é de curta duração;
 - o grau de febre nem sempre se correlaciona com a gravidade da doença;
 - o tratamento da febre tem apenas a finalidade de melhorar o conforto da criança;
 - observar sinais de risco e procurar o serviço de saúde quando necessário.

FEBRE

- Avaliação clínica:
 - Medir a temperatura para determinar se há febre
 - Realizar história detalhada (sintomas recentes, vacinações, exposição a pessoas doentes, informações sobre o nascimento)
 - Realizar exame físico completo
- Sinais de alerta
- Pais preocupados porque a doença é diferente de doenças anteriores
- Forte sentimento médico de que algo está errado
- Mudança no padrão de choro da criança
- Sonolência
- Gemidos ou desconsolo
- Cianose
- Má circulação periférica
- Respiração rápida e dispneia
- Crepitações na ausculta pulmonar
- Murmúrio vesicular diminuído na ausculta pulmonar
- Sinais de irritação meníngea
- Petéquias
- Consciência diminuída
- Convulsões
- Perda de consciência.

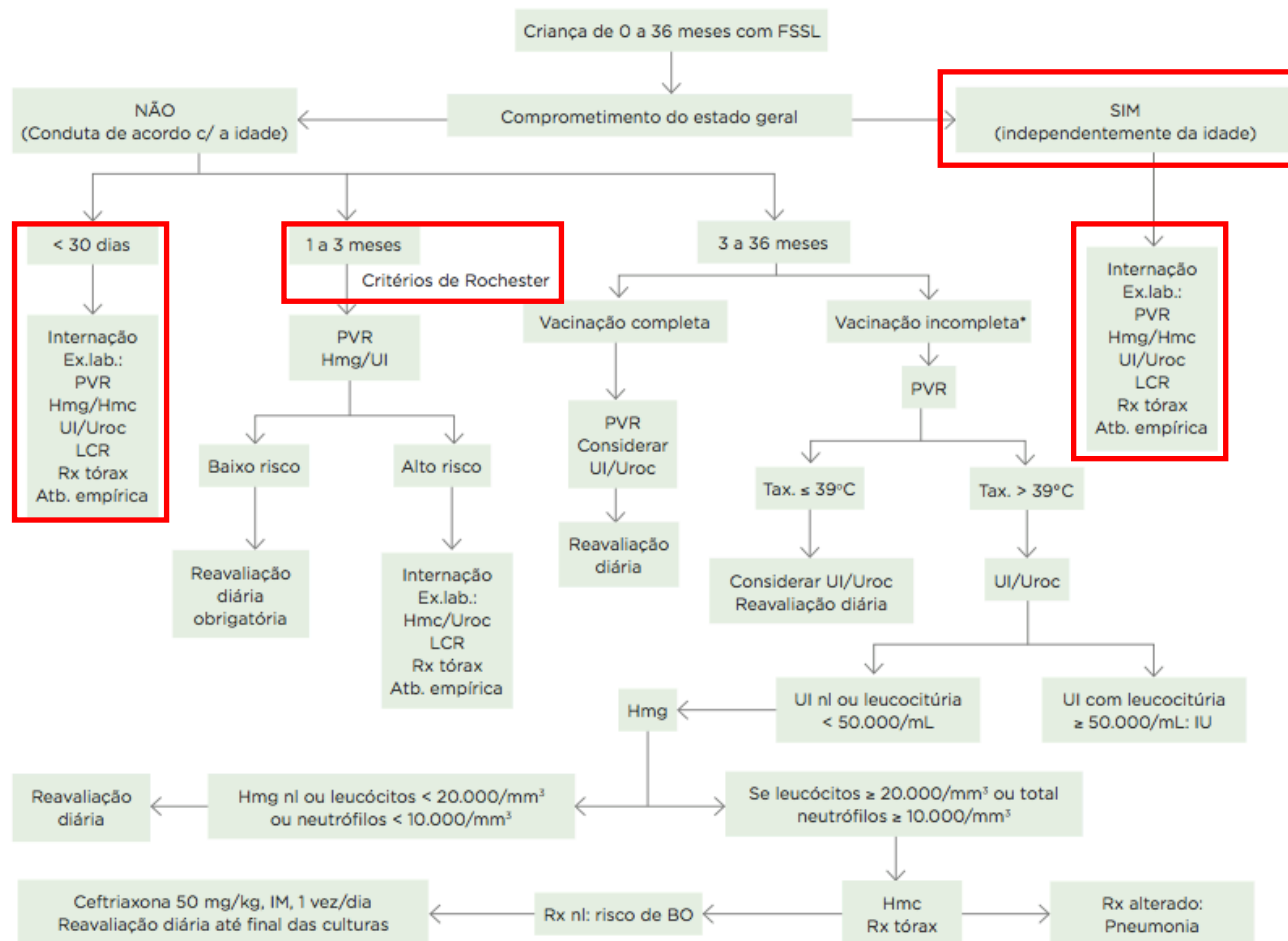
FEBRE

ÁREA SEM RISCO DE MALÁRIA	AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
	Um dos seguintes sinais: - Qualquer sinal geral de perigo. - Rigidez de nuca. - Petéquias. - Abaulamento de fontanela.	DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE	- Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado. - Tratar a criança para evitar hipoglicemia. - Dar antitérmico se temperatura for $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$. - Referir URGENTEMENTE ao hospital.
	Nenhum sinal de doença febril muito grave.	DOENÇA FEBRIL	- Dar antitérmico se temperatura for $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$. - Informar a mãe/pai/acompanhante sobre quando retornar imediatamente. - Seguimento em dois dias se a febre persistir. - Se tem tido febre todos os dias por mais de cinco dias, referir para investigação.

FEBRE

- 20% dos casos de febre → sem sinais localizatórios
- Maioria → doença infecciosa aguda autolimitada ou está no pródromo de uma doença infecciosa benigna;
