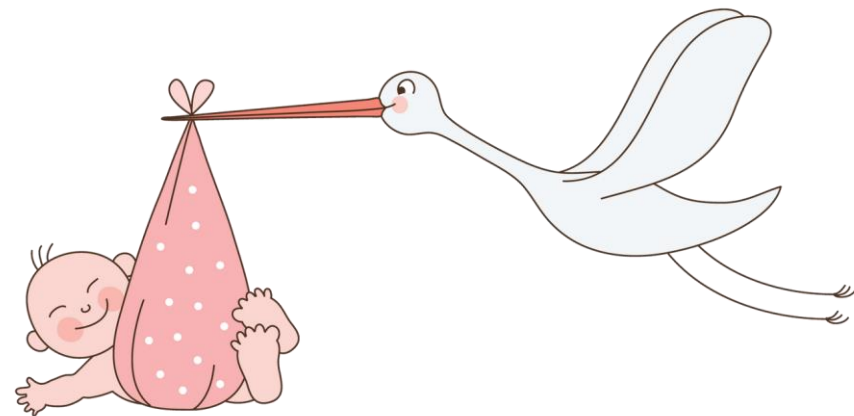


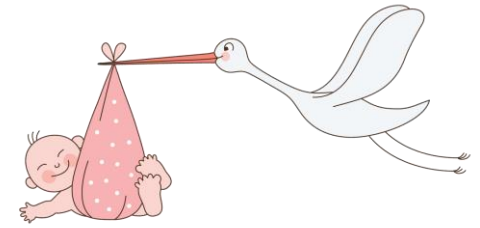
QUEIXAS FREQUENTES NA GRÁVIDA – ABORDAGEM NOS CSP



Ana Portela Carvalho

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Índice

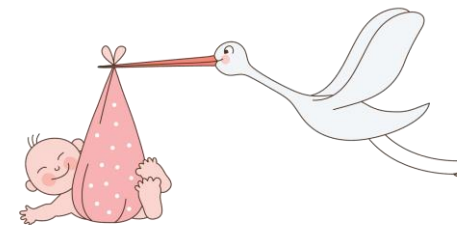


QUEIXAS FREQUENTES NA GRÁVIDA

Grávida

Náuseas | Vômitos
Obstipação | Diarreia
Dispepsia
Perturbações do sono | Ansiedade
Fadiga | Cãibras
Desconforto abdominal | lombar
Queixas urinárias
Infeções vulvovaginais
Prurido
Edema
Cefaleias
Elevação tensional
Diminuição da percepção dos movimentos fetais
Perdas vaginais – Hemática | Líquido

Náuseas | Vômitos



Uma das queixas mais frequentes na grávida (50-90%)

↑ E2 e P4

↑↑ B-hcG

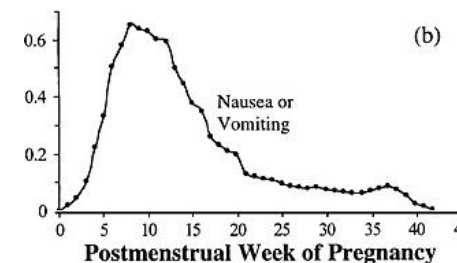


+++ 1º trimestre

AVALIAR:

Temperatura

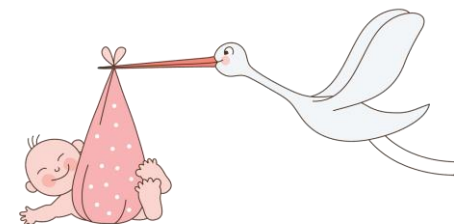
Sintomas sugestivos de Gastroenterite



Hiperemese Gravídica

- Desidratação | Distúrbios hidroeletrólíticos
 - **Cetonúria**
 - **Perda ponderal > 5%**

Náuseas | Vômitos



Comer em **pequenas quantidades** e **< 2/2h**

Beber muitas vezes, **fora das refeições** e aos **poucos** (++) chá gengibre / menta)

Evitar enfiamento; Evitar decúbito após refeição

Preferir alimentos / bebidas **frias**, de **digestão fácil**, pouco gordurosos

Doxilamina + Piridoxina + Diciclomina (2 + 0 + 2)

NAUSEFE®

Dosear **TSH** 1ºT

Gengibre (4 cp por dia)

DOSIL PLUS®

Multivitamínico

Dimenidrato (25-50 mg 6/6h)

ENJOMIN®

SINAIS DE ALARME

Vômitos *de novo* +
↑ Tensional

(+/- proteinúria, +++ 3ºT)

Antiácidos

RENNIE®

Metoclopramida (10 mg 8/8h)

PRIMPERAN®

REFENCIAR SU

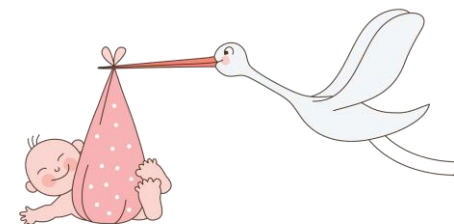
Náuseas | Vômitos refratários
Sinais de desidratação

Suspeita de hiperemese gravídica

Elevação tensional (*de novo*)

Ondansetron (8 mg 8/8h)

