

1. Introdução

O contacto pele com pele consiste em colocar o recém-nascido (RN) estável e com boa adaptação à vida extrauterina, despido e seco, com um gorro e coberto por toalha aquecida, em decúbito ventral sobre o tórax ou abdómen da mãe. É considerado imediato quando iniciado nos primeiros 10 minutos após o nascimento e precoce quando ocorre até às primeiras 23 horas de vida. Deve ser continuado sem interrupções por pelo menos 60 minutos.

Esta prática, quando aplicada imediata ou precocemente, demonstrou benefícios na vinculação, na regulação dos parâmetros fisiológicos e do comportamento do RN e no estabelecimento e manutenção da amamentação.

É, assim, uma conduta recomendada por entidades como a Organização Mundial de Saúde, *The American Academy of Pediatrics (AAP)*, *the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*, *the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, pela *United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF)*, entre outros, a todas as mães e RN, independentemente do tipo de parto, logo que a mãe esteja desperta e clinicamente estável, e continuada pelo menos durante 1 hora, desde que se cumpram os seguintes critérios:

- RN com Índice de Apgar ≥ 8 ao 5º minuto
- RN com respiração regular e sem sinais de dificuldade respiratória
- RN com tónus adequado e choro vigoroso
- RN com pele rosada (pode ter acrocianose);
- Mãe com condições clínicas para receber o RN
- Acompanhante com papel ativo na supervisão do RN e do seu posicionamento

No entanto, têm sido descritos casos de Colapso Súbito Inesperado Pós-natal (CSIP) nas primeiras horas de vida, pelo que é necessária uma adequada informação e vigilância perante a implementação desta conduta.

O presente documento visa promover a prática segura do contacto pele a pele nas primeiras horas de vida, sendo dirigido a Profissionais de saúde da área de Pediatria, Obstetrícia e Anestesia que exerçam funções na Sala de Partos, Bloco Operatório de Obstetrícia, Recobro do Bloco Operatório de Obstetrícia e puerpério.

Edição n.º 1 / 2020	Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral 2 – Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em _ / _ / _
		Validade até: _ / _ / _

2. Desenvolvimento

2.1. Definição

O CSIP é um evento raro, com incidência estimada de 0,26-13,3/100000 RN e com consequências potencialmente graves. A promoção do contacto pele com pele nos últimos anos parece estar a condicionar um aumento dos casos relatados.

Esta paragem cardiorrespiratória súbita e imprevisível que requer manobras de reanimação, ocorre em RN de termo ou pré-termo tardios, com boa adaptação à vida extrauterina e aparentemente saudáveis. Está descrita a sua ocorrência nos primeiros 7 dias de vida, mas as primeiras 2 horas após o nascimento constituem o período de maior risco de CSIP.

Acompanha-se de cianose, apneia e hipotonia, seguidos de bradicardia e paragem cardíaca, podendo resultar em morte ou encefalopatia.

Em Portugal Continental, entre 2010 e 2018, registaram-se 22 casos com necessidade de reanimação avançada e acidose metabólica grave, 70% dos quais nas primeiras 2 horas de vida e com evolução precoce para encefalopatia moderada a grave e submetidos a protocolo de hipotermia.

A intervenção nestas situações não está bem definida e, embora a hipotermia induzida não tenha uma indicação formal nesta entidade, poderá ser considerada.

2.2. Fatores de risco

A grande maioria dos eventos ocorre nas primeiras 2 horas, quando o RN sem fatores de risco conhecidos é colocado pele com pele, em decúbito lateral ou ventral sobre o tórax ou abdómen da mãe, na primeira mamada. Além do posicionamento, a primiparidade, a amamentação não supervisionada, o cansaço, distrações maternas e a administração de sedativos ou analgésicos são também fatores influentes (*Quadro 1*).

