



Estratégia
MED



PSIQUIATRIA

PROF. THALES THAUMATURGO

TRANSTORNOS DO HUMOR

RESUMO ESTRATÉGICO

2023



INTRODUÇÃO

PROF. THALES THAUMATURGO

Seja bem-vindo, Estrategista!

Falaremos neste resumo sobre os **principais tópicos em Transtornos do Humor**, tema muito cobrado nas provas de Residência e de **enorme importância para sua prática clínica**.

Após esta leitura, você deverá ser capaz de fazer o **diagnóstico de Depressão**, diferenciá-la de **Bipolaridade**, assim como compreender o **tratamento farmacológico** de ambos os transtornos. Atente-se ao tema **Suicídio**, que vem ganhando destaque nas provas, estude especialmente os **fatores de proteção e de risco**. Concentre-se nas principais características clínicas destes transtornos e não se preocupe em decorar critérios! Ciclotimia e distimia são lembradas raramente pelas bancas.

Bons Estudos!

○ @thales.thaumaturgo

► Estratégia MED

○ @estrategiamed

► /estrategiamed

► t.me/estrategiamed

SUMÁRIO

1.0 TRANSTORNOS DO HUMOR	4
1.1 DEPRESSÃO	4
1.1.1 DIAGNÓSTICO	4
1.1.2 DIFERENÇAS ENTRE CID-10 E DSM-5	4
1.1.3 EPIDEMIOLOGIA E CURSO DA DEPRESSÃO	5
1.1.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DEPRESSÃO	6
1.1.5 TRATAMENTO DA DEPRESSÃO	6
1.1.6 FLUXOGRAMA DO TRATAMENTO DEPRESSÃO	7
1.1.7 DEPRESSÃO REFRATÁRIA AO TRATAMENTO	8
1.1.8 E QUANDO É PRECISO INTERNAR O PACIENTE DEPRESSIVO?	8
1.2 DISTIMIA	8
1.2.1 TRATAMENTO DA DISTIMIA	8
1.3 TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR	8
1.3.1 CONCEITO DE MANIA	9
1.3.2 DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR	10
1.3.3 EPIDEMIOLOGIA E CURSO	11
1.3.4 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO TRANSTORNO BIPOLAR	11
1.4 TRANSTORNO CICLOTÍMICO OU CICLOTIMIA	11
1.5 SUICÍDIO	11
1.5.1 ABORDAGEM AO PACIENTE EM CRISE SUICIDA	12
1.6 SÍNDROME DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL OU BURNOUT	13
1.6.1 TRATAMENTO DO BURNOUT	13
1.7 LUTO	13
1.7.1 MAS, QUANDO O LUTO VIRA UMA DOENÇA?	14
1.7.2 FASES DO LUTO	14
2.0 LISTA DE QUESTÕES	15
3.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
4.0 CONCLUSÕES FINAIS	16

CAPÍTULO

1.0 TRANSTORNOS DO HUMOR

1.1 DEPRESSÃO



Fonte: Shutterstock.

A Depressão é um transtorno psiquiátrico que **afeta o humor, a capacidade de sentir prazer e a energia**, causa sofrimento ao paciente, prejudica a capacidade de executar as tarefas do cotidiano e cumprir com as responsabilidades, resultando em um quadro conhecido como “prejuízo funcional”.

1.1.1 DIAGNÓSTICO

Para realizarmos o diagnóstico de um episódio depressivo, o paciente precisa demonstrar por, no mínimo, **14 dias** consecutivos, na maior parte do tempo, **4 ou mais sintomas típicos, segundo a CID-10, ou 5 ou mais sintomas, segundo o DSM-5**. Ainda podemos classificar, de acordo com o grau de prejuízo funcional, em:

- Leve - quando o paciente tem poucos prejuízos funcionais;
- Moderado - quando o paciente já apresenta maiores dificuldades em manter suas responsabilidades pessoais e sociais;
- Grave - quando o paciente é incapaz de manter adequadamente sua rotina e até mesmo seus autocuidados.

