

TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA NA GESTAÇÃO

Infecção materna

Infecção fetal

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Toxoplasma gondii

Apresentação clínica
variável: oculares,
neurológicas,
sistêmicas, óbito
fetal/neonatal

Complicações
graves quando
adquirida no período
gestacional

4 a 10 casos / 10.000
nascidos vivos

Resultado da transferência transplacentária do *Toxoplasma gondii* para o concepto

Decorrente da infecção primária da mãe durante a gestação

Reagudização em mães imunodeprimidas

INTRODUÇÃO

TRANSMISSÃO E GRAVIDADE

14% no primeiro trimestre, 60% no terceiro trimestre

Gravidade tende a ser maior nas infecções adquiridas no início da gestação

Taxa de transmissão:

- Mães tratadas: 25 a 30%
- Mães não tratadas: 50 a 60%

Necessidade de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce

01

Indicado para todas as gestantes suscetíveis (antes da gestação: IgG negativo ou desconhecido)

02

IgG e IgM devem ser solicitados no primeiro trimestre (1ª consulta pré-natal) e no 3º trimestre

03

Opinião pessoal: eu pediria também no 2º trimestre

RASTREAMENTO

Oocisto: fezes de gatos

Taquizoítos: fase aguda da doença

Bradzoítos: cistos teciduais

50% das infecções: ingestão de cistos presentes em carnes contaminadas

TRANSMISSÃO E PREVENÇÃO

TRANSMISSÃO E PREVENÇÃO

- ▶ Principal forma de prevenção: cozimento adequado dos alimentos e evitar contaminação cruzada
- ▶ Ingestão de oocistos presentes em frutas e verduras, solos ou água contaminada com fezes de gatos
- ▶ Ter um gato em casa não necessariamente acrescenta um risco de contrair toxoplasmose
 - ▶ não alimentá-los com carne crua ou mal cozida (utilizar ração preferencialmente), remoção adequada das fezes, impedi-los de caçar

- ✓ Higienizar corretamente as mãos antes das refeições ou após manusear lixo, ter contato com animais, manipular alimentos. Orientar utilizar luvas ao manipular carnes cruas.
- Evitar manusear terra ou solo e, caso necessário, utilizar luvas e higienizar as mãos após a atividade.
- Consumir apenas água filtrada ou fervida. Manter os reservatórios de água bem fechados.
- Higienizar frutas, legumes e verduras em água correntes antes do consumo, conforme as seguintes instruções:
 - selecionar os alimentos, retirando partes deterioradas e/ou sem condições adequadas;
 - lavar os alimentos, um a um, em água potável corrente;
 - desinfetar por meio da imersão em solução clorada por 10 minutos: diluir 1 colher de sopa de água sanitária em 1 litro de água;
 - lavar os alimentos novamente, um a um, em água potável corrente;
 - manter sob refrigeração até a hora do consumo.

Congelar a carne antes do consumo. O tempo mínimo de congelamento e a temperatura ideal ainda são controversos. O Ministério da Saúde e o [Centro Estadual de Vigilância em Saúde](#) (CEVS) recomendam que a carne seja congelada a pelo menos 15° negativos, por no mínimo 3 dias, em freezer doméstico. No entanto, a recomendação mais conservadora sugere que a carne seja congelada em freezer doméstico a pelo menos 18° negativos, por no mínimo 7 dias. O congelador da geladeira não atinge essas temperaturas, somente o freezer.

- Higienizar tábuas de corte, facas, balcões e pia após a preparação dos alimentos.
- Evitar contaminação cruzada de alimentos crus com alimentos cozidos.
- Não consumir carnes cruas, mal cozidas ou malpassadas e não provar a carne crua durante seu preparo. Cozinhar a carne a pelo menos 67° C (ao ponto para bem passada).
- Evitar ingerir carnes defumadas ou curadas em salmoura (embutidos – salame, copa, linguiça).
- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra.

- ✓ Controlar vetores e pragas (ratos, moscas, baratas e formigas), descartando corretamente o lixo doméstico e os dejetos de animais.
- Evitar o contato com cães que andam soltos – os cães também podem transmitir a doença ao sujar o pelo no solo onde haja fezes de gato.