Quadro 1: Fatores de risco para Colapso Súbito Inesperado Pós-natal

Mãe	Recém-nascido
- Primiparidade	- Oclusão de boca / nariz
- Obesidade	- Pescoço inclinado
- Sedativos / analgésicos / sulfato magnésio	- Cabeça totalmente coberta
- Fadiga, sonolência	- Decúbito lateral ou ventral
- Ausência de observação regular	- Amamentação não supervisionada
- Distração parental (utilização de telemóvel)	- Sono após mamada

Edição n.º 1 / 2020	Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral 2 – Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em / /
		Validade até: / /

2.3. Fisiopatologia

Numa proporção significativa das situações não é possível descrever o motivo do colapso.

O RN saudável está desperto na primeira hora (pico de noradrenalina e redução dos neurotransmissores inibitórios a nível cerebral, elevação das catecolaminas séricas), seguindo-se uma fase de menor resposta aos estímulos externos e aumento do tónus vagal (possível interferência das prostaglandinas), favorecendo a hipoxia.

Especula-se que o grupo de RN com CSIP apresenta uma disfunção ou imaturidade do controlo cardiorrespiratório do tronco cerebral, com recorrência de apneias, dessaturações e bradicardias prolongadas. Foram demonstrados fenómenos de gliose nestas áreas, de provável origem hipoxico-isquémica.

Assim, o sistema nervoso autónomo, as catecolaminas e os eicosanóides parecem ser elementos chave nas primeiras horas pós-parto condicionando o controlo cardiorrespiratório precoce do RN.

Por outro lado, alguns autores atribuem o CSIP a obstrução aguda da via aérea, sobretudo relacionada com o posicionamento do bebé.

A amamentação, por si só, parece influenciar o tónus vagal e o risco de obstrução oronasal.

Outros autores pensam existir já um compromisso pré-natal condicionante (ainda que sem manifestação ao nascer).

2.4. Prognóstico

Apesar de ser um evento raro isoladamente, a literatura sublinha a importância da prevenção do CSIP, dada a frequente associação a lesão neurológica irreversível (50%) e mortalidade significativa (27-41%). Entre os casos portugueses reportados e que foram submetidos a hipotermia induzida, a mortalidade foi de 50% (11/22).

3. Vigilância do recém-nascido

Algumas unidades neonatais implementaram com sucesso um *checklist* de registo periódico nas primeiras 2 horas pós-parto. Incluíram parâmetros como a coloração mucocutânea, exposição da via aérea, posicionamento do RN, frequência respiratória e presença de sinais de dificuldade respiratória, SpO₂, temperatura axilar e comportamento materno.

A avaliação *RAPP* é uma das sugestões para sistematizar a vigilância (**R**espiração - frequência respiratória e respiração regular, ausência de gemido, tiragem ou adejo nasal; **A**tividade - reflexos, choro

Edição n.º 1 / 2020	Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral 2 – Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em / /
		Validade até: / /

vigoroso, reatividade e tónus adequado; *Perfusão* - pele rosada e ausência de sinais de má perfusão; *Posição*).

No geral, as recomendações reforçam a importância do adequado posicionamento, o estabelecimento seguro da amamentação e a promoção do contacto pele com pele seguro na sala de partos.

O correto posicionamento do RN é fundamental, com avaliação frequente e correção de fatores de risco que possam antever uma possível obstrução da via aérea.

O alerta para estas condições estende-se não só às primeiras horas e ao período de recuperação do trabalho de parto, mas inclui também todo o internamento.

É importante o envolvimento de uma equipa de profissionais informada e disponível, a integração do pai ou acompanhante nestes cuidados e o esclarecimento e promoção de autoconfiança.