1.1.2 DIFERENÇAS ENTRE CID-10 E DSM-5

CID-10	DSM-5
CID-10 – 4 critérios durando, ao menos, duas semanas:	DSM-5 – 5 critérios durando, ao menos, duas semanas:
Depressão = 2 ou 3 Principais + Acessórios. Total de 4 critérios no mínimo.	Depressão = 1 ou 2 Principais + Acessórios. Total de 5 critérios no mínimo.
Critérios Principais	Critérios Principais
1) Humor Deprimido	1) Humor Deprimido
2) Anedonia	1.1) Humor irritável (crianças e adolescentes)
3) Fadiga	2) Anedonia

Critérios Acessórios	Critérios Acessórios
4) Alteração de Peso/Apetite	3) Alteração de Peso/Apetite
5) Alteração do Sono	4) Alteração do Sono
6) Baixa Autoestima	5) Agitação ou Retardo psicomotor
7) Sentimento de Culpa ou Inutilidade	6) Fadiga
8) Indecisão ou Redução da Concentração	7) Sentimento de Culpa ou Inutilidade
9) Pensamentos de Morte	8) Indecisão ou Redução da Concentração
10) Pessimismo sobre o Futuro	9) Pensamentos de Morte

1. American Psychiatric Association, 2014

Dica: Lembre-se que no DSM-5 precisamos de 5 critérios para o diagnóstico da Depressão!



Fonte: Shutterstock.

BLUES PUERPERAL E DEPRESSÃO PUERPERAL

Até 75% das puérperas sofrem alterações de humor após o parto, quadro conhecido como Baby Blues ou Blues Puerperal, que não atingem critérios para o diagnóstico da depressão. O Blues inicia-se, geralmente, na primeira semana após o parto. Suporte, acolhimento, escuta, apoio e orientação são essenciais nesse período. Em cerca de 20% das mulheres, os sintomas agravam-se e duram mais de 2 semanas. Nesses casos, um diagnóstico de Depressão pós-parto é conferido e o tratamento para depressão deve ser instituído.

1.1.3 EPIDEMIOLOGIA E CURSO DA DEPRESSÃO

No Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão atinge cerca de 6% da população, sendo 2 vezes mais comum no sexo feminino. O pico de incidência da depressão ocorre antes dos 40 anos de idade.

FIQUE ATENTO!

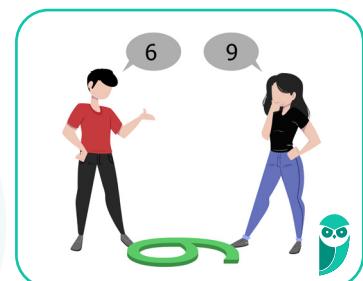


Estima-se que, após o segundo episódio de depressão, a chance de novos episódios ocorrerem chega a 80%. Em média, um paciente apresentará entre 4 e 6 episódios depressivos ao longo da vida.

Quando ocorre a recorrência da Depressão, com um intervalo mínimo de 2 meses entre dois episódios, passamos a denominá-la de Depressão Recorrente.

1.1.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DEPRESSÃO

O transtorno bipolar sempre deve ser considerado como diagnóstico diferencial, como veremos adiante. Existem também as causas de depressão chamadas “orgânicas”, como tireoideopatias, carências nutricionais, demências, Parkinson, epilepsia, HIV, lúpus, mononucleose, traumatismo crânioencefálico, sífilis, acidente vascular encefálico, dentre outras doenças crônicas que podem estar relacionadas ao surgimento ou agravamento de sintomas depressivos. Nesses casos, uma boa entrevista, histórico familiar, exame físico e exames complementares podem ajudar no diagnóstico diferencial.



1.1.5 TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

PRESTE MAIS ATENÇÃO!



O tratamento clínico da Depressão é realizado com antidepressivos, associados ou não a abordagens psicoterápicas. Normalmente, a combinação dos métodos é a mais eficiente. Para sua prova, a classe de escolha é dos **Inibidores da Recaptação de Serotonina (ISRS)**, que agem aumentando a disponibilidade de serotonina na fenda sináptica.

