

FUNDAMENTOS E PRÁTICAS

PEDIÁTRICAS E NEONATAIS

Edição XXVI

Capítulo 5

INFECÇÕES CONGÊNITAS: DIAGNÓSTICO E MANEJO

ANA CLARA GIRÃO CAMPELO¹
ANNA LUIZE DE OLIVEIRA MARQUES¹
BIANCA MARIA PINHEIRO VIEIRA¹
DÉBORA MARIA GOMES LIMA¹
EBERLY TELES MARQUES MONTE¹
FABIANA MOREIRA PINHEIRO¹
GEÓRGIA ELLEN FERNANDES CAVALCANTE¹
JULIA DE MOURA BORGES SOARES¹
LÍVIA AZEVEDO VASCONCELOS¹
MARIA EDUARDA DE SOUZA ANDRADE¹
SOFIA ARRUDA DE VASCONCELOS¹
THAÍSSA UCHOA LIMA¹
THAYNARA DE SOUSA FREIRE¹
THICIANNY MESQUITA BARRETO¹
MAITON FREDSON DA SILVA LOPES²

¹Discente - Medicina no Centro Universitário Christus.

²Médico - Pediatra e Neonatologista – Hospital São Camilo; Orientador da Liga de Pediatria e Neonatologia– Centro Universitário Christus

Palavras-chave: Infecção; Manejo; Diagnóstico

DOI

10.59290/0422029615

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A infecção congênita consiste em uma infecção adquirida pelo feto durante a gestação, no decorrer do parto ou após o nascimento. A forma mais comum de transmissão é a transplacentária em que vírus, bactérias ou parasitas atravessam a placenta, assim, afetando o desenvolvimento do feto, o que irá ser proporcional ao agente envolvido.

Visto isso, o objetivo principal consiste no estudo detalhado de específicas infecções congênitas com foco em seus diagnósticos e manejo para que seja obtido o tratamento adequado e, também, evitar consequências severas aos indivíduos afetados. Visto isso, o objetivo principal consiste no estudo detalhado de específicas infecções congênitas com foco em seus diagnósticos e manejo para que seja obtido o tratamento adequado e, também, evitar consequências severas aos indivíduos afetados.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de 11 de junho de 2020 a 11 de julho de 2025 por meio de pesquisas nas bases de dados: SciELO e PUBMED, bem como em livros científicos recentes da área relativa ao tema. Foram utilizados os descritores: Síndrome congênita de zika, Toxoplasmose congênita, Sífilis congênita, infecções por HIV e Hepatite B. Desta busca foram encontrados 362 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2020 a 2025 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo (revisão, meta-análise), disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta

estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 16 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: Síndrome congênita de zika, Toxoplasmose congênita, Sífilis congênita, infecções por HIV, Hepatite B.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Toxoplasmose Congênita

Diagnóstico

De acordo com a literatura acerca da temática é conhecido que a toxoplasmose é uma infecção, causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, que abrange humanos e animais, sendo em sua maioria das vezes assintomática. A infecção em questão, Toxoplasmose Congênita (TC), possui transmissão vertical e é considerada uma infecção que influencia diretamente na mortalidade de recém-nascidos (RN), é imprescindível um criterioso diagnóstico e manejo. Há significância em reconhecer que a gravidade da doença e a taxa de infecção fetal agem de forma inversamente proporcional ao estágio da gravidez, sendo as lesões potencialmente graves no primeiro trimestre com 9% de possibilidade de haver risco de infecção, 27% no segundo trimestre e 59% no terceiro trimestre, diferentemente da Infecção Congênita por Zika Vírus. Países como o Brasil e França apresentam elevada taxa de incidência. No que se refere a sintomatologia, é mais comumente presenciado prematuridade, baixo peso, coriorretinite pós-maturidade (5,7% bilateral), estrabismo, icterícia, hepatomegalia e febre. No entanto, 70% são assintomáticos até o primeiro ano de vida. Ademais, há diagnósticos diferenciais como Rubéola, Varicela e Citomegalovírus.