As recomendações do presente documento dividem-se em:

A. Informação para os pais

B. Informação para os profissionais

C. Algoritmo de atuação

D. Registo de parâmetros durante o contacto pele com pele

E. Posicionamento do recém-nascido durante o contacto pele com pele

A. INFORMAÇÃO PARA OS PAIS

Quadro 2: Educação parental para um contacto pele com pele seguro e vigilância do RN no pós-parto imediato

Informação aos pais

- **Anteparto:**
 - Esclarecer os pais sobre benefícios da amamentação e do contacto pele com pele seguros
 - Oferecer esta possibilidade tanto no parto vaginal como na cesariana, se RN estável e mãe clinicamente bem e desperta
 - Conhecer o desejo dos pais
 - Incentivar a presença do pai ou outro acompanhante e envolvimento ativo nas primeiras horas
- **Pós-parto:**
 - Reforçar a importância do contacto pele com pele seguro
 - **Posicionamento** correto do RN (*Figuras 1-3*)
 - Face, nariz e boca sempre visíveis e não ocluídos
 - Contacto direto e simétrico dos ombros e tórax do RN com o peito da mãe
 - Membros inferiores em flexão
 - Cabeça em rotação para um lado e pescoço em posição neutra
 - Vigiar a cor, padrão de respiração e resposta aos estímulos
 - Mãe com tronco ligeiramente elevado
 - Vontade, capacidade e atenção da mãe
 - Colaboração constante de um acompanhante
 - Posicionamento seguro no berço

B. INFORMAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS

Quadro 3: Informação para os profissionais de saúde para a vigilância do RN no pós-parto imediato e promoção de um contacto pele a pele seguro