Convívio com gatos

- Alimentar gatos com ração, não deixando que façam ingestão de caça ou carne crua.
- Evitar que a gestante troque a caixa de areia de gatos domésticos. Caso não seja possível, ela deve limpar e trocar a caixa diariamente, utilizando luvas e pá, além de colocá-la ao sol com frequência.
- Evitar o contato com fezes de gato no lixo ou no solo e, se houver contato, higienizar corretamente as mãos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018)

Gestante: usualmente
assintomática

Quando presentes,
sintomas inespecíficos:
febre (2-3 dias) calafrios,
sudorese, mialgia,
linfonomegalia, rash,
hepatoesplenomegalia

MANIFESTAÇÕES CLINICAS

Manifestação “específica”
mais comum –
linfonodmegalia cervical –
apenas 20-30%

Coriorretinite – uveíte – mais
comum na reativação

MANIFESTAÇÕES CLINICAS DA TOXOPLASMOSE AGUDA (NA GESTANTE)

Neurológicas: encefalite, convulsões, micro ou macrocefalia, hipotonia, paralisia de nervos cranianos, alterações psicomotoras, déficit intelectual

Ocular: coriorretinite

Sitêmicas: hepatoesplenomegalia, ascite, pericardite, deficiências hormonais, perda auditiva

APRESENTAÇÃO CLÍNICA NO RECÉM NASCIDO

Calcificação e dilatação ventricular, geralmente bilateral e simétrica

Hidrocefalia

Ascite

Alterações de ecotextura esplênica e hepática

ACHADOS ULTRASSONOGRAFÍCOS QUE SUGEREM INFECÇÃO FETAL

- ▶ Não há dados seguros sobre tempoadequado para gestar após infecção aguda por toxoplasmose
- ▶ Improvável que mulheres transmitam infecção para o feto após 3 meses da infecção aguda
- ▶ Porém recomenda-se 6 meses
- ▶ Tranmissão transplacentária é rara em reativação: HIV com imunossupressão grave

GESTAÇÃO APÓS INFECÇÃO INFECÇÃO AGUDA POR TOXOPLASMOSE



Laboratorial, sintomas são inespecíficos

IgG e IgM

IgM pode permanecer positivo por anos,
necessidade de conhecimento de
sorologias prévias

Coleta precoce para teste de ávidos do
IgG ter valor diagnóstico

DIAGNÓSTICO NA GESTANTE

IgG	IgM	Interpretação
Reagente	Não reagente	Gestante com infecção prévia ou toxoplasmose crônica Não tratar
Reagente	Reagente	Gestante pode ter infecção recente - Confirmar com teste de avidéz de IgG
Não reagente	Reagente	Gestante pode estar em soroconversão com infecção recente ou toxoplasmose aguda Tratar
Não reagente	Não reagente	Gestante suscetível (nunca foi infectada)
		Reforçar orientação de profilaxia

HCRP

3.3 INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS LABORATORIAIS

(adaptado de FEBRASGO, 2011)

- Interpretação 1: IgG e IgM negativas:
SUSCETIBILIDADE → orientar prevenção primária e realizar seguimento sorológico trimestral.

Soroconversão impõe tratamento.

- Interpretação 2: IgG positiva e IgM negativa:
IMUNIDADE (infecção progressa).
- Interpretação 3: IgG negativa e IgM positiva:
PROVÁVEL INFECÇÃO RECENTE, repetir sorologia em 21 dias → se resultar igual, sem relevância clínica. **Se ambas positivas → soroconversão.**
- Interpretação 4: IgG e IgM positivas: PROVÁVEL INFECÇÃO AGUDA. **Afastar IgM residual solicitando teste de avides para anticorpos IgG:**
Avides fraca ou intermediária: DOENÇA RECENTE, iniciar o tratamento e encaminhar para referência de gestação alto risco.
Avides forte: Idade Gestacional (IG) > 16 semanas → INFECÇÃO RECENTE.
Idade Gestacional (IG) ≤ 16 semanas → DOENÇA

ANTIGA.

INTERPRETAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

OBSERVAÇÃO:

- Do ponto de vista da atenção ao recém nascido, é importante a realização do teste de avidéz mesmo após a 16ª semana, considerando que quando o exame é colhido após 16 semanas de gestação, um índice elevado de avidéz indica apenas que a infecção foi adquirida no mínimo 3 a 4 meses antes. Nessa situação, as únicas conclusões possíveis são que o risco de transmissão vertical pode ser mais baixo e a chance de dano ao feto, mais elevada (BRASIL, 2013).

