

Febre do Oropouche e transmissão vertical

Nota de Alerta SBP nº 228 (18/09/2025) comparada com as notas técnicas do Ministério da Saúde (2024), as orientações clínicas do CDC para gestantes e lactentes (2025) e os alertas da OPAS; NICE, AEP, SIN/SIP, Harvard e Johns Hopkins sem documento específico localizado.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Atualizações analisadas: SBP — Nota de Alerta nº 228 (set/2025); CDC — Clinical considerations for infants e pregnancy (jan/2025); OPAS — atualizações epidemiológicas (fev/2025 e ago/2025); CDC — Oropouche and pregnancy (nov/2025) · Análise: setembro de 2026

Resumo com convergências e divergências entre as atualizações de 2025–2026 em Neonatologia e as posições da Sociedade Brasileira de Pediatria, AAP, NICE, AEP/SENeo, Sociedade Italiana de Neonatologia, Harvard (Boston Children's) e Johns Hopkins. [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. O que mudou em 2025–2026 | 4. Concordâncias e discordâncias |
| 2. Posição brasileira (SBP) | 5. Síntese |
| 3. Posição das referências internacionais | 6. Fontes |

EM RESUMO

A **Nota de Alerta nº 228 da SBP (18/09/2025)** consolida o que se sabe sobre o vírus Oropouche (OROV) desde que o Brasil se tornou, em 2024, o primeiro país a notificar **transmissão vertical** (5 casos confirmados: 4 óbitos fetais e 1 anomalia congênita), e descreve a **síndrome de Oropouche congênita** — microcefalia grave, artrogripose, atrofia córtico-subcortical, ventriculomegalia ex-vácuo, lisencefalia-paquigiria e cicatrizes coriorretinianas, semelhante mas distinta da síndrome congênita do Zika. Para o RN de mãe infectada, a SBP recomenda **RT-qPCR e sorologia em placenta, sangue de cordão e soro do RN e da mãe**, com líquido se houver alteração neurológica ou malformação — em linha com a Nota Técnica Conjunta nº 135/2024 do Ministério da Saúde, que considera **IgM no RN até 5 dias de vida** indicativa de infecção intrauterina. O **CDC (31/01/2025)** diverge: recomenda **RT-PCR no soro do RN o mais próximo possível do nascimento, não recomenda sangue de cordão** (resultados falso-positivos e falso-negativos) e considera o ensaio de IgM indisponível para lactentes. Há concordância em tratamento de suporte sem anti-inflamatórios não esteroides, notificação e prevenção de picadas. As **lacunas brasileiras** são o protocolo de seguimento do exposto — o CDC define perímetro cefálico, ultrassonografia de crânio com limiar baixo, exame ocular e triagem auditiva por PEATE — e o **aleitamento materno**, que o CDC incentiva (19/11/2025) e a SBP não menciona. NICE, AEP, SIN/SIP, Harvard e Johns Hopkins não têm documento específico localizado; a OPAS limita-se à vigilância.

1. O que mudou em 2025–2026

DATA	INSTITUIÇÃO	DOCUMENTO	O QUE MUDOU
12/07/2024	Ministério da Saúde	NT nº 15/2024-SVSA/MS	Intensificação da vigilância da transmissão vertical do OROV (antecedente)
14/08/2024	Ministério da Saúde	NT Conjunta nº 135/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS	Definição de suspeita de transmissão vertical; amostras do RN (soro, sangue de cordão, placenta, cordão, LCR); IgM ≤ 5 dias = infecção intrauterina; notificação imediata (antecedente)
20/12/2024	Ministério da Saúde	NT nº 117/2024-CGARB	Transmissão vertical confirmada; coleta de placenta e anexos; gestantes evitarem atividades de exposição ao vetor (antecedente)
31/01/2025	CDC (EUA)	Clinical considerations for infants	Avaliação de todo RN de mãe com infecção confirmada/provável; RT-PCR no soro do RN; sangue de cordão não recomendado ; PC, USG de crânio, exame ocular, PEATE
31/01/2025	CDC (EUA)	Clinical considerations — pregnancy	Considerar USG fetal seriada a cada 4 semanas
11/02/2025 e 13/08/2025	OPAS	Atualizações epidemiológicas	Até a SE 30/2025, 12.786 casos confirmados nas Américas, 11.888 no Brasil; vigilância de infecção vertical, malformação e morte fetal
18/09/2025	SBP	Nota de Alerta nº 228	Síntese clínica, síndrome congênita, amostras do RN exposto, suporte sem AINE, prevenção
19/11/2025	CDC (EUA)	Oropouche and pregnancy	Gestantes reconsiderarem viagens não essenciais a áreas nível 2; prevenção até 3 semanas após a viagem; aleitamento incentivado
20/07/2026	CDC (EUA)	Página geral sobre Oropouche	Revisão da página institucional

