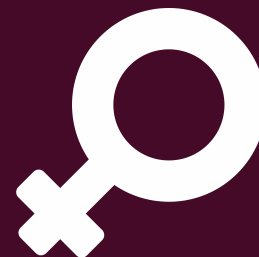


Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO



A toxoplasmose é uma doença parasitária encontrada principalmente nos países tropicais. Sua infecção não apresenta sintomas na grande maioria dos casos, porém está associada a grande morbidade durante a gestação.

FEBRASGO, 2017.



Objetivos dessa apresentação:

- Apresentar as consequências da infecção pela toxoplasmose durante a gestação;
- Apresentar um roteiro para seu diagnóstico e tratamento;
- Apresentar as estratégias para o manejo obstétrico.



Introdução

A toxoplasmose é uma protozoose causada pelo *Toxoplasma gondii*, protozoário que apresenta ciclo evolutivo com três formas principais, sendo todas elas dotadas de competência para realizar a infecção:

- Taquizoítos: causam lesão tecidual na infecção aguda, com multiplicação rápida;
- Bradizoítos: formam os cistos teciduais persistindo no hospedeiro por muitos anos;
- Esporozoítos: formas eliminadas nas fezes dos felinos.

O oocisto é a forma de resistência do parasito presente no meio ambiente, podendo ficar viável por períodos superiores a um ano no solo ou em fontes de água doce ou salinizada. Após a infecção aguda, o parasito persiste por toda a vida do hospedeiro sob a forma de cistos teciduais podendo ocasionar ou não repercussões clínicas em pessoas imunoincompetentes.



Introdução

- É uma **infecção muito comum**, mas a **manifestação clínica da doença é rara**.
- Sua distribuição geográfica é mundial, sendo uma das zoonoses mais difundidas.
- Quando acomete gestantes pode resultar em malformações, óbito perinatal ou em infecção perinatal com possibilidade de sequelas a curto, médio e longo prazo.

Transmissão

As principais vias de transmissão são: “oral” e “congenita”.

Em casos raros pode haver transmissão por inalação de aerossóis contaminados, pela inoculação acidental, transfusão sanguínea e transplante de órgãos.



Incidência

A Incidência de Toxoplasmose Congênita é muito variável.

- América do Norte: 1/ 10.000 nascidos vivos
- América Latina: 10/ 10.000 nascidos vivos
- Europa: 1 - 3 /10.000 nascidos vivos

Bischoff AR, Friedrich L, Cattan JM, Uberti FA., 2015.

Manifestações Clínicas

- A maioria dos casos de toxoplasmose é assintomática ou apresenta sintomas bastante inespecíficos, confundindo, principalmente, com sintomas comuns a outras doenças como dengue, citomegalovírus ou mononucleose infecciosa.
- Mesmo na ausência de sintomatologia, o diagnóstico da infecção na gravidez é extremamente importante, tendo como objetivo principal a prevenção da toxoplasmose congênita e suas sequelas.



Manifestações Clínicas

- Atentar para pessoas imunocomprometidas (imunossupressão ou imunodepressão), pois pode ocorrer recrudescimento ou reativação da infecção, em pessoas previamente infectadas;
- A situação de reativação da doença ou recrudescimento é mais comumente observada em pessoas que vivem com o HIV, doença de Hodgkin ou em uso de imunossupressores.



Rastreamento e Diagnóstico

- Embora não exista consenso sobre o real benefício do rastreamento universal para toxoplasmose na gravidez, o Ministério da Saúde recomenda a realização da triagem sorológica, principalmente em lugares onde a prevalência é elevada.
- Seu objetivo principal é a identificação de gestantes suscetíveis para acompanhamento durante a gestação.
- Idealmente, a sorologia para toxoplasmose deve ser conhecida em mulheres previamente à concepção.



Rastreamento e Diagnóstico

- O objetivo do rastreamento é a identificação de gestantes suscetíveis para acompanhamento durante a gestação. O acompanhamento visa prevenir infecções agudas e **a detecção precoce visa prevenir a transmissão fetal e tratamento do feto quando há transmissão intrauterina.**
- A sorologia deve ser solicitada na primeira consulta ou no primeiro trimestre.
- Os casos confirmados devem ser encaminhados ao pré-natal de alto risco.



Transmissão Fetal

- As evidências científicas sobre o tema reforçam a **necessidade de antecipação no início do tratamento à gestante com vistas a reduzir a toxoplasmose congênita**. Por isso se faz necessária a busca pelo diagnóstico de toxoplasmose no binômio.
- O risco de transmissão da toxoplasmose materna para o feto aumenta com a evolução da gestação, porém a gravidade do comprometimento do feto diminui na ordem inversa.
- Logo, **se a transmissão da doença ocorrer na primeira metade da gestação, as repercussões fetais serão mais graves**, ocasionando **abortamento e má formações fetais graves**.