NOVIDADE!



Para os pacientes com **sintomatologia leve, práticas psicoterapêuticas e atividades físicas regulares** possuem evidências de sucesso, sendo o tratamento de escolha. Contudo, mesmo nesses casos, pode-se optar pelo início do tratamento farmacológico.

ISRS	Duais	Tricíclicos	Atípicos
Citalopram 10 – 40 mg	Desvenlafaxina 50 – 200 mg	Amitriptilina 25 – 300 mg	Agomelatina 25 – 50 mg
Escitalopram 5 – 20 mg	Duloxetina 30 – 90 mg	Clomipramina 25 – 300 mg	Bupropiona 150 – 450 mg
Fluoxetina 20 – 80 mg	Venlafaxina 75 – 225 mg	Doxepina 25 – 300 mg	Mirtazapina 15 – 60 mg
Paroxetina 10 – 60 mg		Imipramina 25 – 300 mg	Trazodona 50 – 600 mg
Sertralina 25 – 200 mg		Nortriptilina 50 – 200 mg	Vortioxetina 5 – 20 mg

1.1.6 FLUXOGRAMA DO TRATAMENTO DEPRESSÃO



Estrategista MED, **após a melhora do paciente**, recomenda-se **manter o tratamento medicamentoso por mais 6 a 24 meses**, diminuindo lentamente sua medicação após esse período, a fim de evitar recaídas e, também, a **síndrome de retirada** dos antidepressivos.

Em alguns casos, recomenda-se um **tratamento de manutenção por tempo indeterminado**:

- Episódios recorrentes
- Após episódios muito graves ou difíceis de tratar
- Depressão “crônica”
- Presença de comorbidades psiquiátricas ou outras condições médicas ou fatores de risco
- Permanência de sintomas residuais

1.1.7 DEPRESSÃO REFRATÁRIA AO TRATAMENTO

Nos casos de Depressão Refratária ao Tratamento, o **uso combinado de classes diferentes de antidepressivos, em doses altas**, poderá ser empregado. Também poderão ser utilizados outros medicamentos adjuvantes, em conjunto com os antidepressivos, como antipsicóticos, estabilizadores do humor, psicoestimulantes, hormônios tireoidianos, ou ainda pode ser empregada a eletroconvulsoterapia.

1.1.8 E QUANDO É PRECISO INTERNAR O PACIENTE DEPRESSIVO?

ATENÇÃO
DECORE!



A **internação** de pacientes para o tratamento de quadros depressivos é uma medida adotada apenas em **casos extremos**, que envolvem um **risco iminente de suicídio**, agressividade acentuada, situações que geralmente se associam a **sintomas psicóticos**. A prioridade é sempre tratar o paciente ambulatorialmente.

1.2 DISTIMIA

Distimia ou transtorno depressivo persistente é **um transtorno que afeta o humor do indivíduo de maneira crônica**, com duração superior a dois anos, com sintomatologia leve, sem que o paciente permaneça por dois meses assintomático durante o seu curso. Sua prevalência é de aproximadamente 1% a 5% da população geral, sendo mais comum no sexo feminino.

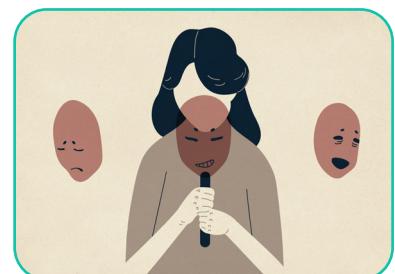


1.2.1 TRATAMENTO DA DISTIMIA

O tratamento da Distimia tem como base o uso de **antidepressivos com doses terapêuticas**.

1.3 TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR

Refere-se ao transtorno do humor em que **pacientes normalmente apresentam períodos de depressão e períodos de mania**.



Fonte: Shutterstock.

ESCLARECENDO!



Os pacientes bipolares normalmente apresentam episódios de mania e de depressão, mas, para o diagnóstico do tipo I, não é preciso o diagnóstico de depressão, apesar de ser um achado muito comum.