Obstipação



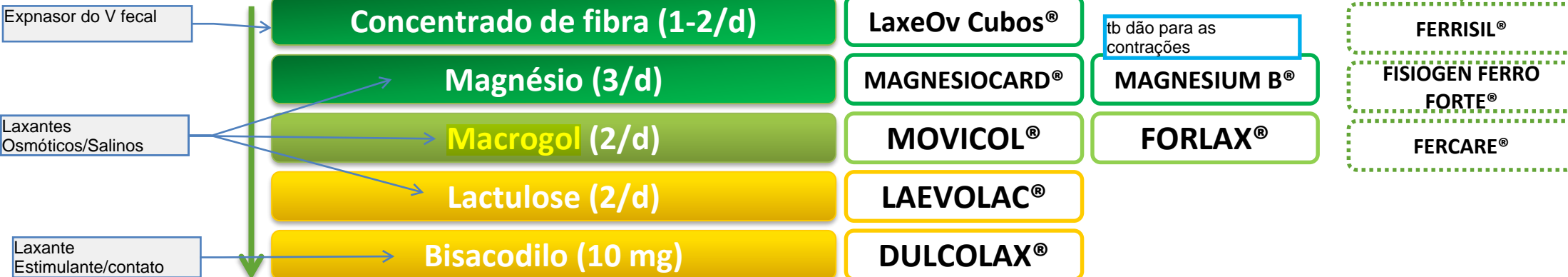
↑ P4 → ↓ peristaltismo | Efeito compressão

Ingestão de **líquidos** (não gaseificados) (+++ água | chá caseiro)

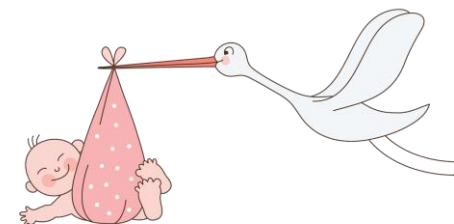
Ingestão de **fibras** (frutas “desobstipantes” e verduras)

Exercício físico

Escolher formulações de **Ferro** menos obstipantes (e tomar com sumo de laranja)



Diarreia



Abordagem semelhante à não grávida

Ingestão de **líquidos**

Dieta ligeira

Probióticos

UL-250®

ZIR-FOS®

Loperamida

IMODIUM®

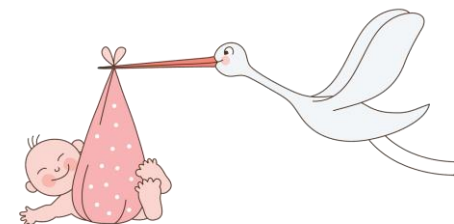
FDA – C
AUS – B3

Toma esporádica
Último recurso

REFENCIAR SU

Sinais de **desidratação**
Diarreia profusa e refratária

Dispepsia



↑ P4 → ↓ peristaltismo
Efeito compressão



+ 1ºT → +++ 3ªT

Comer em **pequenas quantidades** e < 2/2h

Evitar enfartamento; Evitar decúbito após refeição

Evitar **café, chá, chocolate**

Carb. Ca^{2+} + Carb. Mg^{2+}

Algi. Na^+ + Bicarb. Na^+ + Carb. Ca^{2+}

Carb. Di Hidroxi Al^{3+} + Na^+

Sucralfato

Phytodol (Alginato)

Ranitidina (150 mg 8/8h)

RENNIE®

GAVISCON®

KOMPENSAN®

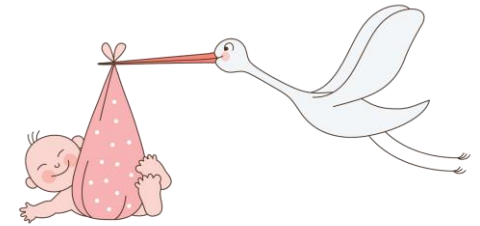
ULCERMIN®

REDUFLUX®

REFENCIAR SU

Dor epigástrica + ↑ TA

Perturbações do Sono



Insónia

- *per se*
- “Falta de posição”
- Náuseas
- Aumento do metabolismo

Boa “higiene” do sono

DOXILAMINA + PIRIDOXINA +
DICICLOMINA

NAUSEFE®

DOXILAMINA

DORMIDINA®

VALERIANA

LIVETAN®

HIDROXIZINA

ATARAX®

CLONAZEPAM

RIVOTRIL®

FDA – D
Aus – C

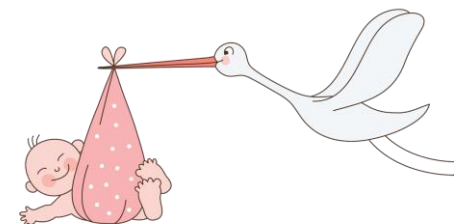
Hipersónia

- *per se*
- Fadiga
- Toma de Nausefe®

Racionar Nausefe (tomar ++ noite)

Café (2/dia até ao almoço)

Ansiedade



+++ paragem / desmame de medicação psiquiátrica

Evitar paragem brusca de medicação

VALERIANA

LIVETAN®

DOXILAMINA

DORMIDINA®

CLONAZEPAM

RIVOTRIL®

FDA – D
Aus – C

Crise Pânico / Ansiedade Súbita

DIAZEPAM 5 MG SL (toma única)

VALIUM®

FDA – D
Aus – D

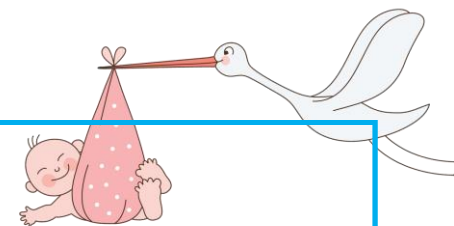
REFENCIAR CONSULTA

Grávida sob medicação crónica

REFENCIAR SU

Crise de pânico | Ansiedade súbita
(Sem meio de resolver nos CSP)

Fadiga | Cãibras



↓ TA (++ ~20 semanas)