Toxoplasmose GESTACIONAL: definição de caso

Caso Suspeito

- IgM positivo;
- História clínica compatível;
- USG com imagens compatíveis com Toxoplasmose congênita;
- Qualquer gestante identificada em situação de surto de Toxoplasmose

Caso Provável

- IgM e IgG positivo e avidéz de IgG baixa ou indeterminada;
- Aumento de titulação de IgG e IgM positivo;
- 1º sorologia, após 16 semanas de IG com IgM positivo e titulação de IgG acima de 300 UI/dl (atentar para a metodologia utilizada pelo laboratório)

Caso Confirmado

- Soroconversão de IgM e IgG na gestação;
- Detecção do Toxoplasma em líquido amniótico, em tecido placentário, fetal ou órgãos;
- Mão de criança que teve toxoplasmose congênita confirmada

Caso Descartado

- IgG reagente mais de 3 meses antes da concepção;
- Índice de avidéz alto, colhido até a 16ª semanas de gestação;
- Duas amostra de IgG negativas, colhidas com intervalo de 03 semanas, apesar de IgM positivo (nesse caso falso-positivo)



Toxoplasmose CONGÊNITA: definição de caso

Ministério da Saúde, 2018.

Caso Suspeito

- RN ou lactente com menos de 6 meses cujo a mãe era suspeita, provável ou confirmada para Toxoplasmose;
- RN ou lactente com menos de 6 meses com clínica compatível e IgG reagente;
- RN ou lactente com menos de 6 meses com exames de imagem fetal ou pós parto compatíveis com Toxoplasmose e IgG reagente.

Caso Provável

- Óbito antes de realizar os exames;
- Assintomáticos em investigação durante os 12 primeiros meses de vida;
- IgG com títulos estáveis e IgM e IgA indeterminados ou não reagentes até 6 meses de idade;
- Manifestações clínicas ou imagens compatíveis com Toxoplasmose congênita, IgG reagente, IgM e IgA não reagentes e que não tenham suspeita de outras doenças até os 12 meses de idade.

Caso Confirmado

- Presença do DNA do Toxoplasma no líquido amniótico da mãe, tecidos fetais, líquido, sangue e urina da criança;
- IgM ou IgA e IgG reagentes até os 6 meses de idade;
- Ascensão de IgG em amostra seriadas (3 semanas de intervalo) até os 12 meses de idade;
- IgG persistentemente reagente após os 12 meses de vida;
- Mãe com toxoplasmose na gestação, retinocoroidite ou hidrocefalia ou calcificação cerebral, IgG reagente e afastada outras infecções congênicas.

Caso Descartado

- Negativação de IgG antes dos 12 meses de idade;
- Para crianças que receberam tratamento a soronegativação deve ser considerada somente no mínimo 2 meses após suspensa a medicação;
- Negativação de IgG após 12 meses de idade



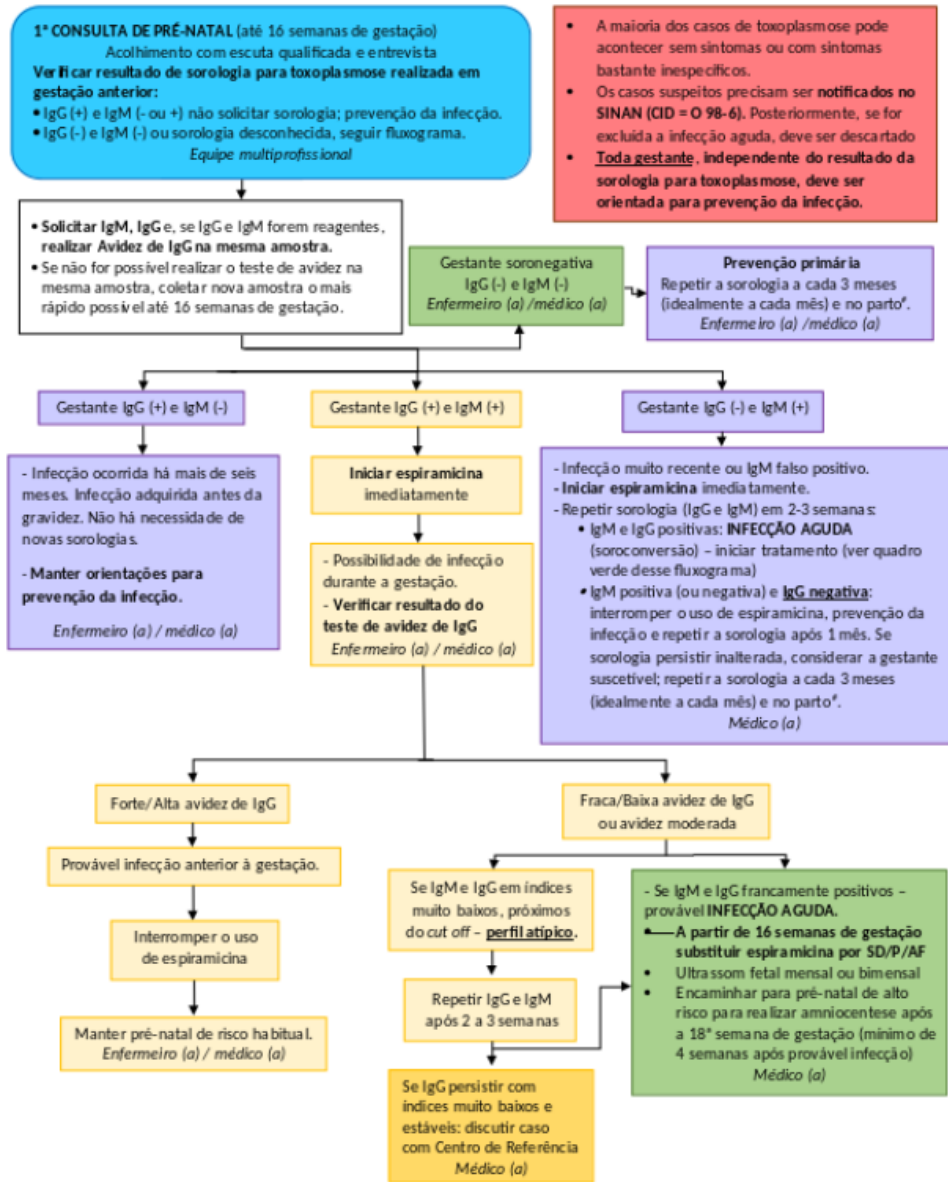
Diagnóstico e recomendações frente aos resultados de sorologia IgM e IgG para Toxoplasmose em gestantes