1.3.1 CONCEITO DE MANIA

- **Mania** é um estado de **humor eufórico** (ou irritado), diagnosticado quando o paciente apresenta, além do humor eufórico, ao menos **3 sintomas típicos, que superam 7 dias consecutivos de duração, com intensidade alta**.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS



Sintomas psicóticos, como delírios e alucinações, são manifestações graves que ocorrem **apenas em pacientes maníacos**.

Dica: sintomas psicóticos na bipolaridade = mania.

- **Hipomania** é uma “mania branda”, pois os **sintomas são de intensidade moderada**. Além do humor eufórico, são necessários pelo menos **3 sintomas, que devem ocorrer ao menos por 4 dias consecutivos**.

Sintomas de um episódio Hipo/Maníaco

1 – Sensação de grandeza

2 - Redução da necessidade do sono

3 - Mais falante que o comum

4 - Fuga de ideias

5 - Distração

6 - Aumento da energia

7 - Envolvimento em atividades potencialmente perigosas

1.3.2 DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR

O diagnóstico da Bipolaridade pode ocorrer de duas formas:

- **Transtorno Bipolar tipo 1 = Mania**

Frequentemente há também história de episódio depressivo. Contudo, a presença prévia ou posterior de depressão não é necessária para esse diagnóstico.

- **Transtorno Bipolar tipo 2 = Depressão + Hipomania**

Diagnóstico de depressão e diagnóstico de hipomania, independentemente da ordem dos acontecimentos. O paciente nunca apresentou um episódio maníaco, caso contrário o diagnóstico a ser assinalado muda para tipo I.

- **Estado Misto**

Ocorre quando sintomas de depressão e de hipomania ou mania estão combinados, durante uma mesma apresentação.

ATENÇÃO
DECORE!



Os quadros depressivos do transtorno bipolar são geralmente idênticos aos quadros da Depressão unipolar. É a presença de um episódio maníaco ou hipomaníaco, ao longo da vida, que define o diagnóstico como Transtorno Bipolar.

Sinais indicativos de Bipolaridade

Depressão de início precoce

Sintomas psicóticos

Múltiplos episódios depressivos

Episódios depressivos de início agudo e curta duração

Início dos sintomas no pós-parto

Piora dos sintomas com uso de antidepressivos

Melhora temporária com uso de antidepressivos

História familiar de bipolaridade

Sintomas proeminentes de irritabilidade e agressividade

1.3.3 EPIDEMIOLOGIA E CURSO

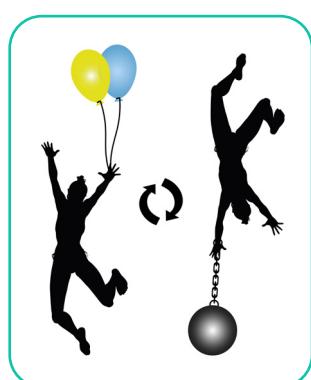
Assim como na maioria dos Transtornos do Humor, o Transtorno Bipolar é mais comum no **sexo feminino** e sua prevalência atinge cerca de 2% a 4% da população geral. O Transtorno Bipolar frequentemente inicia no final da adolescência ou início da vida adulta, com uma média de idade do início dos sintomas perto dos 25 anos.

1.3.4 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO TRANSTORNO BIPOLAR

Estabilizadores do humor, como **Lítio** e **Ácido Valproico** e o antipsicótico atípico **Quetiapina** são **opções de primeira linha**, tanto para a fase aguda (depressiva, maníaca ou mista) quanto para o período de manutenção. Carbamazepina e Lamotrigina, assim como outros antipsicóticos atípicos, são opções de segunda linha.

Antidepressivos não são indicados para o tratamento dos pacientes bipolares em nenhuma das fases da doença. Mesmo em episódios depressivos do transtorno bipolar, essas medicações devem ser evitadas, devido ao risco potencial de precipitarem sintomas de mania, quadro conhecido como “virada maníaca”, ou, ainda, podem causar um quadro misto.