Primeiras duas horas de vida

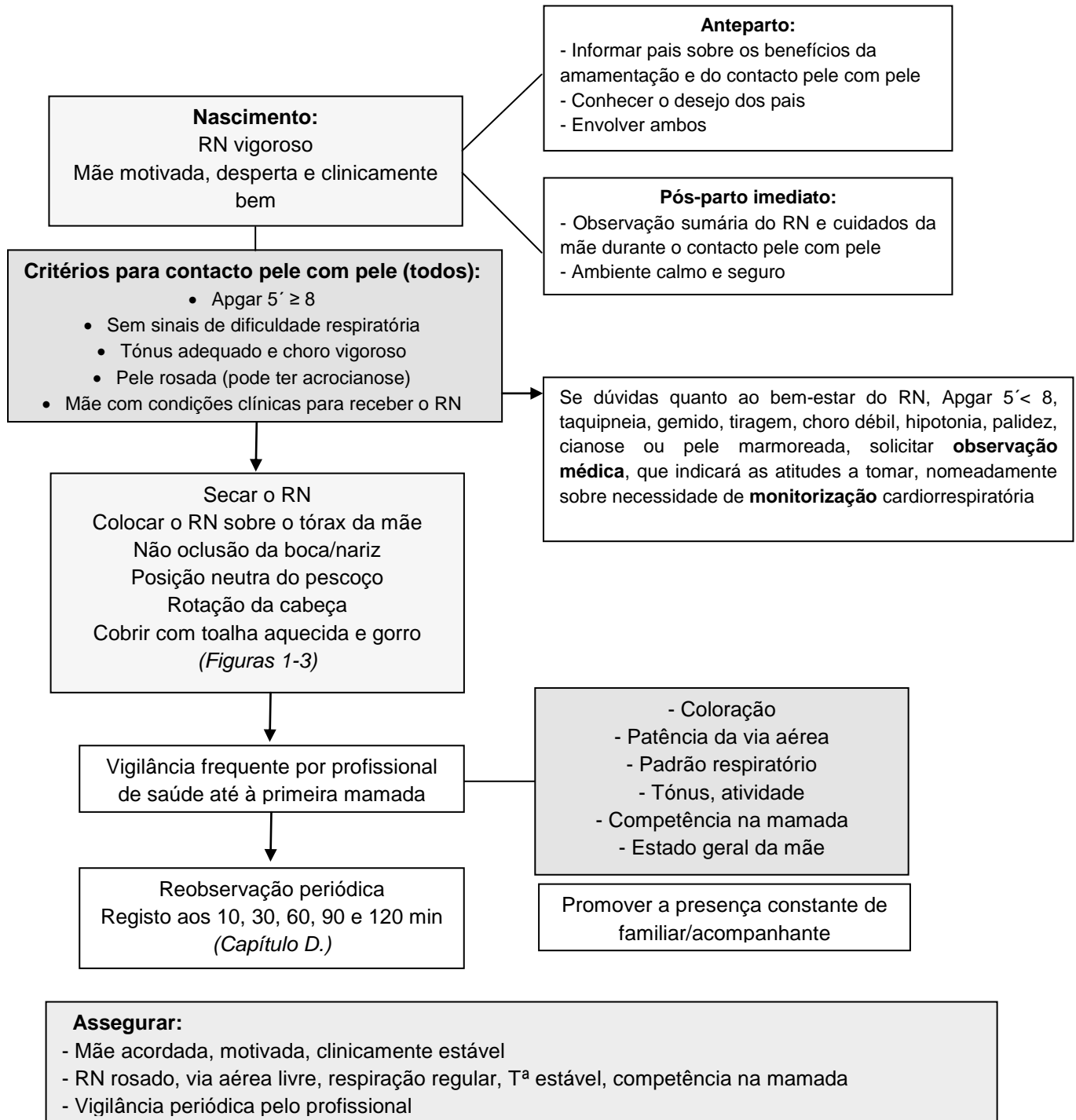
- Secar, estimular, avaliar
- **Critérios** para proceder ao contacto pele com pele
 - ✓ RN com Índice de Apgar ≥ 8 ao 5º minuto
 - ✓ RN com respiração regular e sem sinais de dificuldade respiratória
 - ✓ RN com tónus adequado e choro vigoroso
 - ✓ RN com pele rosada (pode ter acrocianose)
 - ✓ Mãe com condições clínicas para receber o RN
 - ✓ Acompanhante com papel ativo na supervisão do RN e do seu posicionamento
- **Posicionamento** correto do RN (*Figuras 1-3*)
 - Face, nariz e boca sempre visíveis e não ocluídos
 - Contacto direto e simétrico dos ombros e tórax do RN com o peito da mãe
 - Membros inferiores em flexão
 - Cabeça em rotação para um lado e pescoço em posição neutra
 - Vigiar a cor, padrão de respiração e resposta aos estímulos
 - Mãe com tronco ligeiramente elevado
- Colocar um gorro e cobrir o dorso do RN com lençol aquecido
- Avaliar o risco de queda
- Manter suficiente luminosidade para observar a face do RN
- Vontade, capacidade e atenção da mãe
- Colaboração constante de um acompanhante na vigilância da mãe e RN
- Posicionamento seguro no berço
- Manter vigilância contínua, sobretudo se primípara e pelo menos até à primeira mamada
- Reavaliar a díade e registar periodicamente (cada 30 min)
- Assegurar que o RN mantém a permeabilidade da via aérea, respiração regular, coloração rosada, tónus e vitalidade adequados e competência para amamentação

Após as duas horas de vida

- Desencorajar a partilha da cama, sobretudo se a mãe está cansada e não acompanhada
- Avaliar o risco de queda
- O decúbito ventral do RN só é aceite durante o contacto pele com pele supervisionado
- Posicionamento seguro no berço (decúbito dorsal)
- A repetida vigilância da díade é imprescindível, corrigindo o posicionamento do RN

C. ALGORITMO DE ATUAÇÃO

Vigilância durante o período neonatal imediato e contacto pele com pele



D. REGISTO DE PARÂMETROS DURANTE O CONTACTO PELE COM PELE

Parâmetros para registo e monitorização do RN estável, nas primeiras 2 horas de vida, durante o contacto pele com pele ou até à primeira mamada

Nome: _____ Data nascimento: ____/____/____ Hora nascimento: ____:____	Tempo após nascimento				
	10 min	30 min	60 min	90 min	120 min
Parâmetros / Eventos					
RN bem posicionado com via aérea livre ¹					
Pele e mucosas rosadas ²					
Ausência de esforço respiratório ³					
Frequência respiratória adequada (30-60 cpm) ³					
Mãe e RN sempre acompanhados ⁴					
RN vigoroso e ativo ⁵					
Primeira mamada (tempo após nascimento)					
Comentários					
Nº Mecanográfico					

Instruções:

O enfermeiro deverá preencher a tabela cronologicamente, respondendo Sim (S) ou Não (N) e, neste caso, corrigir de imediato o fator de risco.