Situação	Resultados		Interpretação
	IgG	IgM	
Primeira sorologia no 1º trim. de gestação	Positiva / reagente	Negativa / não reagente	Imunidade remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica.
	Negativa / não reagente	Negativa / não reagente	Suscetibilidade. Realizar ações de prevenção.
	Positiva / reagente	Positiva / reagente	Possibilidade de infecção durante a gestação. Realizar avidéz de IgG na mesma amostra: <ul style="list-style-type: none">• Avidéz forte/alta: Infecção adquirida antes da gestação.• Avidéz fraca/baixa: Possibilidade de infecção durante a gestação.
	Negativa / não reagente	Positiva / reagente	Infecção muito recente ou IgM falso positivo. Repetir a sorologia em três semanas, se o IgG positivar, a infecção na gestação será confirmada.



Diagnóstico e recomendações frente aos resultados de sorologia IgM e IgG para Toxoplasmose em gestantes

Situação	Resultados		Interpretação
	IgG	IgM	
Primeira sorologia após o 1º trim. de gestação	Positiva / reagente	Negativa / não reagente	Imunidade remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica.
	Negativa / não reagente	Negativa / não reagente	Suscetibilidade.
	Positiva / reagente	Positiva / reagente	Possibilidade de infecção durante a gestação.
	Negativa / não reagente	Positiva / reagente	Infecção muito recente ou IgM falso positivo.
Sorologias subsequentes na gestante inicialmente suscetível	Positiva / reagente	Negativa / não reagente	Possibilidade de IgG falso negativo na amostra anterior. Provável imunidade remota.
	Negativa / não reagente	Negativa / não reagente	Suscetibilidade.
	Positiva / reagente	Positiva / reagente	Infecção durante a gestação.
	Negativa / não reagente	Positiva / reagente	Infecção muito recente ou IgM falso positivo.



Toxoplasmose Materna: Diagnóstico e Tratamento – Primeira Sorologia Realizada **Até** 16 Semanas de Gestação

Na sequência segue o fluxo ao lado dividido em 2 partes

A triagem neonatal para toxoplasmose é uma alternativa para identificar o recém-nascido infectado devido à infecção materna no final da



Toxoplasmose Materna: Diagnóstico e Tratamento – Primeira Sorologia Realizada Até 16 Semanas de Gestação

Parte 1 de 2 do fluxo

1ª CONSULTA DE PRÉ-NATAL (até 16 semanas de gestação)

Acolhimento com escuta qualificada e entrevista

Verificar resultado de sorologia para toxoplasmose realizada em gestação anterior:

- IgG (+) e IgM (- ou +) não solicitar sorologia; prevenção da infecção.
- IgG (-) e IgM (-) ou sorologia desconhecida, seguir fluxograma.

Equipe multiprofissional

- A maioria dos casos de toxoplasmose pode acontecer sem sintomas ou com sintomas bastante inespecíficos.
- Os casos suspeitos precisam ser notificados no SINAN (CID = O 98-6). Posteriormente, se for excluída a infecção aguda, deve ser descartado
- Toda gestante, independente do resultado da sorologia para toxoplasmose, deve ser orientada para prevenção da infecção.

- Solicitar IgM, IgG e, se IgG e IgM forem reagentes, realizar Avidez de IgG na mesma amostra.
- Se não for possível realizar o teste de avidez na mesma amostra, coletar nova amostra o mais rápido possível até 16 semanas de gestação.

Gestante soronegativa
IgG (-) e IgM (-)
Enfermeiro (a) / médico (a)

Prevenção primária

Repetir a sorologia a cada 3 meses (idealmente a cada mês) e no parto.
Enfermeiro (a) / médico (a)

Gestante IgG (+) e IgM (-)

- Infecção ocorrida há mais de seis meses. Infecção adquirida antes da gravidez. Não há necessidade de novas sorologias.

- Manter orientações para prevenção da infecção.

Enfermeiro (a) / médico (a)

Gestante IgG (+) e IgM (+)

Iniciar espiramicina imediatamente

- Possibilidade de infecção durante a gestação.