- Poucas → infecção bacteriana grave ou potencialmente grave.
- Exames:
 - Hemograma completo, hemocultura, sedimento urinário, urocultura,
 - Quando indicado: líquido cefalorraquidiano (LCR) (análise bioquímica, coloração de Gram e cultura), radiografia torácica e coprocultura.

FEBRE



FEBRE

Tabela 1 Critério de Rochester para avaliação de risco em crianças febris com menos de 60 dias

Critérios de baixo risco para infecção bacteriana grave

Critérios clínicos

Previamente saudável

Nascido a termo e sem complicações durante hospitalização no berçário

Sem aparência tóxica e sem evidência de infecção bacteriana ao exame físico

Sem doença crônica

Critérios laboratoriais

Contagem de leucócitos entre 5 e 15.000/mm³

Contagem absoluta de bastonetes < 1.500/mm³

Microscopia de sedimento urinário com contagem ≤ 10 leucócitos/campo

Microscopia de fezes com contagem ≤ 5 leucócitos/campo nas crianças com diarreia

TOSSE

- Queixa frequente na pediatria
- Sintomatologia de diversas patologias

VIAS AÉREAS SUPERIORES	VIAS AÉREAS INFERIORES
Infecções das vias aéreas superiores	Bronquiolite viral aguda
	Coqueluche
	Crise de asma
Rinite alérgica	Pneumonia
	Aspiração de corpo estranho

TOSSE – AVALIAÇÃO

- História
 - Duração
 - Frequencia
 - Horário
 - Características
 - Fatores melhora e piora
 - Sintomas respiratórios
 - Sintomas gerais
 - História pregressa
- Exame físico
 - Estado geral
 - Nível de consciência
 - Temperatura
 - FR
 - Esforço respiratório
 - Ausculta respiratória

TOSSE – AVALIAÇÃO

A criança está com tosse ou dificuldade para respirar?

Se a resposta for SIM:	
PERGUNTAR: • Há quanto tempo? • A criança tem sibilância?	OBSERVAR/DETERMINAR*: • Contar a frequência respiratória em um minuto. • Se há tiragem subcostal. • Se há estridor ou sibilância.
* ATENÇÃO! A criança deve estar tranquila!	

Idade	Definição de respiração rápida
2 meses a menor de 12 meses.	50 ou mais por minuto.
1 ano a menor de 5 anos.	40 ou mais por minuto.