Anemia

Hipoglicemia

Hipomagnesemia

Medir TA e glicemia capilar

Hemograma

Confirmar se repouso adequado → Educar

Hidratação abundante e frequente

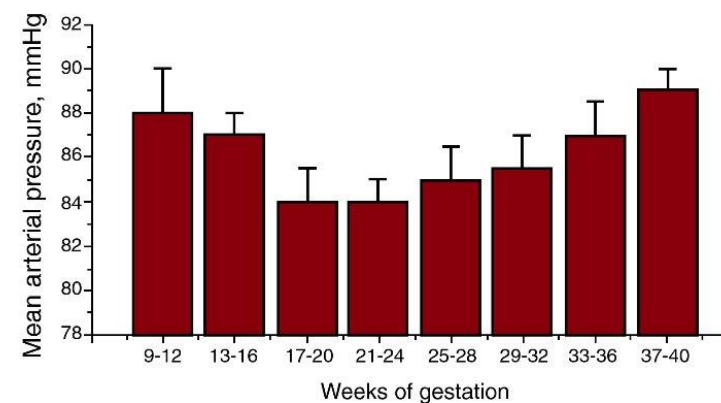
Refeições frequentes

Ensino de atitudes a tomar no caso de sensação de desmaio

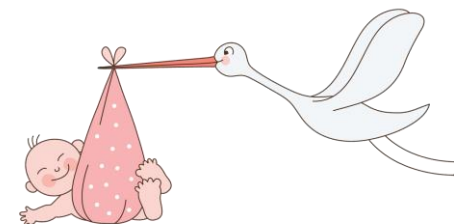
MAGNÉSIO

MAGNESIOCARD®

MAGNESIUM B®



Desconforto Abdominal | Lombbar



Desconforto Abdominal

- Estiramento ligamentos (++) redondos)
- Crescimento uterino
- Irritabilidade | Contractilidade uterina
- Compressão outros órgãos

Excluir:

Abdómen Agudo
Ameaça de Parto Pré-termo
Pielonefrite aguda
Cólica Renal
Obstipação | Flatulência

PARACETAMOL

BEN-U-RON®

MAGNÉSIO

MAGNESIOCARD®

CINTA DE GRÁVIDA

IBUPROFENO

1º T → se possível evitar
3ºT → uso apenas pontual,
contraindicado uso continuado

Desconforto Lombbar

- Peso do abdómen
- Alteração do centro de gravidade
- Lesão muscular

Avaliar **Sinais Vitais**

Palpação **Abdominal**

Murphy renal

Auscultar **frequência cardíaca fetal**

Avaliar **Índice Bishop (Toque)**

Combur

REFENCIAR SU

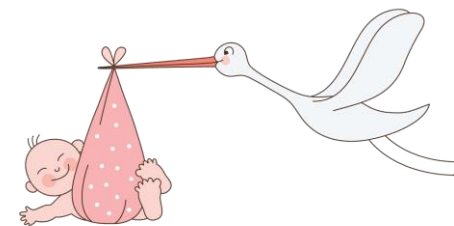
Dor moderada | severa
Colo com dilatação | extinção

**Suspeita de cólica renal ou
pielonefrite**

Abdómen agudo

Ausência ruídos cardíacos fetais

Infeção do Trato Urinário



↑P4
Compressão ureteral
Retenção de líquidos



Estase urinária

Polaquiúria é fisiológica e muito frequente

ITUs associadas a > risco de pielonefrite e RPM
→ **TRATAR mesmo que BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA**

Combur

Medir Temperatura

Excluir dor lombar / sintomas sistémicos

Murphy renal

FOSFOMICINA 3g dose única

AMOXICILINA + AC. CLAVULANICO
500 mg 8/8h ou 875 mg 12/12h

CEFUROXIMA 125 mg 12/12h

COTRIMOXAZOLE 800/160mg 12/12h

Não usar no 1º T nem termo

NITROFURANTOÍNA 100 mg 12/12h

Não usar no 1º T nem termo

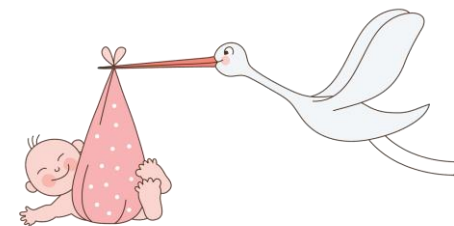
3 – 7 dias

3 dias

5 – 7 dias

E. coli
Klebsiella spp.
Enterobacter spp.
Proteus spp.
Streptococcus grupo B

Infeção do Trato Urinário



Fazer ex. **bacteriológico de urina** **1 semana** após terminar ATB

≥ 2-3 ITUs ou ITU complicada



Tratamento supressivo

CEFRADINA 500 mg P.O.

NITROFURANTOÍNA 50 mg P.O.

Diário – ao deitar
ou pós coital

Toda a gravidez e 15
dias pós-parto

REFENCIAR CONSULTA

ITUs de repetição refratárias

Hx de pielonefrite nesta gestação

Doença renal conhecida

REFENCIAR SU

Suspeita de Pielonefrite

Suspeita de Cólica Renal

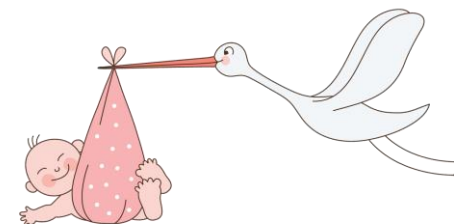
Vulvovaginites

Candidíase

formulações topicas: 6d

Antifungico orais CI na gravidez

Metronidazol é ATB e pode.
Tinidazol ATB mas está proibido!