Ponderar colocar o RN no seu berço se não for possível manter um contacto pele com pele em segurança.

¹ **Posicionamento** (*Figuras 1-3*): Durante o contacto pele com pele o RN está em decúbito ventral, com cabeça em rotação para o lado e pescoço em posição neutra, com o nariz e boca sempre visíveis e não ocluídos, em contacto direto com o peito da mãe, com ombros direitos e simétricos. As extremidades devem estar em semi-flexão (indicador de tónus adequado). A mãe deve ter o tronco ligeiramente inclinado. O profissional deve apoiar a mãe e corrigir um posicionamento inadequado.

² **Coloração**: Observar os lábios e língua, que não devem estar pálidos nem cianosados. O quarto deve ter luminosidade suficiente para se verificar a coloração cutânea do bebé.

³ **Respiração**: O padrão, amplitude e frequência respiratórias são habitualmente irregulares no RN. Observar a presença de: obstrução do nariz ou boca; FR > 60 cpm ou < 30 cpm; apneia ou sinais de dificuldade respiratória (adejo nasal, gemido, tiragem).

⁴ **Acompanhamento**: A mãe e RN devem ser reobservados periodicamente, pelo enfermeiro, durante o contacto pele a pele (aos 30, 60, 90 e 120 minutos). Deve garantir-se a presença constante do pai, familiar ou profissional. Uma vigilância mais próxima deve ser assegurada nas primíparas. Se a mãe se encontrar cansada ou sonolenta, considerar colocar o RN em contacto pele a pele com o pai, ao colo ou em berço.

⁵ **Atividade**: O RN deve responder eficazmente aos estímulos (choro, mobilização dos membros, interesse pela mama) ou ter atividade espontânea.

E. POSICIONAMENTO DO RECÉM-NASCIDO DURANTE O CONTACTO PELE COM PELE

Adequado posicionamento do recém-nascido

Figura 1



Figura 2



Figura 3



1. Contacto direto peito com peito
2. Ombros e tórax do RN direitos contra o tórax da mãe
3. Pescoço do RN em posição neutra, não inclinado (“sniffing position”)
4. Cabeça em rotação para um lado
5. Nariz e boca visíveis
6. Membros inferiores em flexão
7. Gorro e lençol no dorso
8. Mãe com tronco ligeiramente elevado
9. Mãe desperta
10. Vigilância contínua garantida

A obtenção e publicação das imagens foi autorizada após consentimento livre e esclarecido da mãe e pai

4. Palavras- chave

Colapso pós-natal, hipotermia, contacto pele com pele, amamentação, posicionamento

5. Intervenientes

Sara Brito, Isabel Sampaio, Alexandra Dinis, Elisa Proença, Ana Vilan, Filomena Pinto, Teresa Tomé, André Graça

6. Organização:

Grupo de Consensos em Neonatologia – Sociedade Portuguesa de Neonatologia da SPP

7. Classificação de níveis de evidência:

<http://www.spneonatologia.pt/>

8. Abreviaturas

CSIP – Colapso súbito inesperado pós-natal

FR – Frequência respiratória

RN – Recém-nascido(s)