TOSSE - PATOLOGIAS

- **Infecções de vias aéreas superiores – Resfriado comum**
 - Causado por inúmeros vírus (>200) de diversas famílias
 - 30-50% → Rinovirus
 - Principais sintomas: febre, obstrução nasal, coriza, espirro e dor na garganta
 - Curso auto-limitado
 - Crianças em creches: 8 a 12 episódios ao ano
 - Tratamento:
 - Sintomáticos (analgésicos e antitérmicos) para aliviar a dor e o mal-estar
 - Lavar narinas com solução salina

TOSSE - PATOLOGIAS

- **Bronquiolite viral aguda**

- Infecção dos bronquíolos causada por vírus variados
- Maioria dos casos evolui com quadros leves
- Fatores de risco para maior gravidade:
 - idade precoce
 - antecedente de prematuridade
 - comorbidades pré-existentes: displasia broncopulmonar, cardiopatia congênita cianótica, neuropatias e imunodepressão
- Sintomas: coriza, taquipneia, tosse, mudança de cor, retração costal, batimento de narinas, falta de ar, chiado, presença de crepitações finas na inspiração, expiração prolongada, baixa saturação de O₂

TOSSE - PATOLOGIAS

- **Bronquiolite viral aguda**
- Tratamento casos leves: aumento da ingesta hídrica, limpeza de vias aéreas superiores, observar sinais de piora ou complicações (febre, taquipneia ou queda do estado geral).
- Hospitalização: lactentes com sinais de doença grave e considerar em pacientes com fatores de risco para gravidade.
- Oxigênioterapia: se insaturações → manter a saturação > 90%
- B2 inalatórios: teste terapêutico
- Sem evidências: adrenalina inalatória, corticoides, anticolinérgicos, solução hipertônica

TOSSE - PATOLOGIAS

- **Crise aguda de asma**
 - Doença crônica mais comum na infância
 - Doença inflamatória crônica caracterizada por hiper-responsividade das VAI e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento.
 - Episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse
 - Crise → exacerbação da doença

TOSSE - PATOLOGIAS

Classificação - Crise aguda de asma

Tabela 2 – Classificação da gravidade

Achados clínicos	Leve/Moderada	Grave	Muito grave
Gerais	Sem alterações	Sem alterações	Cianose, sudorese, exaustão
Estado mental	Normal	Normal	Agitação, confusão, sonolência
Dispneia	Ausente/leve	Moderada	Grave
Fala	Frases completas	Frases incompletas/parciais Lactente: choro curto, dificuldade alimentar	Frases monossilábicas Lactente: maior dificuldade alimentar
Musculatura acessória	Retração intercostal leve ou ausente	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastóideas acentuadas	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)
Sibilos	Sibilos localizados ou difusos.	Localizados ou difusos	MV ausente
Frequência respiratória (irm)**	Normal ou aumentada	Aumentada	Aumentada
FC (bpm)	≤ 110	> 110	> 140 ou bradicardia
Pico de fluxo expiratório (% melhor ou previsto)	> 50%	30-50%	< 30%
SaO2 (ar ambiente)	> 95%	91-95%	< 90%
PaO2 (ar ambiente)	Normal	Até 60 mmHg	< 60 mmHg
PaCO2 (ar ambiente)	< 40 mmHg	< 40 mmHg	> 45 mmHg

*A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos, indica a classificação geral da crise. ** FR em crianças normais < 2 meses < 60/min; 2-11 meses < 50/min; 1-5 anos < 40/min; 6-8 anos < 30/min; > 8 anos = adulto.