- Verificar resultado do teste de avidez de IgG

Enfermeiro (a) / médico (a)

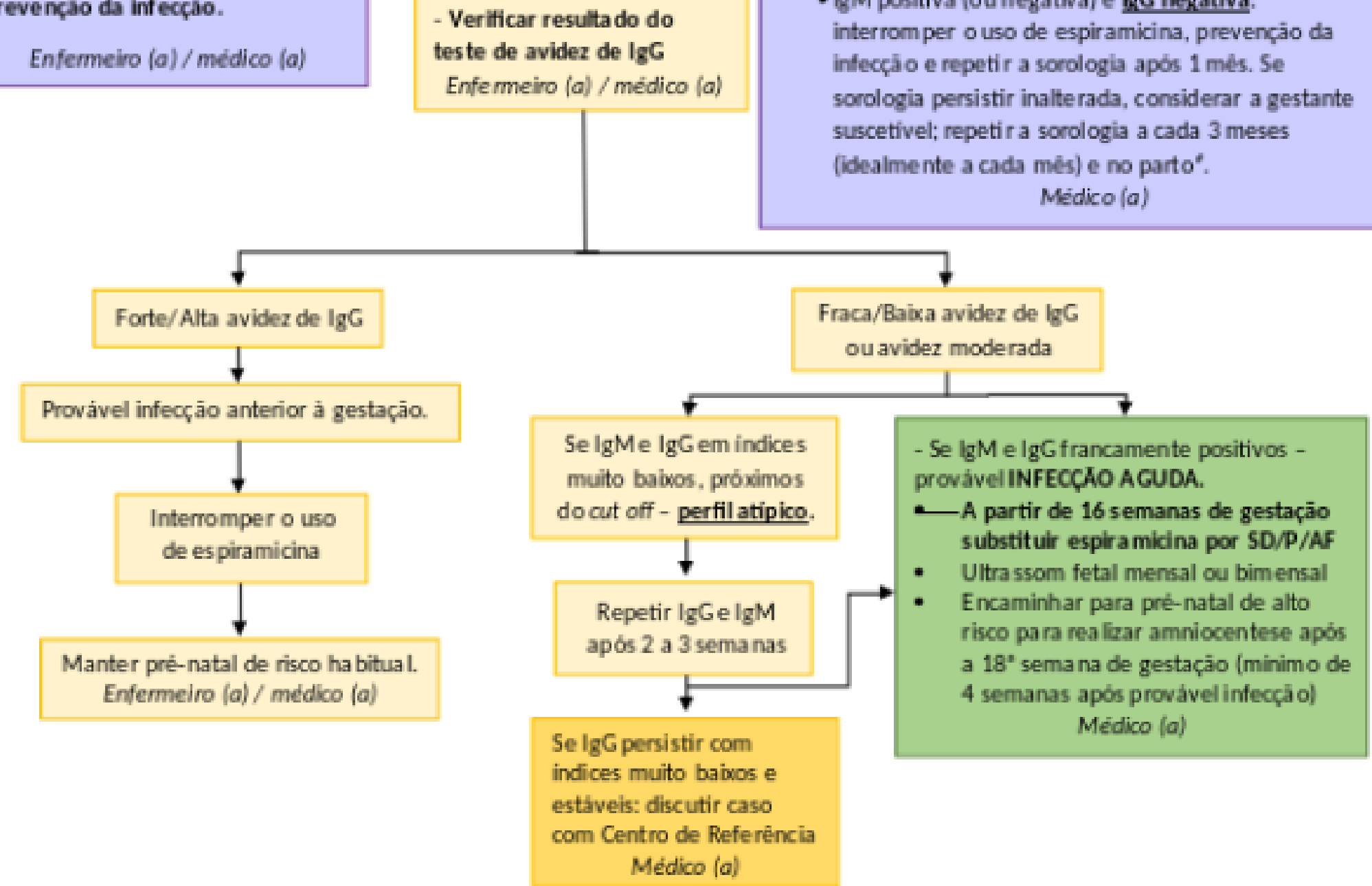
Gestante IgG (-) e IgM (+)

- Infecção muito recente ou IgM falso positivo.
- Iniciar espiramicina imediatamente.
- Repetir sorologia (IgG e IgM) em 2-3 semanas:
 - IgM e IgG positivas: **INFECÇÃO AGUDA** (soroconversão) - iniciar tratamento (ver quadro verde desse fluxograma)
 - IgM positiva (ou negativa) e **IgG negativa**: interromper o uso de espiramicina, prevenção da infecção e repetir a sorologia após 1 mês. Se sorologia persistir inalterada, considerar a gestante suscetível; repetir a sorologia a cada 3 meses (idealmente a cada mês) e no parto.
Médico (a)



Toxoplasmose Materna: Diagnóstico e Tratamento – Primeira Sorologia Realizada Até 16 Semanas de Gestação

Parte 2 de 2 do fluxo



A triagem neonatal para toxoplasmose é uma alternativa para identificar o recém-nascido infectado devido à infecção materna no final da