2. Posição brasileira (SBP)

Documento: Nota de Alerta nº 228, 18/09/2025, 8 p. Departamento Científico de Infectologia (pres. Marco Sáfadi; relatores Robério Leite e Maria Cleonice Justino; colaboradores, entre outros, Lavinia Schuler-Faccini e André Pessoa).

TEMA	CONTEÚDO
Agente e vetor	Orthobunyavirus; vetor principal <i>Culicoides paraensis</i> (maruim), <i>Culex</i> secundário; expansão para fora da Amazônia
Epidemiologia	2024: 16.239 casos nas Américas (Brasil 13.785, 4 óbitos); 2025, SE 1–4: 3.678 casos no Brasil. Transmissão vertical notificada pela primeira vez no Brasil em 2024 — 5 confirmados (4 óbitos fetais, 1 anomalia); em investigação 22 óbitos fetais, 5 abortos e 4 anomalias
Quadro clínico	Febre + cefaleia intensa + ≥ 2 de: mialgia/artralgia, calafrios, fotofobia, tontura, dor retro-ocular, sintomas gastrointestinais ou neurológicos; recorrência em ~60% dos adultos; meningite/encefalite, Guillain-Barré; 2 óbitos em mulheres jovens (BA) com coagulopatia/hepatite
Crianças	Série do Ceará (2024, 13 casos de 0–12 anos): evolução benigna, febre em 100%, mialgia/cefaleia em 62%, sem recorrência nem neuroinvasão
Síndrome congênita	3 casos (IgM na mãe e no RN): microcefalia grave, artrogripose, atrofia córtico-subcortical, ventriculomegalia ex-vácuo, lisencefalia-paquigiria, cistos, afinamento medular, sem calcificações inequívocas, cicatrizes coriorretinianas; semelhante, mas distinta, da síndrome congênita do Zika
Diagnóstico	RT-qPCR na fase aguda (2–7 dias) — disponível em todos os LACEN; LCR se meningite/encefalite; sorologia a partir do 5º dia, apenas em laboratórios de referência
RN de mãe infectada	Mesmo assintomático: RT-qPCR e sorologia em placenta, sangue de cordão e soro do RN e da mãe ; se complicação neurológica ou malformação, também LCR
Tratamento	Suporte (paracetamol, dipirona); AINE contraindicados ; hospitalizar se meningite/encefalite, hemorragia ou desidratação
Notificação	Compulsória imediata
Prevenção	Telas finas, roupas, repelentes com DEET ou icaridina, mosquiteiro; cita o CDC (gestantes reconsiderarem viagens a áreas nível 2); seguimento de coortes (consórcio Zika)

Não aborda: protocolo de seguimento do RN exposto (neuroimagem, fundo de olho, audição, perímetro cefálico seriado); definição de caso congênito do Ministério da Saúde; **aleitamento materno**; ultrassonografia pré-natal seriada; notificação de óbitos fetais; dados completos de 2025.

O documento se apoia nas notas técnicas do Ministério da Saúde de 2024. A **NT Conjunta nº 135/2024** define suspeita de transmissão vertical como malformação do SNC (microcefalia, ventriculomegalia, alteração de corpo caloso, hipoplasia cortical) sem outra causa, em filho de gestante que residiu ou viajou para área com circulação do vírus ou teve quadro arboviral na gestação; prevê, no RN/feto, **soro e sangue de cordão ao nascer, dois fragmentos de placenta, segmento de cordão, LCR se indicado e tecidos de necropsia**, com RT-qPCR para DENV, CHIKV, ZIKV, OROV e MAYV, **IgM (MAC-ELISA) no RN até 5 dias após o parto como marcador de infecção intrauterina**, inibição da hemaglutinação e imuno-histoquímica; e exige **notificação imediata** (SINAN e RESP-Microcefalia para anomalias e óbitos fetais). Não localizamos nota técnica de 2025–2026 com protocolo de seguimento de crianças expostas.