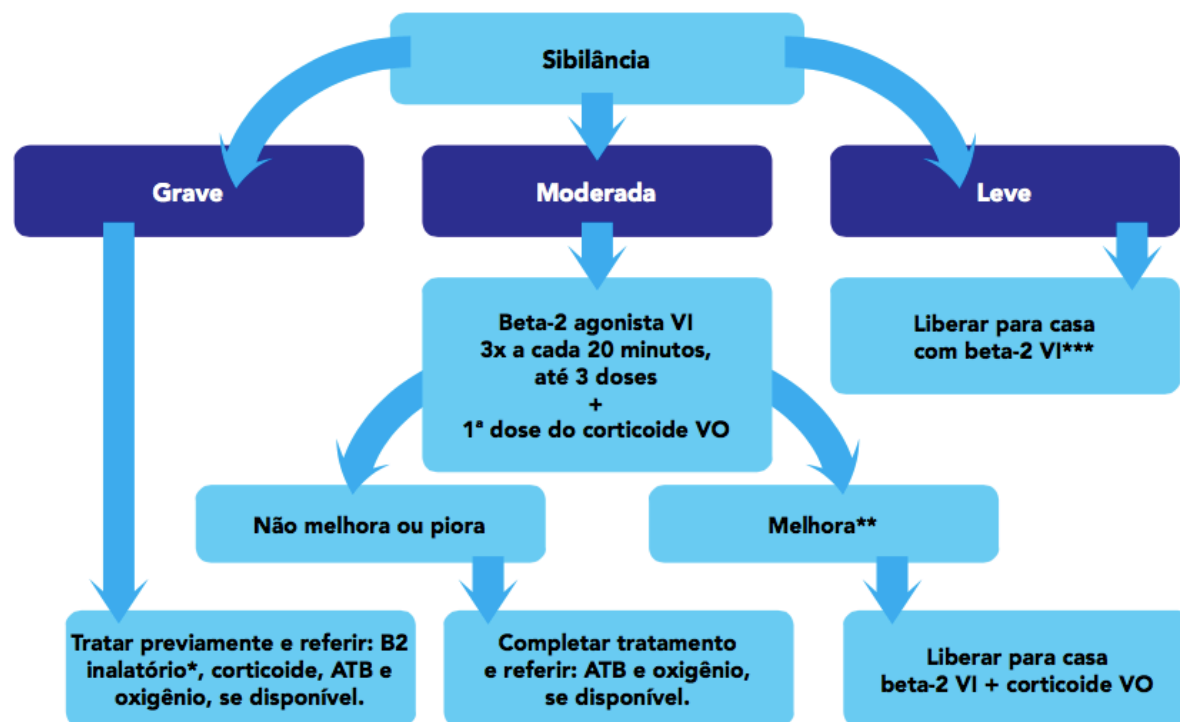
Fonte: GINA, 2010 e Diretrizes da SBPT, 2012.

TOSSE - PATOLOGIAS

- **Tratamento - Crise aguda de asma**
 - Oxigênio terapia para manter Saturação O₂ > 94%
 - Nebulização com β_2 adrenérgico → 3 nebulizações (uma a cada 15-20 min)
 - Salbutamol: 1 jato/2Kg, máximo 10 jatos
 - Fenoterol: 1gota/3Kg, máximo 10 gotas
 - Salbutamol ou fenoterol Corticoesteroide:
 - Prednisolona 2mg/kg
 - Hidrocortisona 5-10mg/kg
 - Metilprednisolona 1-2 mg/kg

TOSSE - PATOLOGIAS

- Tratamento - Crise aguda de asma



TOSSE - PATOLOGIAS

- Tratamento - Crise aguda de asma

Uso de broncodilatadores

Salbutamol ou fenoterol *spray**

Administrar de seis em seis horas por cinco dias.

Idade	<i>Spray</i>
< 2 anos	2 a 3 jatos/dose*
≥ 2 anos	2 a 4 jatos/dose

*100 mcg por jato

Se não houver broncodilatador inalatório em *spray*, usar:

Salbutamol ou fenoterol gotas*	
Administrar de 6 em 6 horas por 5 dias	
Nebulização	1 gt/3 kg de peso **

* Solução para nebulização – 5 mg/ml (250 mcg/gt)

** Máximo de dez gotas a cada nebulização. Deve-se preparar a nebulização com 3 ml de soro fisiológico a 0,9% e nebulizar a criança até terminar a mistura.

TOSSE - PATOLOGIAS

- **Pneumonias agudas**

- Infecção do trato respiratório inferior
- Sinais clínicos: tosse, febre e dificuldade respiratória
- Principais agentes dos 3 meses aos dois anos:
 - Bactérias como *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, outros como *S. aureus*, *Chlamydia spp* e *Mycoplasma pneumoniae*
 - Vírus (VSR principalmente)
- Cinco sinais “T”: Tosse, Temperatura aumentada, Taquipneia, Taquicardia e Tiragem constituem a base clínica para o diagnóstico de pneumonia nos primeiros anos de vida.

TOSSE - PATOLOGIAS

- **Pneumonias agudas**

Para pneumonia ou infecção aguda do ouvido

Antibiótico de primeira linha: amoxicilina.

Antibiótico de segunda linha: amoxicilina + clavulanato ou eritromicina.