Imunossupressão



↑ risco

Frequentemente refratárias | recidivantes

Prurido (vulvar ou vaginal)
Ardor
Disúria
Corrimento Anômalo

Exame Ginecológico
Inspeção Vulvar e Espéculo

RECOMENDAR
Dormir **sem** roupa interior
Cueca de algodão

CLOTRIMAZOL 6 dias

GINOCANESTEN®

SERTACONAZOL

DERMOFIX®

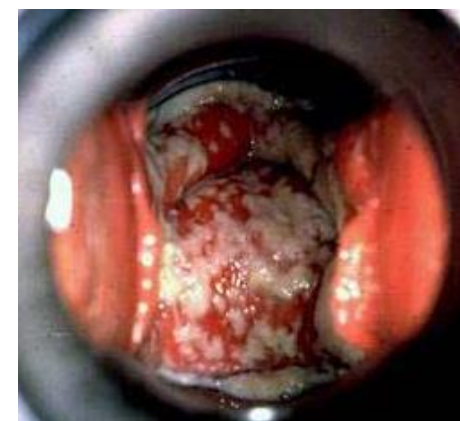
ECONAZOL

GYNO-PEVARYL®

FENTICONAZOL

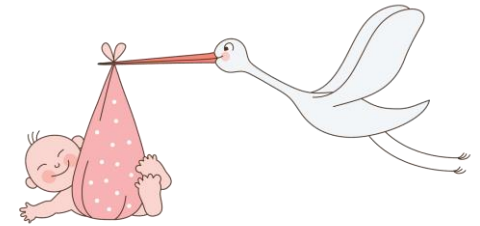
LOMEXIN®

ANTIFUNGICOS ORAIS



Vulvovaginites

Tricomoniase



Maior Risco de:

- Rotura Prematura de Membranas
- Parto Pré-termo
- Baixo peso à nascença

Assintomáticas

Ardor
Disúria
Prurido (vulvar ou vaginal)
Corrimento Anômalo / cheiro

TRATAR (embora não consensual)

Exame Ginecológico
Inspeção Vulvar e Espéculo



METRONIDAZOL 2g (8 cp) P.O. toma única

METRONIDAZOL 500 mg (2 cp) P.O. 12/12h 5-7 dias

FLAGYL®

METRONIDAZOL óvulos vaginais 10 dias

CLORETO DE DEQUALÍNIO 10 mg cp vaginal, 6d

FLUOMIZIN®

TINIDAZOL

FASIGIN®

Uso no 1º Trimestre?
(CDC recomenda em todos trim.)

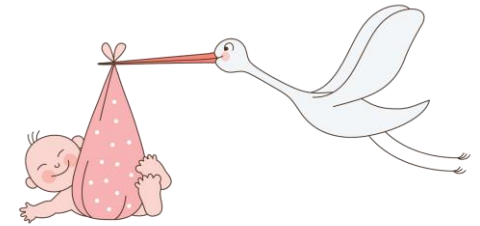
**Não tratam colonização
urinária**

**Risco teratogénico
desconhecido**



Vulvovaginites

Vaginose Bacteriana



Maior Risco de:

- Rotura prematura de membranas
- Trabalho de parto pré-termo
- Corioamnionite
- Endometrite pós-parto

Assintomáticas

Corrimento anômalo / cheiro
Desconforto inespecífico

CLORETO DE DEQUALÍNIO 10 mg cp vaginal, 6d

METRONIDAZOL óvulos vaginais 10 dias

CLINDAMICINA 2% creme vaginal / dia, 7 dias

METRONIDAZOL 500 mg P.O. 12/12h 7 dias

CLINDAMICINA 300 mg P.O. 12/12h 5 dias

TINIDAZOL

TRATAR???

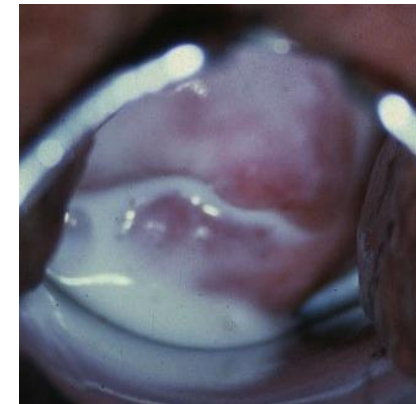
Exame Ginecológico
Inspeção Vulvar e Espéculo

FLUOMIZIN®

FLAGYL®

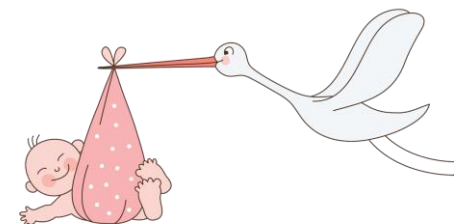
DALACIN®

FASIGIN®



Risco teratogénico desconhecido

Prurido



Erupção pruriginosa da gravidez

- +++ no 1º T | 2ºT
- Causa desconhecida, evolução benigna
- Eritema pruriginoso **papular** inespecífico e autolimitado

Papulas e Placas Pruriginosas Urticariformes da Gravidez (PUPPP)

- Também chamada Erupção Polimórfica da Gravidez (PEP)
- Eritema papular muito pruriginoso
- Origem no estiramento abdominal (++ gravidez gemelar | hidrâmnios)
- +++ 3º T
- +++ abdômen (poupa umbigo), coxa e braço
- Autolimitado e benigno
- Tx: corticóide tópico, hidroxizina, hidratante

Penfigóide Gestacional

- Semelhante a PUPPP **MAS**:
- Bolhas, não poupa o umbigo e ↑ maus desfechos fetais

Alergia | Urticária

Colestase Intra-hepática da Gravidez

- +++ no 3º T
- Sem lesões cutâneas | Prurido palmar e plantar (Mãos e pés)
- ↑ risco MORTE FETAL



FLUTICASONA (1x noite)

HIDRATANTE

HIDROXIZINA

ADVANTAN®

BARRAL®

= atarax, tb para dormir

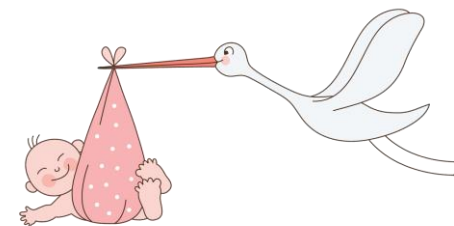
SINAIS DE ALARME

Sem lesões cutâneas
Prurido palmar e plantar
Bolhas

REFENCIAR SU

Suspeita de Colestase (sem lesões)
Suspeita de Penfigóide (bolhas)
Refratário

Edema



Hipoalbuminemia
↑ permeabilidade vascular
↑ estase venosa



Edema Progressivo
+++ extremidades

S. Túnel Cárpico

Explicar que **piora** progressivamente na **gravidez** e **melhora** progressiva e lentamente **após o parto**