De forma geral, a investigação da TC pode ser realizada através de testes sorológicos IgM

e IgG (IgM+ indicando infecção congênita aguda e IgG+ podendo ser anticorpos maternos), imagem cerebral, análise do Líquido Cefalorraquidiano, exame anatomopatológico da placenta, respostas evocadas auditivas e testes PCR de vários tecidos ou fluídos corporais, sendo este último o mais indicado, no entanto não é amplamente disponível. No que se refere ao diagnóstico por imagem, na US podem ser observados hidrocefalia, calcificações cerebrais ou hepáticas, esplenomegalia ou ascite, mais comumente. Apesar de existirem métodos de notificação e diretrizes governamentais, a TC é subnotificada ou tardiamente notificada em alguns contextos. No pós natal, no contexto da infecção, é necessário realizar acompanhamento até o primeiro ano de vida com o fito de descartar a infecção, sendo possível o uso da imunidade celular em busca do monitoramento dos bebês. Além de ser necessário acompanhamento trimestral para melhor manejo com Pediatra.

Prevenção

Quanto à prevenção, sabe-se que medidas de triagem no terceiro trimestre contra a TC são obrigatórias para mulheres grávidas e a ausência de triagem configura um fator de risco para a TC.

Manejo

No contexto de tratamento, sabe-se que o objetivo dos medicamentos usados são de atuar contra os taquizoítos. De forma padrão e, sendo considerado o mais comum, Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido Folínico por 1 ano para tratamento da TC. Se severo (p. ex calcificação cerebral), deve ser administrado por 2 anos. Deve-se destacar que a Azitromicina e Atorvaquona são drogas novas e que também apresentam eficácia no tratamento. Nessa conjuntura, quanto aos bebês, caso seja assintomático e com a sorologia positiva, deve receber o esquema por 3 meses, além de ser necessário uma equipe mul-

tidisciplinar que avalie possíveis complicações e/ou sequelas, além de avaliar a resposta terapêutica. Diante disso, é necessário compreender que tal tratamento pode acarretar alguns efeitos adversos como neutropenia, disfunção renal e reações alérgicas. Por fim, é necessário que se realize um tratamento direcionado, assertivo e precoce, pois tais condutas irão amenizar os efeitos negativos da infecção e evitar futuras consequências comuns que a TC pode trazer.

Sífilis Congênita

A sífilis congênita é uma condição evitável que ainda representa um desafio significativo para a saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde (2023), a taxa de incidência de sífilis congênita no país foi de 9,9 casos por mil nascidos vivos em 2022, superando o limite de eliminação recomendado pela Organização Mundial da Saúde (0,5/1000 NV). Trata-se de uma infecção causada pela transmissão vertical do *Treponema pallidum*, durante a gestação ou no momento do parto. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gravidez, sendo mais comum e mais grave quando a infecção materna acontece nos estágios primário ou secundário da doença. As consequências podem ser graves, incluindo aborto espontâneo, natimortalidade, parto prematuro e sequelas neurológicas ou multissistêmicas no recém-nascido. Clinicamente, a doença é classificada como sífilis congênita precoce, quando os sinais surgem nos primeiros DOIs anos de vida, ou tardia, quando as manifestações ocorrem após esse período.

Diagnóstico

O diagnóstico da sífilis congênita baseia-se na detecção precoce da infecção materna e na avaliação criteriosa do recém-nascido. Segundo Avelleira e Bottino (2021), testes não treponêmicos (VDRL ou RPR) são usados para triagem e monitoramento, enquanto os treponêmicos

(FTA-Abs, TPHA, ELISA) confirmam o diagnóstico. O Ministério da Saúde (2020) recomenda testagens sorológicas no primeiro e terceiro trimestres e na admissão para o parto. Em recém-nascidos, a infecção é sugerida quando o título não treponêmico é quatro vezes maior que o da mãe. A presença de IgM específica (via ELISA ou *Western blot*) reforça o diagnóstico. Exames complementares incluem líquido, radiografias dos ossos longos, hemograma e função hepática. Conforme Trinca *et al.* (2022), muitos neonatos são assintomáticos ao nascer, o que exige uma abordagem diagnóstica sistematizada e vigilância contínua.