Peso em kg	Amoxicilina 250 mg/5 ml 50 mg/kg/dia, de 8 em 8 horas Dar de 12 em 12 horas na formulação BD durante 7 dias	Amoxicilina + Clavulanato 250 mg/5 ml* 50mg/kg/dia, de 8 em 8 horas Dar de 12 em 12 horas na formulação BD durante 7 dias	Eritromicina 250 mg/5 ml 50 mg/kg/dia* Dar de 6 em 6 horas durante 7 dias
4 a 7	2,0 a 3,5 ml	2,0 a 3,5 ml	1,0 a 1,5 ml
8 a 11	4,0 a 5,5 ml	4,0 a 5,5 ml	2,0 a 2,5 ml
12 a 15	6,0 a 7,5 ml	6,0 a 7,5 ml	3,0 a 3,5 ml
16 a 19	8,0 a 9,5 ml	8,0 a 9,5 ml	4,0 a 4,5 ml
20 a 24	10 a 12,0 ml	10 a 12,0 ml	5,0 a 6,0 ml

* Para Infecção moderada de garganta, usar antibiótico oral por dez dias.

* Para infecção aguda de ouvido, usar antibiótico oral durante oito dias

* ATENÇÃO: nos casos de pneumonia em que a criança não aceitar o antibiótico oral, ou não apresentar melhora do quadro, pode ser usada a penicilina procaína, na dose de 50.000 UI/kg/dose (ver Quadro de Tratamento Prévio à Referência Urgente).

DOR DE GARGANTA

- **Faringoamigdalites**

- processo inflamatório e/ou infeccioso agudo da mucosa faríngea.
- Sintomas: dor de garganta, odinofagia, febre, otalgia reflexa, astenia, dores musculares, cefaleia, artralgia e aumento de linfonodos cervicais
- Incomum em menores de 2 anos
- Agentes:
 - Virais (mais comuns): Influenzae, Parainfluenzae, Paramyxovirus (sarampo), adenovirus, vírus Epstein-Barr (mononucleose infecciosa), Herpes vírus hominis tipo I e II, Coxsackievirus A e B e Echovirus
 - Bactérias: Streptococcus beta-hemolítico do grupo A de Lancefield (ou Streptococcus pyogenes) – 20 a 40%. Outras: Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus e Moraxella catarrhalis

DOR DE GARGANTA

- **Faringoamigdalites**

VIRAL	BACTERIANA
Faixa etária até 4 anos de idade	Faixa etária acima de 4 anos de idade
Início gradual	Início abrupto
Febre baixa	Febre alta
Sintomas gripais, diarreia, exantema	Ausência sintomas gripais
Linfonodomegalia ausente ou discreta	Linfonodomegalia bilateral, > 1cm e dolorosa
Úlceras no palato e/ou exsudato	Eritema difuso das tonsilas e seus pilares, pontilhado petequial no palato mole, presença ou não de exsudato

DOR DE GARGANTA

• Faringoamigdalites

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
Um dos seguintes sinais: - Qualquer sinal geral de perigo. - Abaulamento de palato. - Amígdalas com a presença de membranas branco-acinzentadas.	INFECÇÃO GRAVE DE GARGANTA	- Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado. - Referir URGENTEMENTE ao hospital.
Um dos seguintes sinais: - Gânglios aumentados e dolorosos no pescoço. - Amígdalas hiperemiadas com pontos purulentos ou petéquias em palato.	INFECÇÃO MODERADA DE GARGANTA	- Dar um antibiótico recomendado. - Dar analgésico em caso de dor. - Marcar consulta de retorno com dois dias. - Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente.
Se: Vesículas e ou hiperemia de garganta, associados a sinais de resfriado comum.	INFECÇÃO LEVE DE GARGANTA	- Dar analgésico em caso dor. - Seguimento em dois dias se persistir dor de garganta. - Informar a mãe/pai/acompanhante sobre quando retornar imediatamente.
Se: Não há nenhum dos sinais acima descritos.	NÃO HÁ INFECÇÃO DE GARGANTA	Nenhum tratamento adicional.

DOR DE GARGANTA

- Faringoamigdalites

Para problema moderado de garganta

Antibiótico de primeira linha: penicilina benzatina.

Antibiótico de segunda linha: amoxicilina, amoxicilina + clavulanato ou eritromicina (ver quadro anterior).