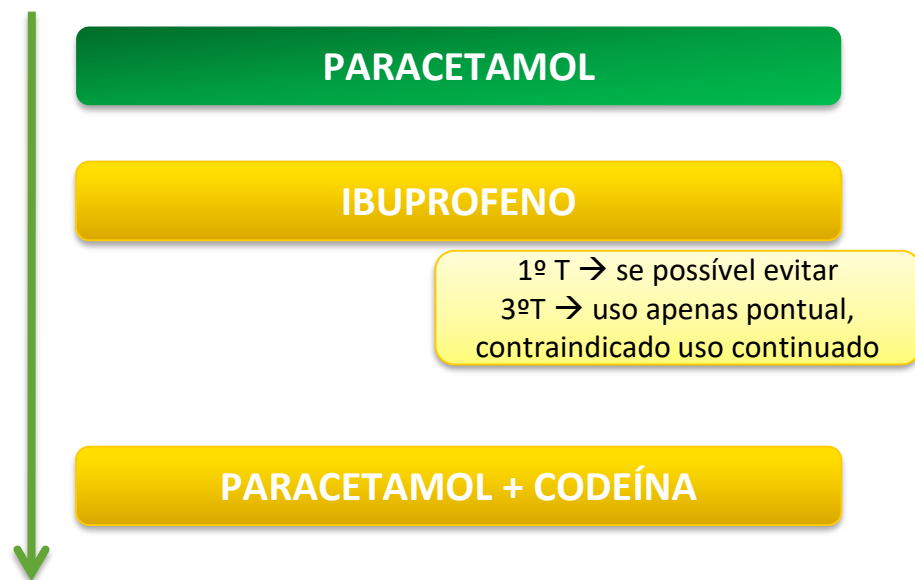
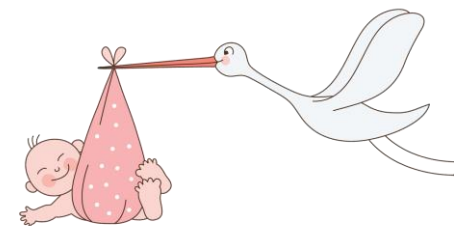
Evitar longos períodos em ortostatismo

MEIA ELÁSTICA DE DESCANSO – COLLANTS DE GRÁVIDA

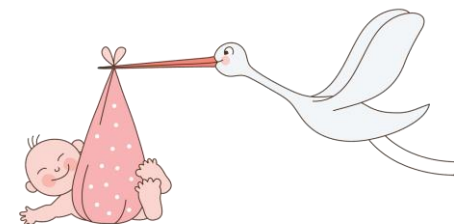
REFENCIAR SU

Suspeita de Tromboflebite / TVP
Edema súbito franco (++) +
HTA de novo +/- proteinúria

Cefaleias



Elevação tensional



Pré-eclâmpsia | Eclâmpsia | Síndrome de HELLP | Crise Hipertensiva

Medir TA em repouso pelo menos **3x**

Pesquisar **frequência cardíaca fetal**

TIRA-TESTE → Atenção à **PROTEINÚRIA**

Excluir sinais de alarme

SINAIS DE ALARME

≥ 160/110 mmHg

Proteinúria

Trombocitopenia de novo

Cefaleias

Alterações da **visão**

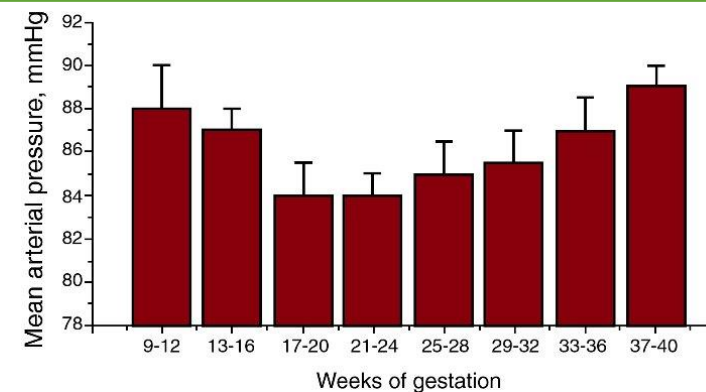
Convulsões/alt estado consciência

Dor epigástrica | hipocôndrio dto

Vômitos

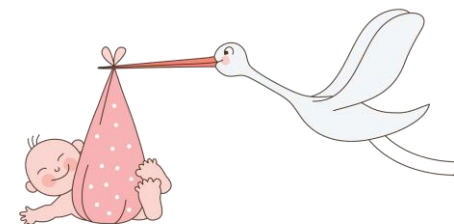
Edemas +++

↓ percepção dos movimentos fetais



REFENCIAR SU

Elevação tensional



EXCLUÍDOS SINAIS DE ALARME

Explicar sinais de alarme → SU

Medir, registar e levar registo à consulta de TA 3x/sem a diariamente

Medicar se TA \geq 150/100 mmHg

METILDOPA 250-500 mg 8/8h

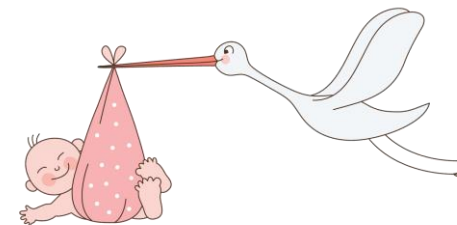
ALDOMET®

NIFEDIPINA 30 mg ação prolongada

ADALAT CR®

REFENCIAR CONSULTA

Diminuição da Percepção dos Movimentos Fetais



PMF inicia-se ~ 20 semanas

Apesar de subjetivo → SINAL MUITO IMPORTANTE

Perguntar se **NÃO SENTE** OU **SENTE MENOS**

Medir a **frequência cardíaca fetal**



Acalmar a grávida – deitar num local tranquilo

Tomar algo **açucarado** (p.e.: rebuçado, chocolate, (água com) açúcar, etc...)