1.4 TRANSTORNO CICLOTÍMICO OU CICLOTIMIA



Fonte: Shutterstock.

Ciclotimia é um Transtorno do Humor de **curso crônico**, com **duração superior a dois anos** e com **características distribuídas entre sintomas depressivos leves e sintomas hipomaníacos brandos**. Não há gravidade suficiente para classificar como depressão ou bipolaridade. A prevalência da ciclotimia é de 3% a 5% da população e também é maior em pacientes do sexo feminino. Estabilizadores do humor são os medicamentos considerados como primeira linha para os indivíduos ciclotímicos.

1.5 SUICÍDIO

Todos os anos, cerca de 800 mil pessoas ao redor do mundo cometem suicídio, sendo que **80% em países de baixa e média renda**, como o Brasil. Além disso, o suicídio é a segunda maior causa de morte na população jovem. **Transtornos psiquiátricos são intimamente relacionados ao suicídio**, especialmente os do humor. Acredita-se que mais de 90% dos pacientes que se suicidaram possuíam um transtorno psiquiátrico.



Fonte: Shutterstock.

1.5.1 ABORDAGEM AO PACIENTE EM CRISE SUICIDA

É fundamental **compreender motivações** para a tentativa de suicídio (ideação, planejamento, impulsividade). Avalie se tais motivações persistem, levando em conta a gravidade da tentativa atual, presença de suporte familiar e acesso à saúde.

Explique para o paciente que ele não quer morrer, mas sim acabar com sua dor, e que você poderá ajudá-lo. Crie uma aliança terapêutica!

É necessário **considerar o sentimento do paciente em relação a sua tentativa**, como por exemplo: **estar arrependido**, o que indica que as chances de uma nova tentativa são menores, ou **estar com raiva e frustrado**, o que confere um risco elevado de uma nova tentativa em breve. **Sempre que possível, o tratamento ambulatorial será desejável**, especialmente para os pacientes que possuírem um bom suporte familiar e demonstrarem “alívio por ter sobrevivido”. Se, após a tentativa, o sentimento predominante for raiva ou frustração e o paciente não contar com um bom suporte familiar, uma internação psiquiátrica deve ser considerada.



São considerados fatores determinantes para internação: a presença de sintomas psicóticos e alto grau de desesperança.

1.6 SÍNDROME DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL OU BURNOUT



Fonte: Shutterstock.

O **Burnout** é descrito pela ainda não vigente CID-11 como uma síndrome ocupacional, resultante do **contínuo estresse no local de trabalho, que não foi gerenciado com sucesso**, e caracteriza-se por:

- Sentimentos de esgotamento emocional ou esgotamento de energia;
- Aumento da distância mental do emprego, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados com o trabalho de alguém;
- Redução da eficácia profissional.

Ainda de acordo com a CID-11, para que ocorra o diagnóstico de *Burnout*, os sintomas e o prejuízo funcional devem ser restritos ao contexto ocupacional.

1.6.1 TRATAMENTO DO BURNOUT

Ofertas de treinamentos e capacitações aos empregados, adoção de espaços de descanso e lazer, intervalos adequados, adoção de práticas de terapias ocupacionais, atividades físicas, sono de qualidade e alimentação saudável são muito úteis para se prevenir o Burnout.



1.7 LUTO



Fonte: Shutterstock.

O Luto refere-se à experiência que um indivíduo vivencia em reação a uma perda, mesmo que não seja à morte propriamente dita, pode ocorrer em uma separação conjugal, ou um divórcio, ou na perda de um emprego após muitos anos de trabalho, por exemplo. Definir o **Luto “normal”** é muito difícil, pois **não se trata de uma patologia**, mas sim de parte indissociável da existência humana. Por isso, **não é catalogado na CID-10 nem no DSM-5**.

1.7.1 MAS, QUANDO O LUTO VIRA UMA DOENÇA?

Não há consenso na literatura quanto à duração do luto normal, mas boa parte dos autores considera que dure até 12 meses.