Peso em kg	Penicilina benzatina dose única IM Apr.: FA=600.000 UI e 1.200.000 UI
< 20	600.000 UI
> ou igual a 20	1.200.000 UI

DOR DE OUVIDO

- **Otite média aguda**

- Inflamação de qualquer estrutura da orelha média e mastoide de qualquer etiologia
- Agentes: virais – mais comuns e bacterianos: *Streptococcus pneumoniae* (30- 40%), *Haemophilus influenzae* (20-30%) e *Moraxella catarrhalis* (10-20%)
- Sintomas iniciais gerais agudos: febre, choro, inquietude, redução de ingesta, coriza, tosse, e irritabilidade
- Sintomas específicos: otalgia, hipoacusia (difícil percepção em menores de 3 anos) e a otorréia purulenta

DOR DE OUVIDO

- **Otite média aguda**
 - Exame físico: Membrana timpânica hiperemiada, com opacidade, edemaciada e até abaulada
 - Principal complicação: mastoidite
 - ocorre em cerca de 5 a 8% dos casos de OMA
 - dor retroauricular, edema e hiperemia, podendo a otorréia estar presente ou não

DOR DE OUVIDO

• Otite média aguda

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
• Tumefação e/ou vermelhidão dolorosa ao toque atrás da orelha.	MASTOIDITE	• Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado. • Dar analgésico em caso de dor. • Referir URGENTEMENTE ao hospital.
• Secreção purulenta visível no ouvido há menos de 14 dias ou otoscopia alterada*.	INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO	• Antibiótico recomendado por oito dias. • Dar analgésico em caso de dor. • Secar o ouvido com uma mecha se houver secreção. • Marcar o retorno com dois dias. • Orientar sinais de retorno imediato.
• Dor no ouvido**.	POSSÍVEL INFECÇÃO AGUDA DO OUVIDO	• Dar analgésico em caso de dor. • Marcar o retorno com dois dias. • Orientar sinais de retorno imediato.
• Secreção purulenta visível no ouvido há 14 dias ou mais.	INFECÇÃO CRÔNICA DO OUVIDO	• Secar o ouvido com uma mecha. • Marcar o retorno com cinco dias. • Orientar sinais de retorno imediato.
• Não tem dor de ouvido e não foi notada alguma secreção purulenta no ouvido.	NÃO HÁ INFECÇÃO DO OUVIDO	• Nenhum tratamento adicional.
* Membrana timpânica opaca ou hiperemiada com abaulamento ou perfuração. ** Sempre que for possível, utilize o otoscópio.		

DIARREIA

- Doença infecciosa e autolimitada,
- Causada por bactérias, vírus ou parasitas,
- Alteração do hábito intestinal com perda excessiva de água e eletrólitos pelas fezes e/ou vômitos
- Aguda < 7 dias
- < 2 anos – casos mais graves
- Desidratação → complicação imediata mais frequente e temida

DIARREIA

- Clínica: aumento do número de evacuações e/ ou diminuição da consistência das fezes.
- Anamnese:
 - Caracterizar a diarreia (número de evacuações, características das fezes, presença de sangue, duração)
 - Presença de sintomas associados como febre, vômitos, diurese,
 - Ingestão alimentar
 - História de contato com pessoas doentes.

DIARREIA

• Exame **A criança está com diarreia?**

- Olhar
- Sinal
- Ausculta
- Anamnese
- Outros

Se a resposta for SIM:	
PERGUNTAR: • Há quanto tempo? • Há sangue nas fezes?	OBSERVAR E VERIFICAR: • A condição geral da criança. A criança encontra-se: ▪ Letárgica ou inconsciente? ▪ Inquieta ou irritada? • Se os olhos estão fundos. • Oferecer líquidos à criança. A criança: ▪ Não consegue beber ou bebe muito mal? ▪ Bebe avidamente, com sede? • Sinal da prega: a pele volta ao estado anterior: ▪ Muito lentamente (mais de dois segundos)? ▪ Lentamente (entre 1 e 2 segundos)?