- Nos casos com sorologias indeterminadas e/ou teste de avidéz intermediário deverão fazer nova coleta em 03 semanas para elucidação diagnóstica.

3.4 DEFINIÇÃO DE CASO DE TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA NA GESTAÇÃO

(adaptado de BRASIL, 2013)

- **Infecção aguda materna comprovada (CASO CONFIRMADO)**
Soroconversão durante o período gestacional
Detecção do DNA do toxoplasma em líquido amniótico por PCR
- **Infecção aguda materna provável (SUSPEITA)**
IgM e IgG reagentes, baixo índice de avides (em qualquer IG)
Aumento progressivo dos títulos de IgM e IgG
IgM reagente com história clínica sugestiva de doença aguda
- **Infecção materna possível**
IgM e IgG reagentes com avides alta ou indeterminada (> 16 sem IG)
IgM e IgG reagentes, em qualquer IG, sem teste de avides
- **Infecção materna improvável**
IgG reagente e IgM reagente ou não com avides alta (< 16 sem IG)
- **Infecção materna adquirida na gestação ausente (CASO DESCARTADO)**
IgG e IgM não reagentes durante toda a gestação/ parto (susceptível)
IgG reagente antes da gravidez (exceto em imunodeficientes)
IgM reagente, sem aparecimento de IgG (falso positivo)

Assim que confirmado o diagnóstico: iniciar espiramicina 500mg ou 1.500.000 UI – 2 comprimidos 8/8h até a 16ª semana de gestação (infecção placentária)

Investigar se há infecção fetal: pesquisa do parasita (PCR) no líquido amniótico

A partir da 16ª semana substituir espiramicina por SPAF (sulfadiazina, pirimetamina, ácido folínico) – parasiticida

A partir da 34ª semana – alternar novamente, suspendendo a sulfadiazina

CONDUTA DURANTE A GESTAÇÃO

QUADRO I: Esquema terapêutico para toxoplasmose aguda na gestação, quando não há possibilidade de confirmar infecção fetal no líquido amniótico, por meio do PCR em tempo real.

IDADE GESTACIONAL	MEDICAMENTO	POSOLOGIA
Até 16ª semana	Espiramicina	3 gramas / dia (6 comp de 500 mg ou 1.500.000UI) 2 cp via oral de 8/8h.
Entre 17ª e 33ª semana	Sulfadiazina	4 gramas / dia (08 cp de 500 mg) 2 cp via oral de 6/6h
	Pirimetamina	Dose de ataque: 2 cp via oral de 12/12h, nos dois primeiros dias (100 mg ao dia). Dose de manutenção: 2 cp via oral 24/24h , a partir do 3º dia.
	Ácido Fólnico	1 comprimido(15 mg) via oral ao dia.
A partir da 34ª semana	Espiramicina	3 gramas/ dia (6 comp de 500 mg ou 1.500.000 UI) 2 cp via oral de 8/8h

Fonte: Adaptado de MITSUKA-BREGANÓ et al 2010; REMINGTON, 2006 e CURITIBA, 2012.

OBSERVAÇÕES:

- O Ácido Fólnico é associado à administração de Pirimetamina para a prevenção de mielotoxicidade, devendo ser mantido até uma semana após término do uso de Pirimetamina (FEBRASGO, 2011).
- Hemogramas seriados maternos devem ser realizados, 15 dias após o início do tratamento e mensalmente para monitorizar a toxicidade medular. Se alterado, solicitar retorno ao Ambulatório de Referência de Gestão de Alto Risco. (FEBRASGO, 2011)
- A pirimetamina é teratogênica e não deve ser utilizada no primeiro trimestre da gestação. (BRASIL, 2006)
- Nos casos de intolerância gastrointestinal efetiva ou alterações hematológicas, deverá ser realizado diagnóstico diferencial quanto à hiperemeses gravídica para descartar ou confirmar a possibilidade de reação adversa do medicamento. Na impossibilidade de uso de sulfadiazina e pirimetamina, deve-se fazer uso contínuo de espiramicina ou considerar esquemas terapêuticos alternativos a critério médico. (CURITIBA, 2004; MITSUKA-BREGANÓ et al 2010)



ESQUEMAS DE TRATAMENTO DE TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

Espiramicina 500 mg (1500000 UI) 2 cp de 8/8h

Não cruza a barreira placentária. Tem objetivo de reduzir o risco de infecção fetal.