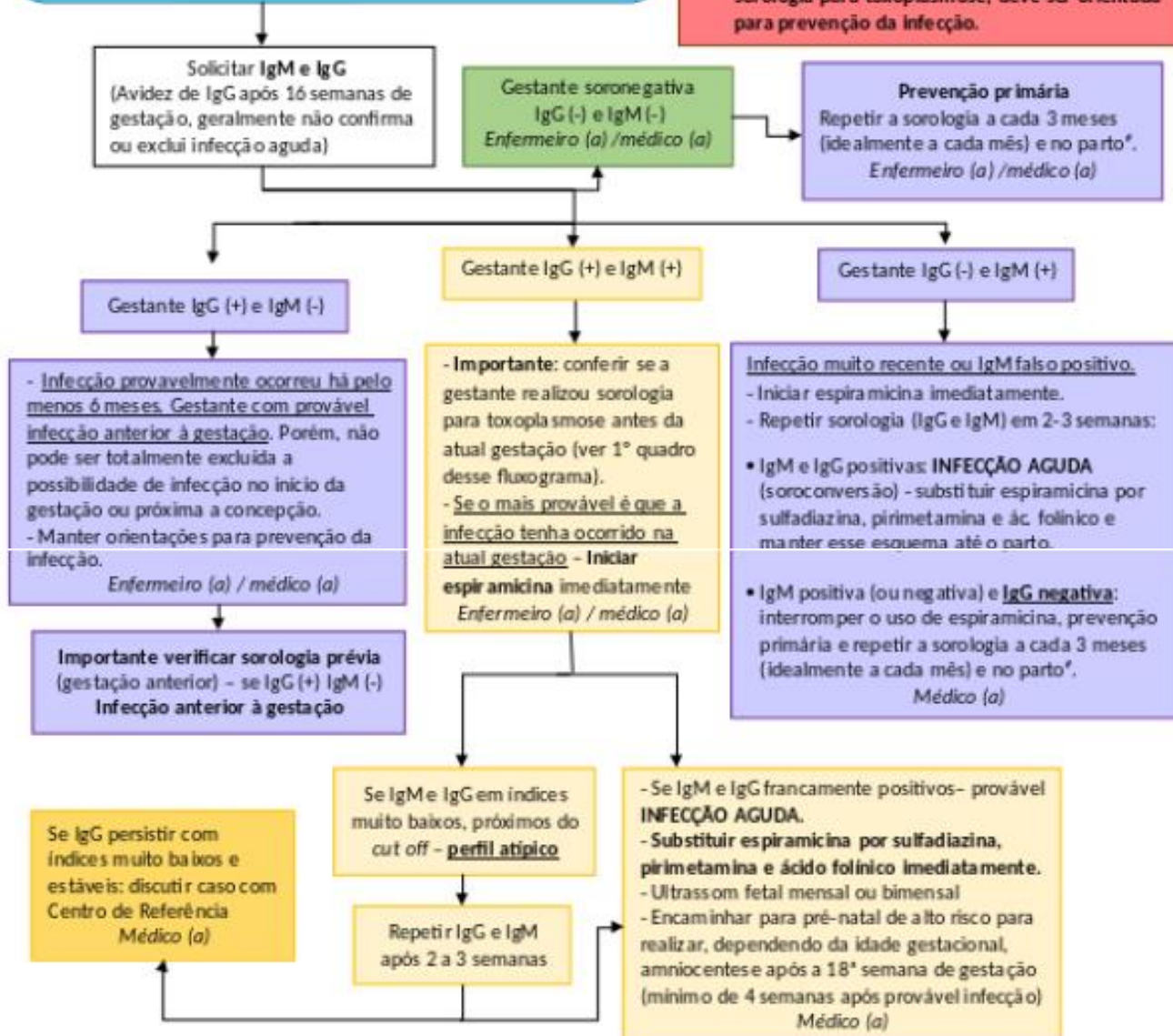
1ª CONSULTA DE PRÉ-NATAL (após a 16ª semana de gestação)
Acolhimento com escuta qualificada e entrevista
Verificar resultado de sorologia para toxoplasmose realizada em gestação anterior:

- IgG (+) e IgM (- ou +) não solicitar sorologia; prevenção da infecção.
- IgG (-) e IgM (-) ou sorologia desconhecida, seguir fluxograma.

Equipe multiprofissional

A maioria dos casos de toxoplasmose pode acontecer sem sintomas ou com sintomas bastante inespecíficos.

- Os casos suspeitos precisam ser **notificados no SINAN (CID = O 98-6)**. Posteriormente, se for excluída infecção aguda, deve ser descartado.
- **Toda gestante, independente do resultado da sorologia para toxoplasmose, deve ser orientada para prevenção da infecção.**