s secas,
ga

DIARREIA

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
Dois dos seguintes sinais: • Letárgica ou inconsciente. • Olhos fundos. • Não consegue beber ou bebe muito mal. • Sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior.	DESIDRATAÇÃO GRAVE	• Se a criança não se enquadrar em outra classificação grave: ▪ Iniciar terapia endovenosa (Plano C). • Se a criança também se enquadrar em outra classificação grave: ▪ Referir URGENTEMENTE ao hospital, com mãe e o profissional de saúde administrando-lhe goles frequentes de SRO durante o trajeto, se possível. ▪ Recomendar a continuar a amamentação, se possível. • Se a criança tiver 2 ou mais anos de idade, e se houver cólera na sua região, administrar antibiótico.
Dois dos seguintes sinais: • Inquieta ou irritada. • Olhos fundos. • Bebe avidamente, com sede. • Sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado anterior.	DESIDRATAÇÃO	• Administrar SRO na unidade de saúde até hidratar (Plano B). • Dar zinco oral por dez dias. • Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente. • Seguimento em cinco dias, se não melhorar. • Se a criança também se enquadrar em uma classificação grave devido a outro problema: • Referir URGENTEMENTE ao hospital, com a mãe e profissional de saúde administrando-lhe goles frequentes de SRO durante o trajeto. • Recomendar à mãe que continue a amamentação, se possível.
• Não há sinais suficientes para classificar como DESIDRATAÇÃO ou DESIDRATAÇÃO GRAVE.	SEM DESIDRATAÇÃO	• Dar alimentos e líquidos para tratar a diarreia em casa (Plano A). • Dar zinco oral por dez dias. • Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente. • Seguimento em cinco dias se não melhorar.

DIARREIA

- Tratamento
- **PLANO A: Tratar a diarreia em casa.**
- Recomendar a mãe, pai ou responsável pelo cuidado sobre as três regras do tratamento domiciliar: Dar líquidos adicionais, continuar a alimentar, avisar quando retornar.

- Recomendar a mãe a:

Até 1 ano	50 ml a 100 ml depois de cada evacuação aquosa
1 ano ou mais	100 ml a 200 ml depois de cada evacuação aquosa

- Amamentar com frequência e por tempo mais longo a cada vez.
Se a criança se alimenta exclusivamente de leite materno, pode-se dar SRO além do leite materno.
- Se a criança não estiver em regime exclusivo de leite materno, dar um ou mais dos seguintes itens: solução SRO, líquidos caseiros (tais como caldos, soro caseiro) ou água potável. Em situações nas quais não há acesso à água própria para o consumo, recomende fervura da água durante 20 minutos ou tratamento com duas gotas de hipoclorito de sódio para cada litro de água.

DIARREIA

- **Tratamento**
- **Plano B: tratar a desidratação soro de reidratação oral – SRO**
 - As crianças com desidratação deverão permanecer no serviço de saúde até a reidratação completa. Durante um período de 4 horas, administrar, no serviço de saúde, a quantidade recomendada de SRO.

Determinar a quantidade de SRO a ser administrada durante as primeiras 4 horas.