Se não houver confirmação de infecção fetal* deve-se manter este esquema até o final da gestação.

Sulfadiazina 500 mg 3 cp 12/12h +
Pirimetamina 25 mg 1 cp de 12/12h
+ Ácido fólico 10 mg 1cp/dia.

Atenção: ácido fólico não deve substituir ácido fólico.

Cruza a barreira placentária, está indicado para infecção congênita confirmada (alterações ecográficas suspeitas ou PCR em líquido amniótico positivo) ou alta probabilidade de infecção congênita (diagnóstico com 30 semanas ou mais).

Deve ser usado por 21 dias sendo intercalado com outro período de 21 dias de Espiramicina (500 mg, 2 cp de 8 em 8 horas), a fim de reduzir o risco de anemia megaloblástica.

Não deve ser administrado antes de 18 semanas de gestação pelo risco de teratogenicidade.

*confirmação de infecção fetal pode ser considerada por alterações ultrassonográficas características ou PCR em líquido amniótico positivo.

DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO FETAL

Definir diagnóstico materno

• Mãe com doença aguda:

- Soro conversão na gestação IgM e IgG não

reagentes e posteriormente reagentes

- IgM reagente e IgG não reagente e após ambos

reagentes

- IgM e IgG reagentes com avidéz fraca ou

indeterminada em qualquer momento da gestação.

• Mãe com doença duvidosa (suspeita):

- IgM e IgG reagentes, sem realização de avidéz

ou com avidéz forte realizada após 17 semanas de

gestação.

4.2.2 Investigação complementar em filho de mãe

com toxoplasmose aguda

(adaptado de REMINGTON, 2011; Mãe Curitiba, 2012)

- Sorologia para toxoplasmose (IgG, IgM);
- Hemograma com plaquetas: avaliar anemia, plaquetopenia ou eosinofilia;
- Perfil hepático (TGO e TGP; se alterados, solicitar-GT, fosfatase alcalina e bilirrubinas);
- Nos casos confirmados (IgM + no RN ou algum outro exame alterado): coletar LCR (citobioquímico);
- USG crânio (transfontanelar), se alterada TC crânio;
- Exame oftalmológico (fundoscopia): idealmente na 1ª semana de vida, antes de iniciar o tratamento.
- Teste da Orelhinha (exame de emissão otoacústica evocada)

4.2.3 INVESTIGAÇÃO COMPLEMENTAR EM FILHO DE MÃE COM TOXOPLASMOSE DUVIDOSA (SUSPEITA)

- Sorologia para toxoplasmose (IgG, IgM)

Se IgG > 200 Solicitar: USG crânio e fundo de olho

-Se IgG ≤ 200 Não é necessário completar

investigação

- Hemograma com plaquetas;

- Perfil hepático (TGO, TGP e GT);

- Nos casos confirmados (IgM + ou algum outro

exame alterado): coletar LCR (citobioquímico);

- Iniciar tratamento com esquema triplice (SPAF)

somente se houver alterações nos exames

complementares

PCR líquido amniótico

Exames clínico,
neuroológico,
oftalmológico, imagem
de SNC, hematológicos
e função hepática

IgM ou IgA – não
atravessam barreira
placentária

DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO FETAL

IgG-a resposta aparece com uma a duas semanas, pico com um a dois meses após a infecção e persiste por toda vida

IgM-aparece com duas semanas, pico em um mês e declina para ficar indetectável em seis a nove meses; não atravessa a placenta e pode haver contaminação com sangue materno portanto repetir em poucos dias o IgM, IgE e IgA.

IgA- cai rapidamente, em torno de sete meses. Pode ter maior sensibilidade para neonatos que o IgM.