Nota Técnica Nº 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

Toxoplasmose Materna: Diagnóstico e Tratamento

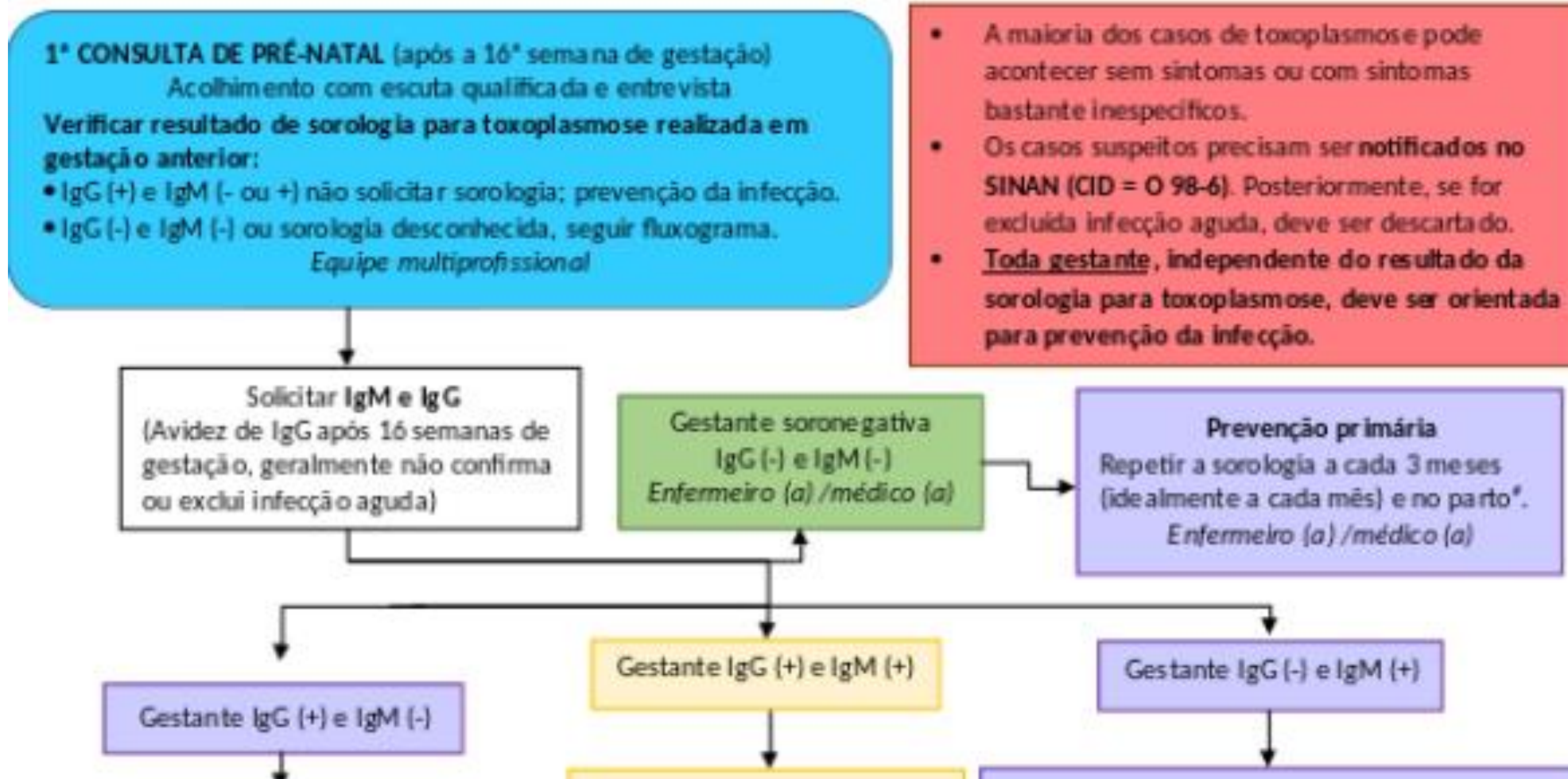
– Primeira Sorologia Realizada **Após 16** Semanas de Gestação

Na sequência segue o fluxo ao lado dividido em 2 partes



Toxoplasmose Materna: Diagnóstico e Tratamento – Primeira Sorologia Realizada **Após** 16 Semanas de Gestação