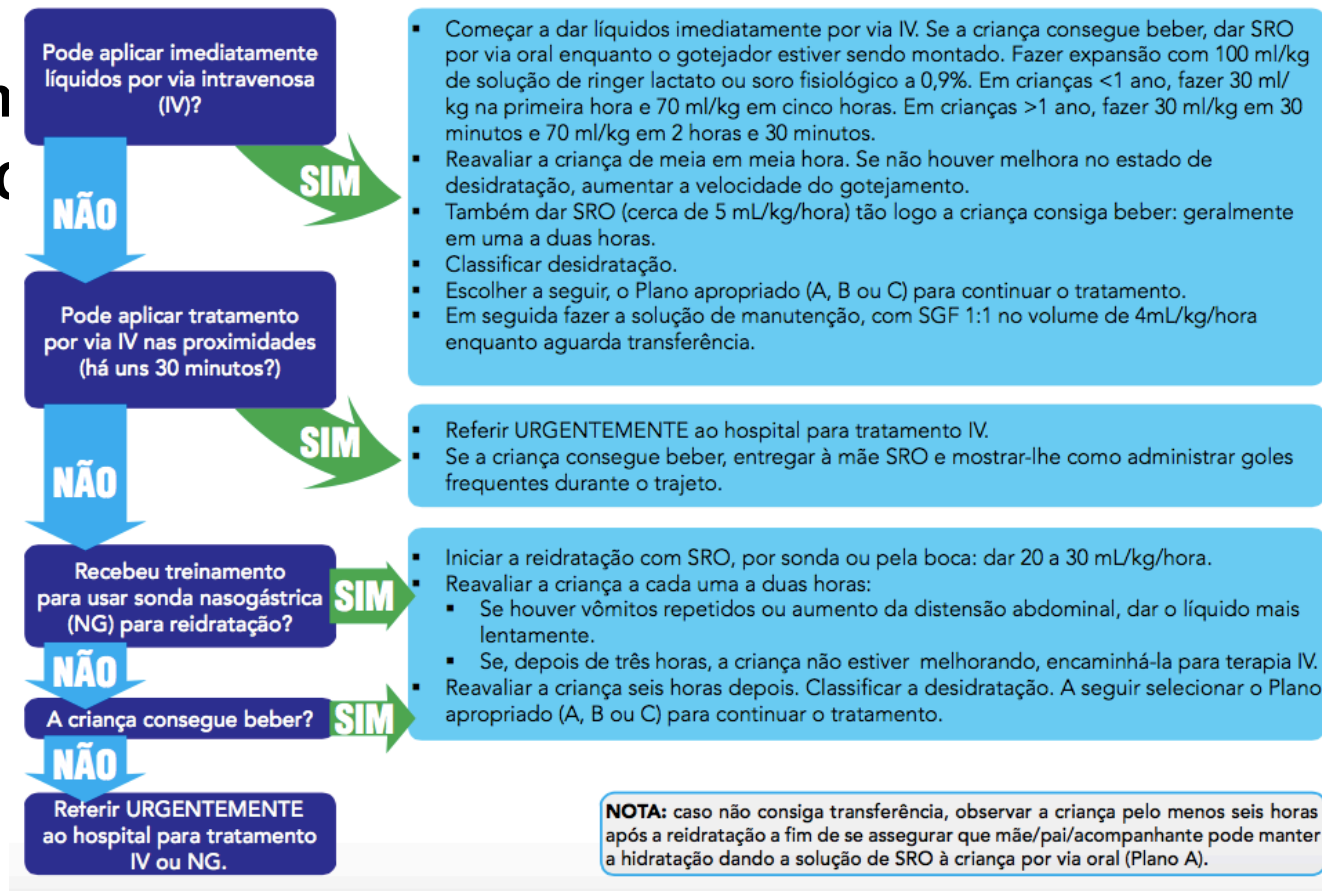
Idade*	Até 4 meses	4 meses a 11 meses	12 meses a 2 anos	2 anos a 5 anos
Peso (kg)	<6	6 a <10	10 a <12	12 a 19
SRO (ml)	200 a 400	400 a 700	700 a 900	900 a 1400

*Somente utilizar a idade da criança quando desconhecer o seu peso. A quantidade aproximada de SRO necessária (em ml) também pode ser calculada multiplicando-se o peso da criança (em kg) por 75.

- Após 4 horas:
- Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação. Selecionar o plano apropriado para continuar o tratamento.
Se possível, começar a alimentar a criança no serviço de saúde.

DIARREIA

- Tratamento
- Plano (A, B ou C)



REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de quadros de procedimentos : Aidpi Criança : 2 meses a 5 anos / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 74 p. : il.
- São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Linha de cuidado criança: manual de acompanhamento da criança / organizado por Renata Pinheiro de Almeida e Sandra Pedutti. -- 3 ed. -- São Paulo : Secretaria da Saúde, 2018.
- Tratado de pediatria : Sociedade Brasileira de Pediatria / [organizadores Dennis Alexander Rabelo Burns... [et al.]]. -- 4. ed. -- Barueri, SP : Manole, 2017.
- Pediatria ambulatorial. [LEAO, Ennio](#) et. al. 4. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2005.
- Pronto-socorro. Cláudio Schvartsman, Amélia Gorete Reis, Sylvia Costa Lima Farhat. – 2.ed – Barueri, SP: Manole, 2013. (Coleção Pediatria do Instituto da Criança HC-FMUSP)

Obrigada!

crianca.adolescente@sesa.pr.gov.br

**INSCREVA-SE
NO CANAL**



ATIVE O SININHO PARA RECEBER NOTIFICAÇÕES



[youtube/c/ESPPRvirtual](https://youtube.com/ESPPRvirtual)