3. Posição das referências internacionais

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
EUA — CDC	CDC — Clinical considerations for infants (31/01/2025) ; CDC — Clinical considerations during pregnancy (31/01/2025) ; CDC — Oropouche and pregnancy (19/11/2025) ; MMWR 2024;73(35) ; página geral (20/07/2026)	Avaliar todos os RN de mulheres com infecção confirmada ou provável na gestação. RT-PCR no soro do RN o mais próximo possível do nascimento ; RT-PCR no LCR se colhido por outro motivo; sangue de cordão não recomendado (falso-positivos e falso-negativos); PRNT não recomendado em lactentes; IgM "não disponível atualmente". Exame: perímetro cefálico (limiar baixo para USG de crânio), exame ocular com oftalmoscópio (limiar baixo para oftalmologista), triagem auditiva preferencialmente por PEATE ; seguimento do desenvolvimento conforme a AAP. Gestação: considerar USG fetal a cada 4 semanas ; teste em líquido amniótico indisponível; reconsiderar viagens não essenciais a áreas nível 2; prevenção de picadas durante e 3 semanas após a viagem. Aleitamento incentivado (sem evidência de transmissão pelo leite).
EUA — AAP	Sem documento específico localizado	O CDC remete o seguimento do desenvolvimento às recomendações de vigilância da AAP
OPAS/OMS	OPAS — Oropouche (alertas 13/12/2024, 28/08/2025; atualizações 11/02/2025, 13/08/2025) ; Atualização epidemiológica 13/08/2025	Vigilância de possíveis casos de infecção vertical, malformação congênita ou morte fetal, com RT-PCR e IgM em múltiplas amostras (gestante, feto, natimorto, nascido vivo). Até a SE 30/2025: 12.786 casos confirmados na região, 11.888 no Brasil, 501 no Panamá, 330 no Peru
Reino Unido — NICE / BAPM	Sem documento específico localizado	—
Espanha — AEP / SENEo	Sem documento específico localizado	—
Itália — SIN / SIP	Sem documento específico localizado	—
Harvard — Boston Children's	Sem documento específico localizado	—
Johns Hopkins	Sem documento específico localizado	—

4. Concordâncias e discordâncias

TEMA	SBP	AAP	NICE/UK	AEP/SENEO	ITÁLIA	HARVARD	J. HOPKINS	LEITURA
Amostras do RN exposto	Soro RN e mãe, cordão , placenta (PCR + sorologia)	CDC: soro do RN; cordão não	—	—	—	—	—	Divergência central
IgM no RN	Sim (referência; MS: ≤ 5 d = intrauterina)	CDC: indisponível; PRNT não	—	—	—	—	—	Divergência
LCR	Se alteração neurológica/malformação	Se colhido por outro motivo	—	—	—	—	—	Concordância parcial
Avaliação do exposto	Não detalha	CDC: PC, USG crânio, olho, PEATE	—	—	—	—	—	Lacuna SBP
Seguimento	Coortes (consórcio Zika)	Desenvolvimento conforme AAP	—	—	—	—	—	Lacuna geral
USG pré-natal seriada	Não aborda	CDC: a cada 4 sem	—	—	—	—	—	Lacuna SBP
Aleitamento	Não aborda	CDC: incentivado	—	—	—	—	—	Lacuna SBP
Tratamento	Suporte, sem AINE	Suporte, sem AINE	—	—	—	—	—	Concordância
Prevenção na gestante	Telas, roupas, repelente; cita CDC	Reconsiderar viagem; 3 sem pós-viagem	—	—	—	—	—	Concordância
Notificação	Compulsória imediata	—	—	—	—	—	—	MS: imediata, SINAN/RESP

5. Síntese

O Oropouche é hoje, sobretudo, um problema brasileiro: segundo a OPAS, o país respondia por cerca de 93% dos casos confirmados das Américas até a SE 30 de 2025 (11.888 de 12.786), e foi aqui que se documentaram os primeiros casos de transmissão vertical e a síndrome congênita. Isso explica por que as referências europeias e as instituições norte-americanas de ensino não têm documento neonatal próprio e o contraponto internacional se resume ao CDC. Onde os documentos se tocam — tratamento de suporte sem AINE, notificação, prevenção de picadas com barreiras físicas e repelentes, cautela com a gestante em área de transmissão — há concordância.