No **Luto**, os sentimentos predominantes são os de “**vazio**” e **perda**, e o paciente costuma vivenciar dias bons e dias ruins. O humor é reativo a bons acontecimentos e a autoestima do paciente é relativamente preservada. Por sua vez, na **Depressão**, o **humor deprimido** não tem uma causa bem definida, geralmente está associado à baixa autoestima e pouca reatividade do humor.

1.7.2 FASES DO LUTO

Muito cobrada em provas, a classificação conhecida como “as Fases do Luto (ou da Morte)” é uma teoria desenvolvida pela psiquiatra suíça Elisabeth Kubler-Ross. Essa classificação compreende 5 fases, não necessariamente sequenciais, inclusive, podendo haver a presença de mais de uma fase ao mesmo tempo:



- 1 - Negação - o paciente nega a existência de um problema e recusa-se a falar sobre o tema;
- 2 - Raiva - o paciente sente-se injustiçado, tem raiva do mundo;
- 3 - Barganha - nessa fase, o doente tenta “negociar” com Deus, faz promessas caso seja curado;
- 4 - Depressão - sente-se entristecido e impotente;
- 5 - Aceitação - por fim, o paciente aceita seu destino e não nega sua realidade.

Preparei uma lista exclusiva de questões com os temas dessa aula!

Acesse nosso banco de questões e resolva uma lista elaborada por mim, pensada para a sua aprovação. Lembrando que você pode estudar online ou imprimir as listas sempre que quiser.



Resolva questões pelo computador

Copie o link abaixo e cole no seu navegador para acessar o site

<https://bit.ly/3rURFiD>

Resolva questões pelo app

Aponte a câmera do seu celular para o QR Code abaixo e acesse o app



Baixe o app Estratégia MED

Aponte a câmera do seu celular para o QR Code ou busque na sua loja de apps.

Baixe na Google Play



Baixe na App Store



CAPÍTULO

3.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 2002;1(3):181-5.
2. CLASSIFICAÇÃO DE TRASTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTOS DA CID- 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
3. Cheniaux E. Psicopatologia: questões gerais. In: Cheniaux E. Manual de Psicopatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015. p. 1-3.
4. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and allcause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry*. 2005;162(10):1805-19.
5. Crise suicida: avaliação e manejo [recurso eletrônico] / Neury José Botega. – Porto Alegre: Artmed, 2015. e-PUB.
6. Dalgalarrondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2019.
7. Depressão: teoria e clínica / Organizadores, João Quevedo, Antonio Egidio Nardi, Antônio Geraldo da Silva. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019
8. Gaynes BN, Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Spencer D, Fava M. The STAR*D study: treating depression in the real world. *Cleve Clin J Med*. 2008;75(1):57-66.
9. Kaplan, Sadock BJ, Sadock VA et al. Contribuições das ciências socioculturais. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e Psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017. p. 139-45.
10. Kennedy S, Lam RW, McIntyre RS et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments CANMAT 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive
11. Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression / Frederick K. Goodwin, Kay Redfield Jamison; with Nassir Ghaemi [et al.]. — 2nd ed.
12. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [et al.]. — 5. ed. — Dados eletrônicos. — Porto Alegre: Artmed, 2014.
13. Psiquiatria: estudos fundamentais / Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
14. Transtorno bipolar: teoria e clínica [recurso eletrônico] / Organizadores, Flávio Kapczinski, João Quevedo. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2016. e-PUB.
15. The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry/ David M. Taylor, Thomas R. E. Barnes, Allan H. Young, 13h edition | Hoboken, NJ: Wiley, 2019
16. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments CANMAT and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018; 20(2):97-170.

CAPÍTULO

4.0 CONCLUSÕES FINAIS

Chegamos ao fim deste resumo, Estrategista.

Espero que os tópicos tenham ficados claros e que te ajudem na hora da prova.

O conteúdo completo você encontra no nosso Livro digital, além de centenas de questões respondidas no nosso banco de questões!

Pode contar comigo!

Professor Thales.



Conquiste sua vaga com os
produtos do Estratégia MED

Quer ser aprovado? Comece por aqui:

med.estategia.com