DIAGNÓSTICO NA CRIANÇA

TRATAMENTO DA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

- ▶ Inicia na fase antenatal, quando infecção do feto é confirmada ou altamente suspeita
- ▶ Após o nascimento: iniciar imediatamente (infecção comprovada, provável ou suspeita)
- ▶ SPAF, 12 meses
- ▶ Coriorretinite ou hiperproteinorraquia ($>1.000\text{mg}$): prednisona ou prednisolona

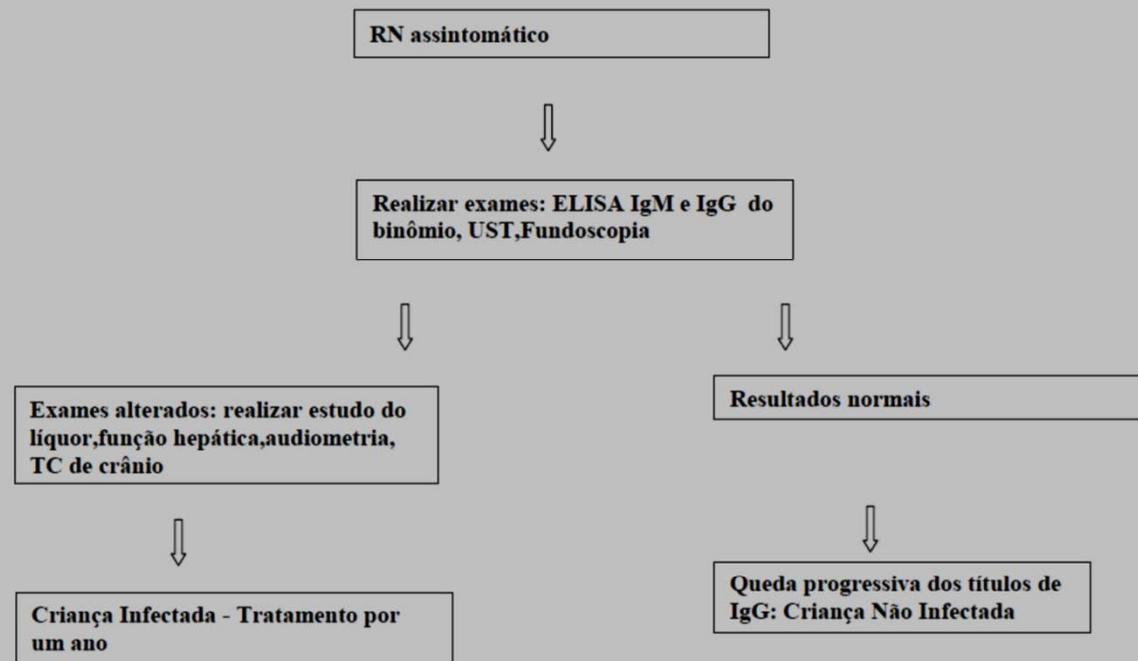
QUADRO II: Esquema terapêutico para Toxoplasmose Congênita durante o primeiro ano de vida.

MEDICAMENTO	POSOLOGIA
Sulfadiazina (cp 500 mg)	100 mg/kg/dia via oral de 12/12h, durante 01 ano Recomenda-se observar cuidadosamente a icterícia clínica e, se necessário, monitorar os níveis de bilirrubina.
Pirimetamina (cp 25 mg)	Dose de ataque: 2 mg/kg/dia via oral de 12/12h durante 2 dias Dose de manutenção: 1 mg/kg/dia via oral de 24/24h, durante 2 meses (ou até seis meses, dependendo da intensidade do acometimento). A seguir, 1mg/kg via oral de 24/24h, três vezes por semana (2ª, 4ª e 6ª feiras) até completar 01 ano
Ácido Fólico ¹ (cp 15 mg)	10 mg via oral de 24/24h, três vezes por semana (2ª, 4ª e 6ª feiras) até completar 01 ano Na ocorrência de efeitos colaterais: <ul style="list-style-type: none"> • Se < 1000 neutrófilos/mm³ e/ou Hb < 10 e/ou plaquetas < 150.000 aumentar a dose para 15 mg diários (até 20 mg/dia). • Se < 500 neutrófilos/mm³ e/ou Hb < 8,0 e/ou plaquetas < 50.000 suspender a pirimetamina, sulfadiazina e iniciar espiramicina até a recuperação medular. Manter esta medicação por mais uma semana após interrupção do uso da pirimetamina. O ácido fólico não deve ser utilizado em substituição ao ácido fólico.
Espiramicina ² (cp 500 mg ou cp 1.500.000 UI)	100 mg/kg/dia via oral de 12/12h.
Prednisona (cp 5 mg ou 20 mg) OU Prednisolona (cp 20 mg ou 3 mg/ml)	1mg/kg/dia via oral 12/12h, se houver retinocoroidite em atividade e/ou se proteinorraquia > ou = 1.000mg/dl Realizar retirada gradual, após estabilização do processo inflamatório. Utilizar sempre em associação com sulfadiazina e pirimetamina.