Manejo Clínico

Dito isso, o tratamento da sífilis congênita é centrado no uso da penicilina, sendo ela a única droga comprovadamente eficaz para prevenir a transmissão vertical e tratar tanto a mãe quanto o recém-nascido. Na gestante, se a sífilis for recente (<1 ano de duração), aplicar Penicilina benzatina 2,4 milhões de UI, dose única intramuscular. Se a sífilis for tardia ou de duração desconhecida, aplicar Penicilina benzatina 2,4 milhões de UI por via intramuscular, 1x/semana por 3 semanas (total: 7,2 milhões de UI). A gestante que for alérgica à penicilina deve ser dessensibilizada, uma vez que nenhum outro antibiótico previne a transmissão vertical com a mesma eficácia. No recém-nascido, a conduta depende da classificação do caso (confirmado, provável, possível ou descartado). Em casos confirmados ou prováveis, o esquema mais comum é com Penicilina G cristalina: 50.000 UI/kg/dose IV a cada 12h nos primeiros 7 dias de vida e a cada 8h após, por 10 dias.

Alternativamente, pode-se usar penicilina G procaína 50.000 UI/kg/dia IM, em dose única diária por 10 dias. Casos de menor risco, como tratamento materno adequado com seguimento completo, podem demandar apenas observação

e seguimento sorológico. O parceiro sexual da gestante também deve fazer os testes e ser tratado simultaneamente, pretendendo evitar a reinfecção da mãe.

Prevenção

A prevenção da sífilis congênita deve ser realizada de forma multiprofissional e em três níveis. A prevenção primária envolve educação sexual e promoção da saúde, com diálogo entre profissionais de saúde e gestantes. A secundária foca no rastreamento sorológico durante o pré-natal com testagens no início, final da gestação e no parto, além do tratamento imediato da gestante e do(s) parceiro(s). Já a prevenção terciária exige diagnóstico e tratamento oportuno do recém-nascido, com seguimento adequado. A integração entre os serviços de saúde é essencial para eliminar a transmissão vertical da doença.

Hepatite B Congênita

A hepatite B é uma doença causada por vírus hepatotrópicos com genoma de DNA, possuindo cura apenas em casos agudos. Outra característica marcante é ter o ser humano como principal reservatório de importância epidemiológica, sendo a via sexual o principal modo de transmissão. Além disso, vale ressaltar outras formas de transmissão, como a parenteral, a percutânea e a vertical, sendo esta última a passagem da infecção da mãe para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação. Entretanto, em áreas endêmicas, a forma de contágio que merece maior destaque é a intrauterina (YUAN *et al.*, 2024).

Diagnóstico

Após a infecção pelo vírus, o HBsAg é o primeiro marcador virológico identificado no soro entre 1 e 12 semanas, permanecendo detectável por 1 a 2 meses após o início da icterícia. Após esse período, o ideal é a utilização do an-

ticorpo para HBsAg. Em situações específicas, como entre 1 a 2 semanas após o aparecimento do HBsAg e semanas a meses antes do aumento dos níveis detectáveis do anti-HBs, o anti-HBc pode ser identificado no soro, sendo, em alguns casos, a única evidência sorológica de infecção pelo HBV. Vale ressaltar que, na maioria dos casos, o anti-HBc não representa um indicador de infecção com replicação ativa. Essa distinção pode ser feita por meio da determinação da classe de imunoglobulina: a IgM é identificável nos primeiros seis meses após a infecção aguda, enquanto a IgG aparece após esse período.

Outro marcador sorológico, o HBeAg, é identificado simultaneamente com altos níveis de replicação viral. Em contrapartida, o anti-HBe aparece durante a fase de redução da infectividade (JAMESON *et al.*, 2022).

Também são utilizadas técnicas de diagnóstico molecular para a quantificação do DNA do HBV, como forma de determinar a infectividade de indivíduos e de gestantes HBsAg positivas. Isso permite prevenir a transmissão da mãe para o filho e orientar a decisão sobre o tratamento. Além disso, essa técnica permite avaliar o nível de DNA do HBV, que reflete a progressão da doença e a resposta ao tratamento, podendo evitar o agravamento da infecção (GUVENIR, 2020).

Outros exames importantes incluem os bioquímicos, como ALT (alanina aminotransferase), AST (aspartato aminotransferase), fosfatase alcalina, GGT, bilirrubinas, albumina, INR (tempo de protrombina) e hemograma completo, que avaliam o dano hepático.