A **divergência técnica** está no diagnóstico do RN exposto. A SBP e o Ministério da Saúde adotam uma estratégia de coleta ampla, que inclui placenta, segmento de cordão, sangue de cordão e soro do RN, com RT-qPCR e sorologia, e usam a IgM por MAC-ELISA até o 5º dia de vida como marcador de infecção intrauterina. O CDC é mais restritivo: prioriza o RT-PCR no **soro do próprio RN, colhido logo após o nascimento**, desaconselha o sangue de cordão pelo risco de resultados falso-positivos e falso-negativos, não recomenda PRNT e considera o ensaio de IgM indisponível para lactentes. Na prática, a coleta de soro do RN, que ambas as estratégias contemplam, é o ponto comum a garantir, e um resultado isolado de sangue de cordão deve ser interpretado com cautela.

A **principal lacuna** da nota brasileira é o que fazer depois do nascimento. O CDC define uma avaliação mínima para todo RN exposto — perímetro cefálico com limiar baixo para ultrassonografia de crânio, exame ocular com limiar baixo para o oftalmologista e triagem auditiva por PEATE — e acompanhamento do desenvolvimento; a SBP remete ao seguimento de coortes e as notas técnicas do Ministério localizadas não trazem protocolo estruturado. A outra omissão é o **aleitamento materno**: o CDC o incentiva por falta de evidência de transmissão pelo leite, enquanto a nota da SBP não o menciona — silêncio que, na prática, pode gerar suspensões desnecessárias.

OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

1. **Gestante com infecção confirmada ou provável:** notificar imediatamente e programar, no nascimento, a coleta de **soro do RN o mais cedo possível** para RT-qPCR e sorologia; seguir a NT 135/2024 (placenta, segmento de cordão) quando houver fluxo com o LACEN, lembrando que o CDC considera o sangue de cordão pouco confiável.
2. **IgM no RN:** interpretar conforme o Ministério da Saúde (IgM até 5 dias de vida sugere infecção intrauterina), com a ressalva de que a sorologia só é feita em laboratórios de referência.
3. **Avaliação mínima do exposto, mesmo assintomático:** perímetro cefálico, exame neurológico, fundo de olho, **PEATE** e ultrassonografia transfontanelar com limiar baixo; LCR e neuroimagem se houver microcefalia, artrogripose ou alteração neurológica.
4. **Seguimento do desenvolvimento** com perímetro cefálico seriado, avaliação neurológica e oftalmológica, na falta de protocolo nacional, usando como modelo o seguimento dos expostos ao Zika.
5. **Não suspender o aleitamento materno:** não há evidência de transmissão pelo leite, e o CDC o incentiva expressamente.
6. **Tratamento sintomático** com paracetamol ou dipirona; **AINE contraindicados**; orientar telas finas, mosquiteiro e repelente com DEET ou icaridina para gestantes em área de circulação.

6. Fontes

- SBP. Febre de Oropouche em criança e o risco de transmissão vertical. Nota de Alerta nº 228, Departamento Científico de Infectologia, 18/09/2025.
- Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 15/2024-SVSA/MS (12/07/2024). gov.br
- Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 135/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS — notificação e investigação em gestantes, anomalias congênitas e óbitos fetais (14/08/2024). gov.br
- Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 117/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS (20/12/2024). gov.br
- CDC. Clinical considerations for Oropouche in infants (31/01/2025). cdc.gov
- CDC. Clinical considerations for Oropouche during pregnancy (31/01/2025). cdc.gov
- CDC. Oropouche and pregnancy (19/11/2025). cdc.gov
- CDC. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2024;73(35). cdc.gov
- CDC. Oropouche (página geral, revisada em 20/07/2026). cdc.gov
- OPAS. Oropouche — alertas e atualizações epidemiológicas (2024–2025). paho.org
- OPAS. Epidemiological update — Oropouche in the Region of the Americas (13/08/2025). paho.org

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.