NÃO SOBREVALORIZAR:

1 - Ligeira diminuição da percepção

“sinto mexer ao longo do dia, mas agora é menos do que era...”

2 - Sem percepção antes das ~ 20 semanas

3 – Perda de percepção às 20 semanas e pouco

“eu já comecei a sentir a semana passada, mas agora deixei outra vez (p.e. 21-22 semanas)”

REFENCIAR SU

Sem PMF

Diminuição abrupta da PMF

Alteração frequência cardíaca fetal

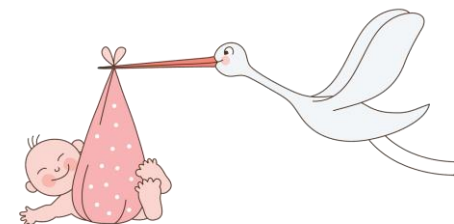
Dor

Perdas de líquido/ sangue

Elevação tensional

Queixas sugestivas pré-eclâmpsia

Perda Hemática Genital



1º TRIMESTRE

- Ameaça de abortamento
 - Pode ou não significar início de trabalho de abortamento
- Se **ABORTAR**:
 - Na GRANDE! maioria dos casos → **aneuploidias embrião**
 - NÃO há um fator intrínseco
 - NÃO é por ter “feito isto” ou “deixado de fazer aquilo”

2º | 3º TRIMESTRE

- Ver última ecografia → **Placenta baixa? (< 20 mm do OCI)**
 - **Toque vaginal contraindicado!!**
- Auscultar frequência cardíaca fetal

> 37 SEMANAS

- Excluir perda isolada de rolhão mucoso

SINAIS DE ALARME

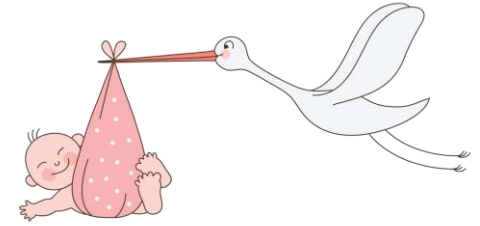
Placenta baixa (3º trimestre)
≥ 3 Abortamentos espontâneos

REFENCIAR SU

SEMPRE

(salvo se indubitável perda de
rolhão mucoso)

Perda de Líquido por via vaginal



Grávida tem habitualmente **leucorreia mais abundante e mais fluida (+++ 3º T)**

Auscular **frequência cardíaca fetal**

Exame ao **espéculo**

Manobra de Valsalva

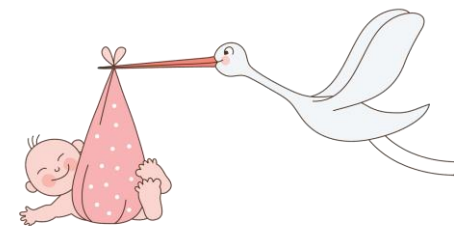
Usar **tira-teste para pH**

pH BÁSICO → provável LA

pH ÁCIDO → menos provável LA

REFENCIAR SU
Suspeita de perda de LA

Caso 1



Joana, 23 anos

IIG OP (1 abortamento espontâneo)

Gestação de 24 semanas + 2 dias, sem intercorrências até à data

Antecedentes pessoais: irrelevantes

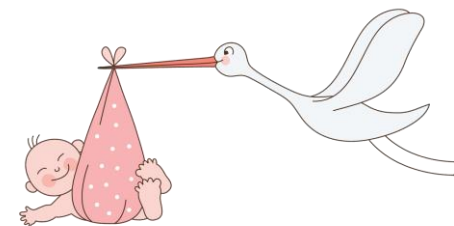
Antecedentes cirúrgicos: Amigdalectomia na infância

Medicação habitual: Iodo, ácido fólico + ferro

Queixa: desconforto abdominal

“Dr.ª, ando sempre com uma dorzinha no fundo da barriga, e ao fim do dia ainda piora, às vezes até fico com a barriga dura! É normal?”

Caso 1



A dor é forte?

“Não.... É uma dor ali no fundo, às vezes quero dormir e nem tenho posição”

O intestino funciona bem?

“Eu sou sempre muito obstipada, a última vez foi ontem e fiz pouquinho”

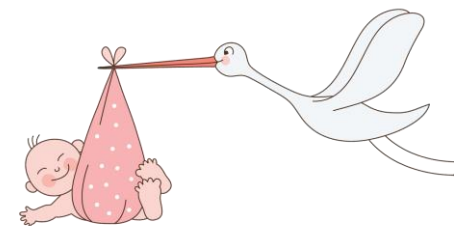
Perde líquido ou sangue por baixo?

“Não”

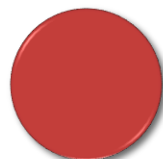
O bebé mexe bem?

“UI! Até demasiado!! Então quando me vou deitar, é uma festa!”

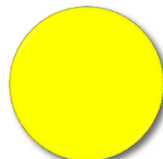
Caso 1



Neste contexto, qual dos exames de rotina na gravidez poderá (ou não) ter informação mais relevante?



1 – Rastreio combinado



2 – Ecografia 1º T

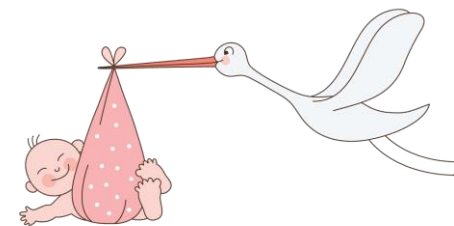


3 – Ecografia 2º T

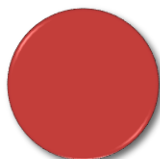


4 – Análises 2º T

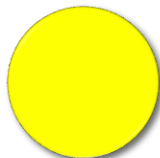
Caso 1



O que não faz sentido?