Em casos de resultados inconclusivos, utilizam-se métodos invasivos, como a biópsia hepática, ou métodos não invasivos, como o índice APRI (AST to Platelet Ratio Index), que estima o estágio da fibrose hepática utilizando o valor de 40 IU/ml como limite superior da normalidade (ULN) (GUVENIR, 2020).

Manejo

Um dos principais exames realizados durante o pré-natal é o teste para hepatite B (HBsAg). Em casos com resultado positivo e carga viral de HBV DNA $\geq 5,3 \log_{10}$ IU/mL (≥ 200.000 IU/mL), deve-se indicar a profilaxia com tenofovir a partir da 28ª semana de gestação até o parto, a fim de prevenir a transmissão vertical

Além disso, os recém-nascidos devem receber a primeira dose da vacina contra hepatite B dentro das primeiras 24 horas de vida, preferencialmente o mais cedo possível, seguida das segunda e terceira doses (WHO, 2020).

Prevenção

É de extrema importância destacar que a principal forma de prevenção é a vacinação, com esquema básico de três doses nos intervalos de 0, 1 e 6 meses. Em casos de ausência de registro vacinal ou esquema incompleto, a vacina pode ser administrada durante a gestação, com a mesma quantidade de doses e os mesmos intervalos citados anteriormente. Vale lembrar que a imunização não se limita apenas ao vírus da hepatite B, mas também às suas complicações, como a hepatite D (BRASIL, 2025).

Zika Vírus Congênito

O vírus Zika (ZIKV), pertencente ao gênero Flavivirus, é transmitido principalmente pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*, mas também pode ser transmitido por via sexual, vertical e transfusional. A infecção pelo ZIKV durante a gestação pode levar a diversas alterações neurológicas no feto, sobretudo no primeiro trimestre. A microcefalia é considerada a manifestação mais grave, caracterizada por uma redução de mais de DOIs desvios padrão na circunferência da cabeça, conforme o sexo e a idade gestacional. Essa condição pode estar acompanhada de atraso no desenvolvimento, dificuldades de alimentação, convul-

sões, deficiência intelectual, problemas de visão, perda auditiva e também pode estar associada à Síndrome de Guillain-Barré. Essas complicações neurológicas, em conjunto, constituem a Síndrome Congênita do Vírus Zika.

Diagnóstico

Os sinais maternos de infecção costumam ser precedidos por erupções cutâneas, além de sintomas inespecíficos, como cefaleia, artralgia, astenia e mialgia. No entanto, o diagnóstico apresenta desafios que dificultam sua precisão. De acordo com as diretrizes do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), a amplificação do RNA viral por meio da reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa (RT-PCR) deve ser realizada em amostras de soro, sangue ou urina o mais cedo possível, preferencialmente até 12 semanas após o início dos sintomas. Todavia, o diagnóstico da infecção por ZIKV é desafiador, pois os sintomas são inespecíficos ou a gestante pode ser assintomática. O Ministério da Saúde recomenda o uso de métodos diretos para a detecção do ZIKV, uma vez que seus sinais e sintomas podem se assemelhar aos da dengue e da chikungunya. A Sociedade de Medicina Materno-Fetal recomenda o ultrassom e a neurosonografia como ferramentas preferenciais para avaliar o cérebro fetal e rastrear anomalias. Ademais, a ressonância magnética fetal tem demonstrado aumentar o valor preditivo positivo para anomalias cerebrais; no entanto, possui baixo valor preditivo negativo e pode estar associada a um número elevado de falsos positivos.

Manejo

Em relação ao tratamento, ainda não há antiviral específico disponível para a infecção por ZIKV. As medidas terapêuticas são sintomáticas e incluem repouso, estímulo à ingestão de líquidos e uso de antipiréticos em casos de febre ou dor.

Prevenção

Atualmente, não existem terapias específicas nem vacinas disponíveis contra o ZIKV. Assim, o principal método de prevenção continua sendo o controle do vetor, por meio da eliminação de criadouros. Além disso, a proteção individual é fundamental, com o uso de calças e camisas de mangas compridas, além de repelentes à base de DEET (N,N-dimetil-meta-toluamida), IR3535 ou icaridina, nas áreas expostas do corpo, que são considerados seguros para uso durante a gravidez.