Nota Técnica Nº 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS



Parte 1 de 2 do
fluxo Após

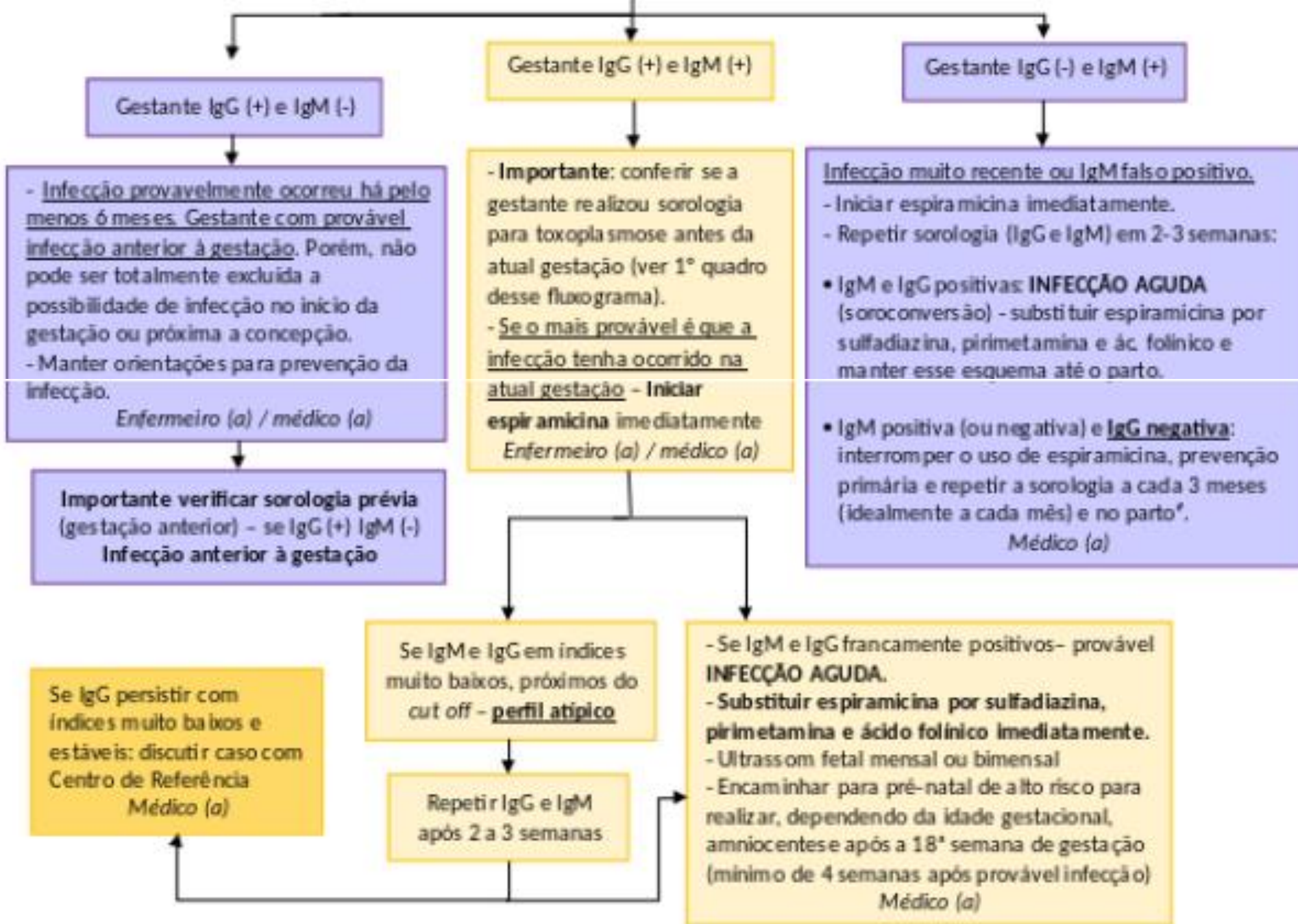


Toxoplasmos e Materna: Diagnóstico e Tratamento – Primeira Sorologia Realizada Após 16 Semanas de Gestação

Parte 2 de 2 do fluxo Após

Nota Técnica Nº 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

praticas.iff.fiocruz.br





Toxoplasmose gestacional: tratamento e doses

Espiramicina

- 1g (3.000.000 UI) de 8-8h, via oral, até o final da gestação.

Esquema Tríplice

- **Pirimetamina:** 25mg 12 -12h, via oral;
- **Sulfadiazina:** 1.500mg 12-12h, via oral;
- **Ácido folínico:** 10 – 15 mg/dia, via oral.



O que recomenda o CDC no tratamento da toxoplasmose materno fetal

*“O manejo da infecção materna e fetal varia dependendo do centro de tratamento. Em geral, a espiramicina é recomendada para mulheres cujas infecções foram adquiridas e diagnosticadas antes de 18 semanas de gestação e a infecção do feto não foi documentada ou suspeita. **A espiramicina atua reduzindo a transmissão ao feto e é mais eficaz se iniciada dentro de 8 semanas após a soroconversão.** A pirimetamina, a sulfadiazina e a leucovorina são recomendadas para infecções adquiridas na 18ª semana de gestação ou após esta ou há suspeita ou suspeita de infecção no feto. A PCR é frequentemente realizada no líquido amniótico na 18ª semana de gestação para determinar se o bebê está infectado.”*

CDC, Global Health, Division of Parasitic Diseases and Malaria, Mai.,2020



Notificação

Ministério da Saúde, 2018.

Toxoplasmose é uma doença de notificação compulsória!

Suspeitos

- IgM anti-*T. gondii* reagente ou indeterminado;
- História clínica compatível com toxoplasmose;
- Exames de imagem sugestivos para toxoplasmose congênita;
- Qualquer gestante identificada em situações de surto de toxoplasmose.

Provável

- IgM e IgG com baixa avidéz de IgG ou avidéz intermediária.
- Títulos ascendentes de IgG em amostras seriadas com intervalo mínimo de 2 semanas e IgM reagente.
- Primeira sorologia realizada após 16 semanas de idade gestacional que apresente resultado para anticorpos IgG em nível elevado (acima de 300 UI/dl ou de acordo com a metodologia utilizada) e IgM reagente

Confirmado

- Soroconversão de anticorpos IgG e IgM anti-*T. Gondii* durante o período gestacional.
- Detecção de DNA do *Toxoplasma gondii* em amostra de líquido amniótico, em tecido placentário, fetal ou de órgãos (exame anatomopatológico, cultivo de tecido ou bioensaio).
- Mãe de criança que teve toxoplasmose congênita confirmada.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravado/doença: Código (CID-10) 3 Data de Notificação