SNC – Sistema Nervoso Central

SpO₂ – Saturação periférica de Oxigénio

T^a – Temperatura

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

9. Referências

- 1) Abdulghani N, Edvardsson K, Amir LH. Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A systematic review. PLoS ONE 2018;13(10):e0205696. doi.org/10.1371/journal.pone.0205696
- 2) Almeida JM, Luz SAB, Ued FV. Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. Rev Paul Pediatr 2015;33(3):355-62.
- 3) American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012;129:e827.
- 4) Ancora G. New frontiers in hypothermia. J Pediatr Neonat Individual Med 2013;2(2):e020235. doi: 10.7363/020235.
- 5) Andres V, Garcia P, Rimet Y, Nicaise C, Simeoni U. Apparent life threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. Pediatrics 2011;127:e1073-6.
- 6) Becher JC, Bhushan SS, Lyo AJ. Unexpected collapse in apparently healthy newborns - a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2012;97:F30-44.
- 7) Cornet MC, Maton P, Langhendries JP et al. Use of therapeutic hypothermia in sudden unexpected postnatal collapse. Arch Pediatr. 2014;21:1006–1010. doi:10.1016/j.arcped.2014.06.009.
- 8) Dageville C, Pignol J, De Smet S. Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: Incidence and risk factors. Acta Paediatr Int J Paediatr. 2008;97:866–869. doi:10.1111/j.1651-2227.2008.00863.x
- 9) Davanzo R, De Cunto A, Paviotti G et al. Making the First Days of Life Safer: Preventing Sudden Unexpected Postnatal Collapse while Promoting Breastfeeding. Journal of Human Lactation. 2015;31(1):47-52.
- 10) Espagne S, Hamon I, Thiébauges O, Hascoet JM. Mort de nouveau-nés apparemment sains en salle de naissance: Un problème de surveillance? Arch Pediatr. 2004;11(5):436-39. doi:10.1016/j.arcped.2004.02.016
- 11) Feldman-Winter L, Goldsmith JP, Committee on Fetus and Newborn, Task Force On Sudden Infant Death Syndrome. Safe sleep and skin-to skin care in the neonatal period for healthy term newborns. Pediatrics 2016;138:e20161889.
- 12) Feldman-Winter L, Goodstein MH, Hauck FR, Darnall RA, Moon RY; American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. Proposed guidelines for skin-to-skin care and rooming-in should be more inclusive. J Perinatol. 2018;38(9):1277-8. doi: 10.1038/s41372-018-0175-y.
- 13) Ferrarello D, Carmichael T. Sudden Unexpected Postnatal Collapse of the Newborn. Nurs Womens Health. 2016;20(3):268-75.
- 14) Figueira M, Podence, M: Amamentação - De quem depende alcançar o sucesso? Sinais Vitais. 2007;73:53-5.
- 15) Filippi L, Laudani E, Tubili F, Calvani M, Bartolini I, Donzelli G. Incidence of Sudden Unexpected Postnatal Collapse in the Therapeutic Hypothermia Era. Am J Perinatol. 2017;34(13):1362–1367. doi:10.1055/s-0037-1603678
- 16) Fleming PJ. Unexpected collapse of apparently healthy newborn infants: the benefits and potential risks of skin-to-skin contact. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2012;97(1):F2-F3.
- 17) Gatti H, Castel C, Andrini P et al. Cardiorespiratory arrest in full term newborn infants: six case reports. Arch Pediatr 2004;11:432-5.

Edição n.º 1 / 2020	Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral 2 – Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em / /
		Validade até: / /