1 – Exame físico – sinais vitais, palpação abdominal e toque



2 – Auscultação da frequência cardíaca fetal

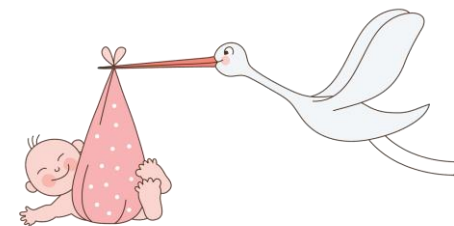


3 – Combur



4 – Pedir ecografia

Caso 1



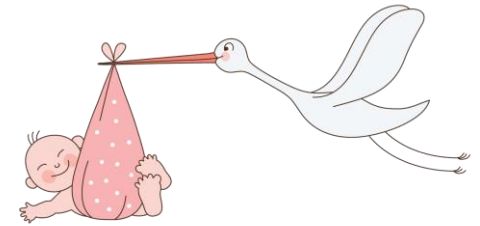
EXAME FÍSICO:

FCF: 146 bpm

TA: 112/74 mmHg

Abdómen mole e depressível, sem SIP,
ligeiramente doloroso à palpação profunda no hipogastro
Espéculo: Leucorreia fisiológica, sem perda de líquido ou sangue
Toque: Colo posterior, inteiro e fechado
Combur: vestígios de sangue

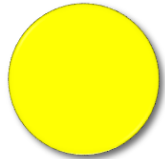
Caso 1



Que fazer?



1 – Enviar ao SU



2 – Enviar à consulta hospitalar

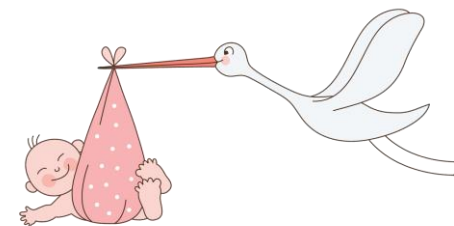


3 – Explicar sinais de alarme. Recomendar uso de cinta de grávida.
Medicar com Mg2+ e paracetamol em SOS.



4 – Medicar com Fosfomicina

Caso 2



Soraia, 24 anos

Primigesta

Gestação de 34 semanas + 3 dias, gemelar bicoriónica biamniótica

Antecedentes pessoais: irrelevantes

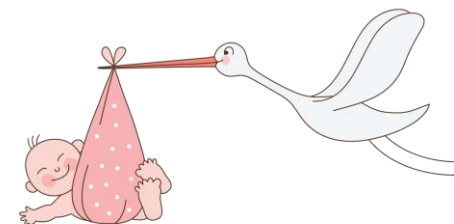
Antecedentes cirúrgicos: nega

Medicação habitual: Ferro oral, Multivitamínico

Queixa: Prurido cutâneo

“Dr.ª, esta noite passei um desespero com comichão”

Caso 2



Quando começou?

“Esta noite”

Onde sente a comichão?

“Mais no abdómen, também um pouco nos braços e coxas”

Tem comichão nas palmas das mãos ou plantas dos pés?

“hmmm.... Acho que não”

Tem lesões na pele?

“ Apareceram-me uns papos na barriga, também tenho nos braços e pernas”

Os bebés mexem bem?

“Sim, sim”

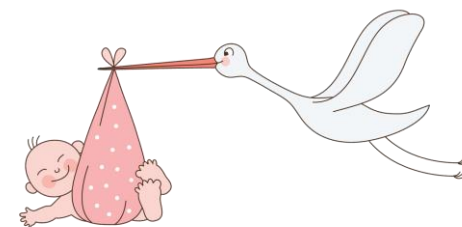
Tem dores?

“Nada de especial”

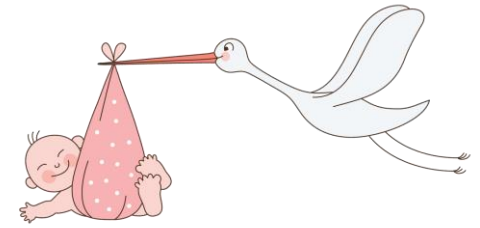
Perdeu líquido ou sangue?

“Não”

Caso 2



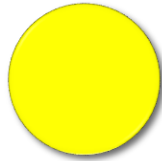
Caso 2



Qual o diagnóstico mais provável?



1 – Urticária



2 – Pápulas e placas urticariformes pruriginosas da gravidez

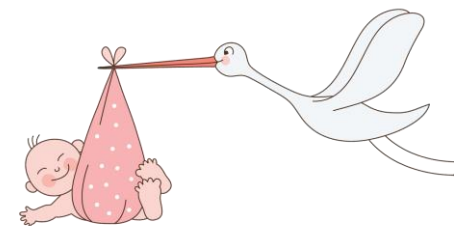


3 – Pênfigo gestacional



4 – Colestase intra-hepática da gravidez

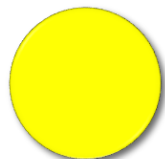
Caso 2



Como medicar?



1 – Hidroxizina



2 – Caladryl® + Hidroxizina + Creme Hidratante

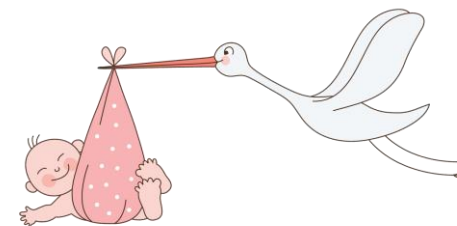


3 – Advantan® + Hidroxizina + Creme Hidratante



4 – Não carece de medicação

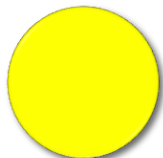
Caso 2



E se não tivesse lesões cutâneas?