HIV Congênito: Aspectos Biológicos, Diagnóstico e Estratégias de Prevenção

O HIV é um retrovírus que infecta principalmente linfócitos T CD4+, causando imunossupressão progressiva e tornando o organismo vulnerável a infecções oportunistas, caracterizando a AIDS. A infecção evolui em três fases: aguda (sintomas inespecíficos), crônica (latência com replicação viral) e AIDS (CD4 <200 ou doenças oportunistas). A transmissão ocorre por fluidos corporais, sendo as principais vias a sexual, parenteral e vertical. O HIV congênito resulta da transmissão da mãe para o filho durante a gestação, parto ou amamentação. Sem intervenção, o risco de transmissão vertical varia entre 15% e 45%, influenciado por fatores como carga viral elevada, ausência de TARV e coinfeções. Segundo a UNAIDS, cerca de 1,3 milhão de mulheres com HIV engravidam anualmente, e aproximadamente 130 mil crianças foram infectadas em 2023. No Brasil, apesar da redução da transmissão vertical segundo o Ministério da Saúde, persistem desafios em algumas regiões. O sistema imunológico imaturo do recém-nascido aumenta sua vulnerabilidade a infecções, como a pneumocistose, comum e grave nessa população. O diagnóstico precoce na gestante e no bebê é essencial para prevenir a transmissão vertical e iniciar o tratamento oportunamente. Por isso, o HIV deve ser inves-

tigado em três momentos durante o pré-natal: na primeira consulta, no terceiro trimestre e no parto, se necessário.

Diagnóstico

O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito com testes sorológicos que detectam anticorpos anti-HIV, geralmente por meio de testes rápidos ou por ensaios laboratoriais (ELISA). Os testes rápidos oferecem resultados em poucos minutos e são amplamente utilizados na rede de atenção básica. Caso o primeiro teste seja positivo, é obrigatória a realização de um segundo teste com metodologia diferente para confirmação do diagnóstico. Se os DOIs testes apresentarem resultado positivo, considera-se a gestante infectada, e deve-se iniciar o tratamento antirretroviral o mais precocemente possível, independentemente da carga viral ou da contagem de linfócitos CD4. Isso contribui para a supressão viral, reduzindo o risco de transmissão vertical e melhorando o prognóstico materno.

Na criança, o diagnóstico exige uma abordagem diferente, porque pode ocorrer de anticorpos maternos (IgG anti-HIV) atravessem a placenta e permaneçam na circulação da criança até cerca de 18 meses de idade, o que pode levar a resultados falso-positivos nos testes sorológicos convencionais. Por esse motivo, o diagnóstico do HIV em crianças menores de 18 meses é feito por meio de testes moleculares, como a reação em cadeia da polimerase (PCR) para detecção do DNA ou RNA. Esse exame permite identificar o material genético do vírus diretamente no organismo do bebê, sendo considerado o padrão-ouro para essa faixa etária. O Ministério da Saúde recomenda a realização do PCR-HIV em três momentos: o primeiro entre 14 e 21 dias de vida, o segundo entre 4 e 6 semanas, e um terceiro teste entre 4 e 6 meses de idade, se necessário. Em crianças que estiverem sendo amamentadas, é indicado repetir a testagem 60 dias após o desmame definitivo. DOIs

resultados positivos de PCR confirmam o diagnóstico de infecção pelo HIV. Por outro lado, DOIs testes negativos, sendo um após as 4 semanas e outro após os 4 meses de vida (em crianças que não estão sendo amamentadas), praticamente excluem a possibilidade de infecção.

Tratamento

O tratamento antirretroviral (TARV) é essencial para prevenir a transmissão vertical do HIV e proteger a saúde materno-infantil. Deve ser iniciado o quanto antes, mantido continuamente e acompanhado por equipe multiprofissional durante a gestação e após o parto. Toda gestante com HIV deve começar TARV precocemente, independentemente da carga viral ou CD4, visando carga viral indetectável (<50 cópias/mL) até o fim da gestação, o que reduz o risco de transmissão para <1%. O esquema preferido inclui Tenofovir, Lamivudina e Dolutegravir. Todo recém-nascido exposto deve iniciar profilaxia entre 6–12h de vida, conforme o risco. Para risco habitual, usa-se Zidovudina por 4 semanas; para alto risco, Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina ou Raltegravir. Crianças com HIV confirmado devem iniciar TARV o quanto antes, idealmente nas primeiras semanas, com o esquema Abacavir + Lamivudina + Dolutegravir a partir dos 14 dias de vida.