- 18)** Herlenius E. Unexpected, unexplained and life-threatening events in infants are age-dependent descriptive syndromes with different risk and management. *Acta Pædiatrica* 2017;106:191-3.
- 19)** Herlenius E, Kuhn P. Sudden Unexpected Postnatal Collapse of Newborn Infants: A Review of Cases, Definitions, Risks, and Preventive Measures. *Transl Stroke Res* 2013;4:236-47.
- 20)** Ludington-Hoe SM, Morgan K. Infant Assessment and Reduction of Sudden Unexpected Postnatal Collapse Risk During Skin-to-Skin Contact. *Newb Inf Nurs Rev* 2014;14(1):29-34.
- 21)** Ludington-Hoe SM, Morrison-Wilford BL, DiMarco M, Lota M. Promoting Newborn Safety Using the RAPPT Assessment and Considering Apgar Criteria: A Quality Improvement Project. *Neonatal Netw* 2018;37(2):85-95. doi:10.1891/0730-0832.37.2.85.
- 22)** Marin N, Valverde E, Cabañas F. Episodio aparentemente letal neonatal durante el «piel con piel». Tratamiento con hipotermia. *An Pediatr.* 2013;79(4):253–256. doi:10.1016/j.anpedi.2013.06.009
- 23)** Monnelly V, Becher JC. Sudden unexpected postnatal collapse. *Early Hum Dev.* 2018;126:28–31. doi:10.1016/j.earlhumdev.2018.09.001.
- 24)** Moore E, Bergman N, Anderson G, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(11):Art. No.: CD003519. doi:10.1002/14651858.CD003519.pub4.
- 25)** New Zealand Ministry of Health. Observation of mother and baby in the immediate postnatal period: consensus statements guiding practice, July 2012. Disponível em <http://www.health.govt.nz/publication/observation-mother-and-baby-immediate-postnatal-period-consensus-statements-guiding-practice>. Acedido em 30/10/2019.
- 26)** Parmigiani S, de Hoffer L. Sudden Unexpected Postnatal Collapse: Analysis of Some Clinical Cases and their Diagnostic Approach. *Ann Clin Case Rep* 2017;2:1301.
- 27)** Pejovic NJ, Herlenius E. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. *Acta Pædiatr.* 2013;102:680-8.
- 28)** Poets A, Steinfeldt R, Poets CF. Sudden deaths and severe apparent life-threatening events in term infants within 24 hours of birth. *Pediatrics.* 2011;127(4):e869-e873.
- 29)** Poets A, Urschitz, Steinfeldt R, Poets CF. Risk factors for early sudden deaths and severe apparent life-threatening events. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012;97:F395-7.
- 30)** Smit M, Dawson JA, Ganzeboom A, Hooper SB, van Roosmalen J, te Pas AB. Pulse oximetry in newborns with delayed cord clamping and immediate skin-to-skin contact. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2014;99(4):F309-F314.
- 31)** Smit E, Liu X, Jary S, Cowan F, Thoresen M. Cooling neonates who do not fulfil the standard cooling criteria - short and long-term outcomes. *Acta Paediatr.* 2015;104:138-45.
- 32)** Thoresen M. Who should we cool after perinatal asphyxia? *Semin Fetal Neonatal Med.* 2015;20:66-71.
- 33)** Toker-Maimon O, Joseph LJ, Bromiker R, Schimmel MS. Neonatal cardiopulmonary arrest in the delivery room. *Pediatrics.* 2006;118(2):847-8.
- 34)** Vinther T, Helsing E. Breastfeeding: How to support success. A practical guide for health workers. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1997. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108051>. Acedido em 20/10/2019.
- 35)** WellChild. The British Association of Perinatal Medicine. Guidelines for the investigation of newborn infants who suffer a sudden and unexpected postnatal collapse in the first week of life: Recommendations from a professional group on Sudden Unexpected Postnatal Collapse (London); 2011. Disponível em:

Edição n.º 1 / 2020	Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral 2 – Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em / /
		Validade até: / /



Consenso Clínico

“Prevenção do colapso súbito pós-natal na sala de partos”

Código

Pág. 15 / 15

<https://www.bapm.org/resources/19-guidelines-investigation-of-newborn-infants-who-suffer-a-sudden-unexpected-postnatal-collapse>. Acedido em 20/10/2019.

36) Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatr* 2019;108(7):1192-1204.

37) World Health Organization. Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>. Acedido em 30/01/2020.

Edição n.º 1 / 2020

Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral
2 – Clínico, Técnico, Terapêutico

Aprovado em

__/__/____

Validade até:

__/__/____