1 – Receitar Hidroxizina



2 – Receitar creme de corticóide de média potência

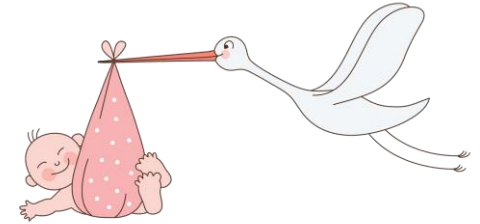


3 – Enviar ao SU



4 – Não valorizar

Ferramentas Úteis



<https://www.tga.gov.au/prescribing-medicines-pregnancy-database>

Prescribing medicines in pregnancy database

25 October 2017

This database is intended to provide information to health professionals planning the medical management of pregnant patients or patients intending to become pregnant. It is not presented as medical advice to health professionals or the public.

The use of any medicine during pregnancy requires careful consideration of both risks and benefits by the treating health professional. Any decision about taking a medicine during pregnancy should:

- involve a health professional and the patient
- take into account:
 - all available information on the medicine
 - the specific circumstances

Related information

- Updates to the prescribing medicines in pregnancy database

Search results

Drug Name	Category	Classification Level 1	Classification Level 2	Classification Level 3
alatrofloxacin	B3	Antimicrobials	Antibiotics	Quinolones
amikacin	D	Antimicrobials	Antibiotics	Aminoglycosides
amoxicillin	A	Antimicrobials	Antibiotics	Penicillins
ampicillin	A	Antimicrobials	Antibiotics	Penicillins
atovaquone	B2	Antimicrobials	Antibiotics	
azithromycin	B1	Antimicrobials	Antibiotics	Macrolide antibiotics
azlocillin	B3	Antimicrobials	Antibiotics	Penicillins
aztreonam	B1	Antimicrobials	Antibiotics	
benzathine penicillin	A	Antimicrobials	Antibiotics	Penicillins
benzylpenicillin	A	Antimicrobials	Antibiotics	Penicillins
cefactor	B1	Antimicrobials	Antibiotics	Cephalosporins
cefalexin	A	Antimicrobials	Antibiotics	Cephalosporins
cefalotin	A	Antimicrobials	Antibiotics	Cephalosporins
cefamandole	B1	Antimicrobials	Antibiotics	Cephalosporins

<http://www.e-lactancia.org/>

¿Es compatible con la lactancia?

Consulta la compatibilidad de la lactancia materna con 28.290 términos

Escribe tu búsqueda

Algunos ejemplos: Ibuprofeno, Coudina, Bayas de Goji, Fitoterapia.

Última actualización: 19 de Septiembre de 2019 a las 13:41 (CET)

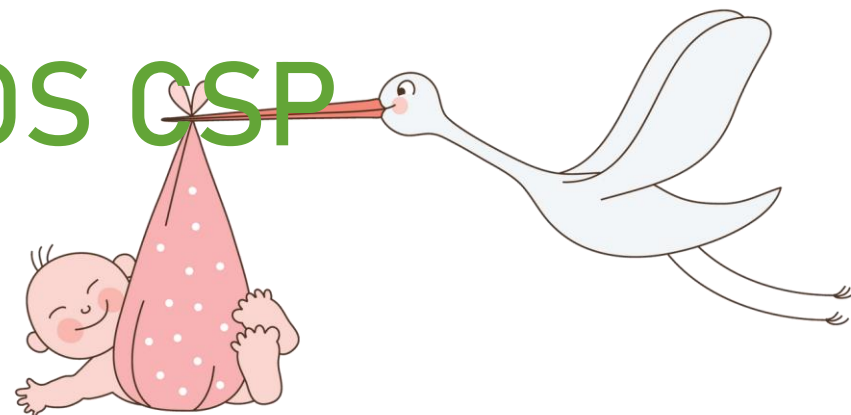
Ibuprofeno

Riesgo muy bajo para la lactancia Seguro. Compatible. Sin riesgo para la lactancia y el lactante.	<p>Antiinflamatorio no esteroideo. Indicado en tratamiento de fiebre, dolores, artritis reumatoide y otros procesos reumáticos.</p> <p>Administración oral, intravenosa y tópica (sustina o vaginal), cada 6 a 8 horas.</p> <p>Sus datos farmacocinéticos (alto porcentaje de fijación a proteínas, carácter ácido y corta vida media) explican el infimo o nulo paso a leche observado (Rigourd 2014, Walter 1997, Townsend 1984, Albert 1984, Weibert 1982).</p> <p>No se han observado problemas en lactantes cuyas madres lo tomaban (Walter 1997, Ito 1993, Weibert 1982).</p> <p>Medicación de uso habitual en Pediatría. Uso autorizado a partir de los 6 meses. La dosis que un lactante puede recibir a través de la leche materna es cientos de veces inferior a la dosis terapéutica en el lactante (Rigourd 2014, Walter 1997).</p> <p>Academia Americana de Pediatría: medicación usualmente compatible con la lactancia (AAP 2001).</p> <p>Lista de medicamentos esenciales OMS: compatible con la lactancia (WHO/UNICEF, 2002).</p> <p>Autores expertos y asociaciones médicas lo consideran compatible con la lactancia (Reece 2017, Bordoni 2016, Nixson 2016, Davanzo 2014, Sachs 2013, Worthington 2013, Hutchinson 2013, Rowe 2013, Amir 2011, Chen 2010, Ruser 2009, Østensen 2007, Spriguel 2000, Januon 2001, Nice 2000, Mitchell 1999, Goldsmith 1989, Needs 1985).</p> <p>Se puede considerar el analgésico de elección en madres lactantes (Worthington 2013, Østensen 2007, Nice 2000).</p>	Alternativas No se muestran alternativas porque Ibuprofeno tiene un nivel de riesgo muy bajo.
---	--	---

QUEIXAS FREQUENTES NA GRÁVIDA – ABORDAGEM NOS GSP

Ana Portela Carvalho

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa



OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!