Manejo

Esse regime tem excelente eficácia, perfil de segurança favorável e facilidade de administração. Bebês que iniciam TARV precocemente têm menores taxas de mortalidade, menos infecções oportunistas e melhor desenvolvimento neuropsicomotor. O seguimento dessas crianças deve ser rigoroso, com avaliações periódicas da carga viral, da função hepática e renal, da contagem de CD4 e do estado nutricional e vacinal. Além disso, a abordagem deve envolver suporte familiar, psicológico e social, garantindo a adesão ao tratamento ao longo do

tempo. O tratamento do HIV na gestante e na criança representa uma das estratégias mais bem-sucedidas de saúde pública dos últimos 30 anos. Quando iniciado precocemente e seguido de forma adequada, é capaz de interromper quase completamente a transmissão vertical, garantir o nascimento de crianças saudáveis e preservar a saúde materna. A continuidade do cuidado após o parto, com vigilância da adesão ao tratamento e suporte integral à mãe e à criança, é essencial para o sucesso a longo prazo. Por isso, o investimento em acesso universal à testagem, TARV e atenção multiprofissional é um caminho concreto e eficaz para alcançar a eliminação do HIV congênito.

CONCLUSÃO

Por fim, é de significativa importância que sejam destacadas as mais prevalentes infecções

congênitas e suas particularidades, sendo a forma de manejo e o início do tratamento precoce e com as estratégias corretas um passo decisivo na vida da mãe e do bebê. É bem verdade que todo esse contexto é desafiador, pois há dificuldades ainda prevalentes ao diagnosticar mães que não possuem um real acompanhamento no pré natal, por exemplo. Nessa conjuntura, é válido entender que o diagnóstico precoce pode modificar todo um prognóstico e investigações regulares são de extrema importância desde a atenção primária. De fato, inúmeros são os casos de transmissão vertical no que se tange a infecções, sendo uma realidade muito vivida desde os países desenvolvidos, havendo apenas uma variação na incidência de cada tipo. Dessa forma, é evidente a relevância clínica e a atenção que deve ser voltada a tais infecções para que não se perpetue cada vez mais de mãe para filho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

ANTÓNIOU, E.; OROVOU, E.; ANDRONIKIDI, P.E. *et al.* Congenital Zika Infection and the Risk of Neurodevelopmental, Neurological, and Urinary Tract Disorders in Early Childhood: A Systematic Review. *Viruses*, v. 13, p. 1671, 2021. DOI: 10.3390/v13081671

AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Sífilis congênita: diagnóstico e conduta. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 96, p. 713-725, 2021. DOI: 10.1016/j.abd.2021.05.001

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Técnico Nacional de Vacinação da Criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario-tecnico/calendario-tecnico-nacional-de-vacinacao-crianca>. Acesso em: 28 ago. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_profilaxia_transmissao_vertical.pdf. Acesso em: 28 ago. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Circuito rápido da aids avançada: fluxogramas. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/circuito_rapido_aids_avancada_eletronico.pdf. Acesso em: 28 ago. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis congênita. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis/gestantes/congenita>. Acesso em: 28 ago. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Zika Vírus. Brasília: Ministério da Saúde, [2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/z/zika-virus>. Acesso em: 28 ago. 2025

DOMINGUES, R.M.S.M.; SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M.C. Prevalência da Sífilis na Gestação e Fatores Associados: Estudo Nacional Hospitalar. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, p. 20, 2021. DOI: 10.11606/s1518-8787-2021055002520

DONG, Z.L.; GAO, G.F.; LYU, F. *et al.* Advances in Research of HIV Transmission Networks. *Chinese Medical Journal (Engl)*, v. 133, p. 2850-2858, 2020. DOI: 10.1097/CM9.0000000000001155

FRANCO, P.S.; SCUSSEL, A.C.M.O.; SILVA, R.J. *et al.* Revisão Sistemática e Meta-Análise do Diagnóstico de Toxoplasmose Congênita: Avanços e Desafios. *Journal of Tropical Medicine*, 2024, p. 1514178. DOI: 10.1155/2024/1514178

FRENKEL, J.K. Toxoplasmose. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. (Eds.). *Tratado de Infectologia*. 5. ed. Belo Horizonte: Atheneu, 2015.