NOTA:1. Ácido Fólico é associado ao tratamento para prevenir e tratar a toxicidade medular da pirimetamina.

2. Espiramicina é recomendada para criança com toxicidade medular grave (até a normalização laboratorial). (REMINGTON et al, apud MITSUKA-BREGANÓ et al, 2010)
3. Recomenda-se a realização semanal de exames hematológicos durante o primeiro mês de tratamento. Havendo a estabilização da contagem de neutrófilos periféricos, a avaliação hematológica pode ser espaçada a cada duas semanas, durante um mês e, a seguir, mantida mensalmente até o final do tratamento. A periodicidade dos exames deve ser reavaliada a cada nova consulta, de acordo com exames laboratoriais.

**FLUXOGRAMA DE CONDUTA COM RN DE MÃE COM TOXOPLASMOSE
SUSPEITA OU CONFIRMADA**



TRATAMENTO:

.Sulfadiazina - 100mg/kg/dia, v.o. de 12/12horas.

Pirimetamina -2mg/kg/dia via oral por dois dias, cada 12 horas e posteriormente 1 mg/kg/dia, dose única diária

Acido folínico - para combater a ação anti-fólíca da pirimetamina, com supressão medular, preconiza-se 5 a 10mg três vezes na semana. Manter por uma semana após a retirada da pirimetamina.

A sulfadiazina e a pirimetamina associadas ao acido folínico são usados por seis meses sob monitoração hematológica semanal e depois mensal.

No segundo período (últimos seis meses) a sulfadiazina é usada diariamente, a pirimetamina em dias alternados (três vezes na semana); se ocorrer neutropenia aumenta-se o acido folínico para 10mg diariamente e em situações graves com leucócitos menor que 500/mm³ interrompe-se a pirimetamina

Quando há comprometimento do SNC (proteína > 1g/dl) e/ou ocular, associa-se ao tratamento a Prednisona: 0,5mg/kg/dose a cada 12 horas, via oral por quatro semanas.

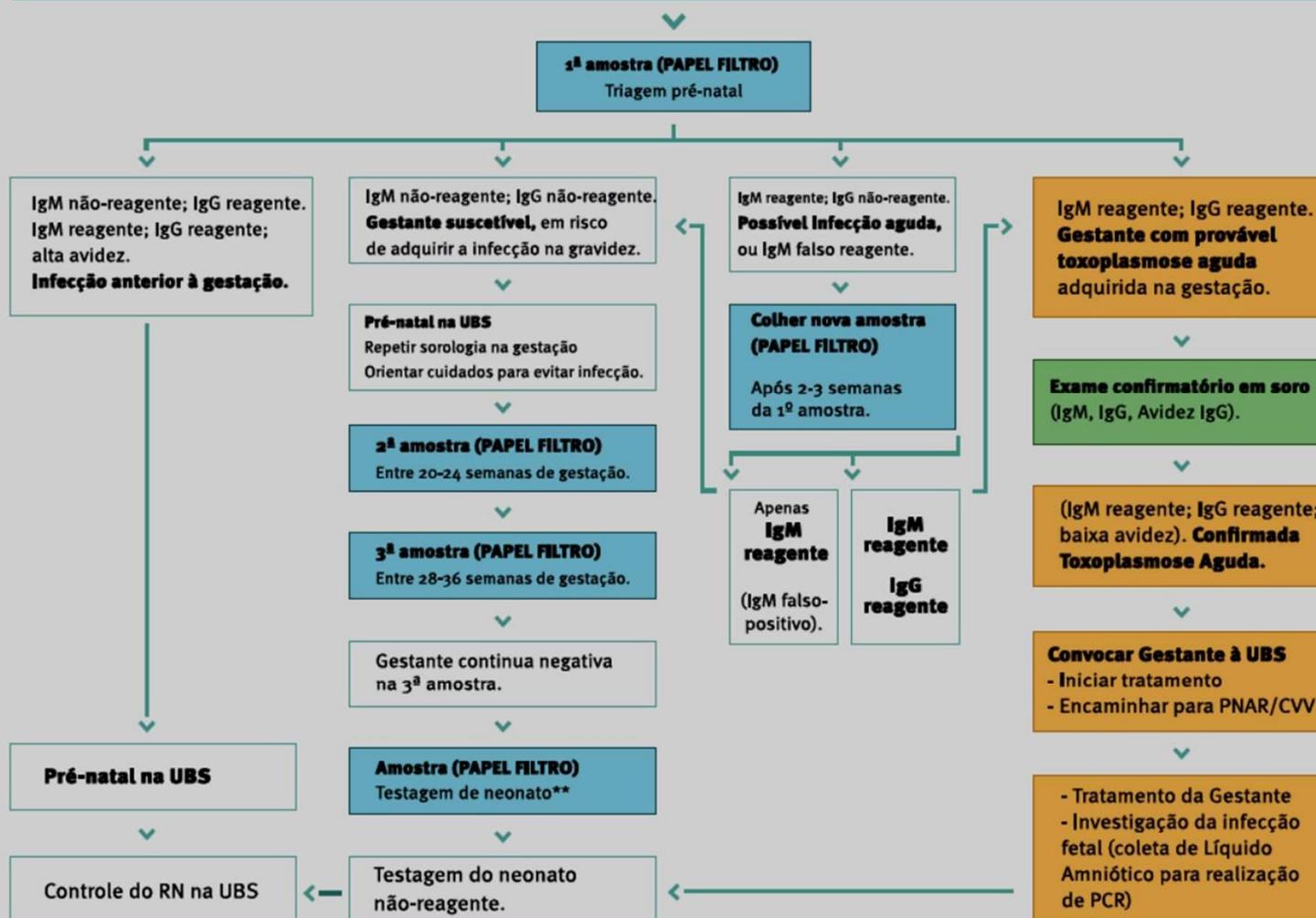
Crianças com HIV e infecção congênita por toxoplasmose ao término do primeiro ano de tratamento, devem fazer uso profilático de pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico por tempo indeterminado.