4 UF 5 Município de Notificação: Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): Código 7 Data dos Primeiros Sintomas

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade: 1 - Homem 2 - Mulher 3 - Não 4 - Não informado 11 Sexo (at - gestante): 1 - Gestante 2 - Não-gestante 12 Gestante: 1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Não informado 5 - Não informado 6 - Não informado 7 - Não informado 8 - Não informado 9 - Não informado 10 - Não informado 11 - Não informado 12 - Não informado 13 Raça/Cor: 1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Pardo 5 - Indígena 6 - Ignorado

14 Especificidade: 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EP (antigo primário ou 1º grau) 2 - 5ª série incompleta do EP (antigo primário ou 1º grau) 3 - 6ª a 8ª série incompleta do EP (antigo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo primário ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo secundário ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo secundário ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica

15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF 18 Município de Residência: Código (IBGE) 19 Distrito

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...): Código

22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...): 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência: 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 4 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)

Conclusão

31 Data da Investigação 32 Classificação Final: 1 - Confirmado 2 - Descartado 33 Critério de Confirmação/Descarte: 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico

34 Local Provável da Fonte de Infecção: 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado 35 UF 36 País

37 Município: Código (IBGE) 38 Distrito 39 Bairro

40 Doença Relacionada ao Trabalho: 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado 41 Evolução do Caso: 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 4 - Ignorado

42 Data do Óbito 43 Data do Encerramento

Informações complementares e observações

Observações adicionais

Município/Unidade de Saúde: Cód. da Unid. de Saúde

Nome: Função: Assinatura

Notificação/conclusão: Sinan NET: SWS: 27/09/2005



- Toda a ficha de notificação deve ser devidamente preenchida.
- **Atenção especial para os campos: 32, 33, 34, 40 e 41.**
- A notificação é compulsória e fundamental para estudos epidemiológico e melhor definição/atualização de protocolos clínicos e políticas públicas para o enfrentamento da Toxoplasmose.

Para maiores informações acessar:
Protocolo de notificação e investigação:
Toxoplasmose gestacional e congênita e
Manual de normas e rotinas do Sinan.



Toxoplasmose Materna – Casos Especiais

- Em gestantes imunocomprometidas com infecção crônica (IgG reagente prévia à gestação) é possível ocorrer transmissão transplacentária por reativação ou recrudescimento da infecção, assim, deve ser acompanhada por um infectologista para investigação apropriada.
- Se títulos altos de IgG, considerar caso provável, mesmo com IgM não reagente
- **NÃO** realizar exame de amniocentese em paciente HIV



Qual a melhor estratégia para lidar com a Toxoplasmose na gestação?

- Identificar as gestantes suscetíveis
- IgG não reagente

PREVENÇÃO PRIMÁRIA:

- Não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas,
- Lavar as mãos ao manipular alimentos (principalmente após manusear carne crua, e higienizar a superfície e os utensílios que tiveram contato com o alimento),
- Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar,
- Usar luvas e lavar bem as mãos após contato com o solo e terra de jardim,
- Evitar contato com fezes de gato no lixo ou solo,
- Não consumir leite e seus derivados crus (não pasteurizados) seja de vaca ou cabra,
- Propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos. Caso não seja possível, limpá-la e trocá-la diariamente, utilizando luvas e pазinha,
- Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que estes ingiram sua caça,
- Lavar bem as mãos após contato com os animais.



Recomendações

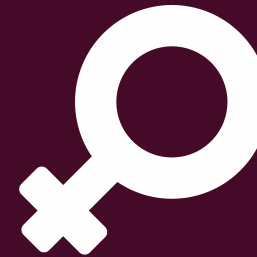
- A melhor estratégia é a prevenção primária
- O correto diagnóstico é importante pois o tratamento pode ser deletério:
 - > Ao se deparar com caso **suspeito**, tente **confirmar**
 - > Não sendo possível **confirmar**, tente **descartar**
 - > Não sendo possível **confirmar** ou **descartar** estratifique o risco em **suspeitos** e **prováveis**
- A ecografia seriada é recomendada para todos os casos (suspeitos, prováveis ou confirmados)
- O tratamento usa ou Espiramicina ou Esquema Tríplice
- A notificação é compulsória
- Considere em separado os pacientes imunocomprometidos



Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Gestação de alto risco: manual técnico / High-risk pregnancy: technical manual. Brasília; Ministério da Saúde; 5 ed; 2012. 301 p. Livroilus.(A. Normas e Manuais Técnicos).
- Bischoff AR, Friedrich L, Cattan JM, Uberti FA. Incidência de toxoplasmose congênita no período de 10 anos em um hospital universitário e frequência de sintomas nesta população. Bol Cien Pediatr. 2015;04(2):38-44
- Febrasgo. Notícias. Toxoplasmose. Agosto, 2017.
- Febrasgo. Toxoplasmose e Gravidez, Obstetrícia nº 67, 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. Nota Técnica Nº 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. 2020.
- CDC, Global Health, Division of Parasitic Diseases and Malaria. Parasites - Toxoplasmosis (Toxoplasma infection). Mai.,2020

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

Material de 10 de junho de 2021

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Eixo: Atenção às Mulheres

Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.