GILBERT, R. Treatment for congenital toxoplasmosis: finding out what works. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 104, p. 305-311, 2009

GUERRERO SALDIVIA, S.E.; UNNIKRIISHNAN, S.; CHAVARRIA, Y.Y. *et al.* Zika Vírus: A Systematic Review of Teratogenesis, Congenital Anomalies, and Child Mortality. *Cureus*, v. 15, p. e34735, 2023. DOI: 10.7759/cureus.34735

GUVENIR, M.; ARIKAN, A. Hepatitis B Virus: from diagnosis to treatment. *Polish Journal of Microbiology*, v. 69, p. 391-399, 2020a. DOI: 10.33073/pjm-2020-044

HERRERA, T.T.; CUBILLA-BATISTA, I.; GOODRIDGE, A. *et al.* Diagnostic accuracy of prenatal imaging for the diagnosis of congenital Zika syndrome: Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, v. 9, p. 962765, 2022. DOI: 10.3389/fmed.2022.962765

IRIBARREN, J.A. *et al.* Prevention of vertical transmission and treatment of infection caused by the human immunodeficiency virus in the pregnant woman. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, v. 19, p. 314-335, 2001. DOI: 10.1016/S0213-005X(01)72652-3

KOTA, A.S.; SHABBIR, N. *Congenital Toxoplasmosis*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.

LOSCALZO, J.; FAUCI, A.S.; KASPER, D.L. *et al.* *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 22. ed. New York: McGraw-Hill Education, 2025.

MALDONADO, Y.A.; READ, J.S.; COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. Diagnosis, Treatment, and Prevention of Congenital Toxoplasmosis in the United States. *Pediatrics*, v. 139, p. 2, 2017

MCCLUSKEY, J.M.; SATO, A.I. *Vertical transplacental infections*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.

ODAGAMI, M. *et al.* Awareness of Infectious Disease Screening During Early Pregnancy and Knowledge About its Vertical Transmission in Japan. *Maternal and Child Health Journal*, v. 27, p. 933-943, 2023. DOI: 10.1007/s10995-023-03597-5

REIS, M.M.; TESSARO, M.M.; D'AZEVEDO, P.A. Toxoplasma-IgM e IgG-avidity em Amostras Únicas de Áreas com Alta Taxa de Infecção pode Determinar o Risco de Transmissão de Mãe para Filho. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, v. 48, p. 93-98, 2006. DOI: 10.1590/s0036-4665200600020007

ROBINSON, E.; VALK, H.; VILLENA, I. *et al.* Pesquisa Nacional Perinatal Demonstra uma Diminuição da Soroprevalência da Infecção por Toxoplasma Gondii entre Mulheres Grávidas na França, 1995 a 2016: Impacto na Política de Triagem. *Eurovigilância*, v. 26, p. 1900710, 2021. DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.5.1900710

ROCHA, A.F.B.; ARAÚJO, M.A.L.; BARROS, V.L. *et al.* Complicações, Manifestações Clínicas da Sífilis Congênita e Aspectos Relacionados à Prevenção: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, p. e20190318, 2021

SATO, N.S.; MELO, C.S.; ZERBINI, L.C. *et al.* Assessment of the Rapid Test Based on an Immunochromatography Technique for Detecting Anti-Treponema Pallidum Antibodies. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, v. 45, p. 319-322, 2003

SIEDNER, M.; ZAPITZ, V.; ISHIDA, M. *et al.* Performance of rapid syphilis test in venous and fingerstick whole blood specimens. *Sexually Transmitted Diseases*, v. 31, p. 557-560, 2004

STATPEARLS. *HIV and AIDS*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.

TRINCA, R.A. *et al.* Diagnóstico e Acompanhamento da Sífilis Congênita: Uma Análise Clínica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 44, p. 130-137, 2022.

UPTODATE. *Toxoplasmose e gravidez*. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/toxoplasmosis-and-pregnancy>. Acesso em: 28 ago. 2025