- ▶ Embora maioria das crianças seja assintomática ao nascimento, se não for tratada

PROGNÓSTICO

Triagem da gestante para Toxoplasmose durante o Pré-natal

Primeira visita da gestante na UBS - o mais rápido possível, preferencialmente até 12 semanas de gestação*



LEGENDA:

● GRUPO DE RISCO

● AMOSTRAS DE PAPEL FILTRO

● AMOSTRAS DE SORO

UBS: Unidade Básica de Saúde

RN: Recém Nascido

CVV: Centro Viva Vida

PNAR: Pré-Natal de Alto Risco

* O início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação é fundamental para adequada prevenção da toxoplasmose congênita.

** A coleta dessa amostra nos RN tem por objetivo investigar as infecções ocorridas nas últimas semanas de gestação e/ou investigar infecção congênita. Utilizará a amostra colhida para a triagem neonatal dos RN cujas mães tiveram diagnóstico inconclusivo ou confirmado para toxoplasmose.

DÚVIDAS?

Ligue gratuitamente para:

Call Center NUPAD
0800 722 6500

(chamada de telefone fixo, em horário comercial)

Mães de Minas
155

A toxoplasmose é comum, tem tratamento para a gestante e para a criança com infecção congênita.

A toxoplasmose é uma parasitose comum no Brasil. Quando a infecção acomete a gestante pode haver transmissão para o feto e graves consequências para o seu desenvolvimento. Cuidados de higiene e, principalmente, cuidados no uso de alimentos bem cozidos e limpos contribuem para diminuir o risco da gestante adquirir a infecção. Quando a infecção ocorre, ela pode ser tratada durante a gestação, evitando a infecção fetal ou reduzindo o comprometimento da criança. Se, apesar de todas essas medidas, a criança nasce com a infecção (infecção congênita), podemos tratá-la e reduzir a gravidade das manifestações da doença.

A infecção da gestante geralmente é inaparente e a realização da sorologia é fundamental para o diagnóstico precoce.

A toxoplasmose adquirida por um indivíduo com resposta imunológica adequada geralmente evolui sem manifestações clínicas e a infecção passa despercebida. Nesses casos, o diagnóstico só é possível pela realização de exames para identificação de anticorpos contra o parasito (testes sorológicos). Dentre esses anticorpos os mais frequentemente investigados são os da classe IgM e IgG. Após a infecção aguda, a presença do anticorpo IgM tem duração curta (meses ou poucos anos), enquanto o IgG permanece positivo por muitos anos, possivelmente por toda a vida.

A sorologia deve ser realizada precocemente, no primeiro trimestre da gestação.

Em países com elevada incidência da infecção, como o Brasil, recomenda-se realizar testes sorológicos de rotina para identificar a gestante em risco de adquirir a toxoplasmose aguda. O diagnóstico e tratamento precoces da grávida podem evitar a transmissão da infecção para o feto. A infecção fetal pode levar a grave comprometimento da criança com déficit visual, auditivo e neurológico. No Brasil, o comprometimento visual devido à toxoplasmose congênita costuma ser muito frequente e mais grave que em outros países. O diagnóstico e tratamento precoces também são muito importantes para diminuir as consequências da doença.



A criança com toxoplasmose congênita pode apresentar grave déficit visual e neurológico, beneficiando-se do tratamento precoce.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais em parceria com o Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina de UFMG (NUPAD) está disponibilizando os testes sorológicos para diagnóstico da toxoplasmose para todas as gestantes do estado. O sangue será colhido por punção digital, depositado em papel filtro, e enviado ao NUPAD para realização da pesquisa dos anticorpos IgM e IgG anti-toxoplasma. A coleta do sangue é rápida e gratuita. As gestantes não infectadas (testes sorológicos negativos) deverão ser orientadas, repetidamente, sobre como evitar a infecção. A equipe de saúde responsável pelo pré-natal da gestante que apresentar resultados positivos no teste de triagem será rapidamente informada. Se o tratamento for necessário, a medicação será disponibilizada pelas farmácias do Estado.

A prevenção é a melhor forma de controle da toxoplasmose congênita.

Cuidados para evitar adquirir a toxoplasmose:

- > Comer carne bem cozida
- > Comer frutas e verduras bem lavadas
- > Beber água tratada ou fervida
- > Beber leite fervido ou pasteurizado
- > Lavar as mãos após mexer com terra, areia ou carnes cruas (preferencialmente utilize luvas para essas atividades)
- > Proteger os alimentos de moscas e baratas
- > Evitar limpar fezes de gatos sem as luvas.



Para **mais informações**, consulte o **Manual de Triagem Pré-Natal** no site do NUPAD www.nupad.medicina.ufmg.br, ou **ligue** de um telefone fixo para o **Call Center NUPAD 0800 722 6500***

* Ligue gratuitamente. A linha está disponível para profissionais da saúde, nos dias úteis, de 8h às 17h, para tirar dúvidas e prestar esclarecimentos sobre o exame de toxoplasmose.

Entre em contato com o **Mães de Minas**. Disque **155** de qualquer telefone, depois tecla a **opção 2** para Secretaria de Saúde e depois a **opção 1** para **Mães de Minas**.

www.maesdeminas.com.br
www.saude.mg.gov.br

UFMG



NUPAD
FACULDADE DE MEDICINA
UFMG

mães
de minas

SUS

GOVERNO
DE MINAS
SAÚDE

Toxoplasmose: *Quem ama, lembra.*

GUIA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE: Programa de Controle da
Toxoplasmose Congênita.

 **Rodrigo Barbosa**
Infectologia - Clínica Geral

✉ contato@doutorrodigobarbosa.com.br
📞 www.doutorrodigobarbosa.com.br

✉ contato@infectologiabrasil.com.br
📞 www.infectologiabrasil.com.br

Home
 Infectologia
 Doenças
 Blog
 Dúvidas

InfectologiaBrasil.com.br
 Tudo que você precisa saber sobre Infectologia

Doenças Infectologia?

AIDS/ HIV	Caxumba	Dengue	Febre Amarela
Gripe/ Influenza	Hepatite	Infeção Hospitalar	DSTs
Meningite	Sarampo	Sepse	Tuberculose
Varicela	Zoonoses	Ver Mais ...	

Entre em contato e tire suas DUVIDAS!

Nome

E-mail

Telefone

Assunto

Mensagem

Enviar

O que é Infectologia!

DUVIDAS FREQUENTES

O Profissional Infectologista!

Este site foi disponibilizado pelo Doutor Rodrigo Barbosa

Visite seu site clicando **Aqui**

Home
 Infectologia
 Doenças
 Blog
 Dúvidas

InfectologiaBrasil.com.br
 Tudo que você precisa saber sobre Infectologia

Rodrigo Barbosa 2018 © Todos os Direitos Reservados