



Dr. José Roberto Stefani
Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076
Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

CONJUNTIVITE NEONATAL

Oftalmia neonatorum — material acadêmico para o ENAMED

Texto não resumido · fisiopatologia aplicada, comparação de protocolos e doses.

Material de apoio ao ensino e à prática; não substitui a leitura integral das diretrizes nem o julgamento clínico. As condutas devem ser individualizadas e revisadas conforme novas evidências.

1. Importância do tema na Pediatria

A conjuntivite neonatal (oftalmia neonatorum) é importante pelo risco visual: a forma gonocócica é grave e pode levar à perfuração de córnea e cegueira, e a clamídia é a causa infecciosa mais comum, podendo associar-se a pneumonia. A profilaxia ao nascer (método de Credé) reduz a incidência.

2. Avaliação inicial

Caracterizar o tempo de início (orienta a etiologia), o aspecto da secreção e o grau de edema palpebral, e avaliar o acometimento corneano. Investigar a história materna (cervicite, pré-natal).

3. Fisiopatologia aplicada

O agente é adquirido ao passar pelo canal de parto. A cronologia orienta o diagnóstico: química (pela própria profilaxia) nas primeiras 24 h; gonocócica entre o 2º e o 5º dia (grave); clamídia entre o 5º e o 14º dia (mais comum); herpética e outras bactérias também ocorrem. Implicação: o tratamento das formas gonocócica e clamídica é sistêmico.

4. Diagnóstico

Critérios clínicos

Tempo de início + aspecto da secreção (purulenta intensa = gonococo; mucopurulenta mais branda = clamídia).

Exames essenciais

Exame	Utilidade
Gram e cultura da secreção	Diplococos Gram-negativos (gonococo)
PCR / imunofluorescência	Clamídia e gonococo
Avaliação oftalmológica	Acometimento corneano (gonococo)

5. Conduta e tratamento

- 1** — profilaxia ao nascer (método de Credé): pomada de eritromicina 0,5% (ou nitrato de prata 1% / iodopovidona).



Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

2. **2** — gonocócica (emergência): tratamento sistêmico, lavagem ocular com soro fisiológico, internação, avaliação oftalmológica e tratamento da mãe/parceiros.
3. **3** — clamídia: tratamento sistêmico (o tópico isolado é insuficiente e não previne a pneumonia).

Doses (protocolo medicamentoso)

Medicação	Dose	Apresentação	Observações
Eritromicina (profilaxia)	Pomada 0,5% — 1 aplicação ao nascer	Pomada oftálmica 0,5%	Credé; alternativas: nitrato de prata 1%, iodopovidona
Ceftriaxona (gonococo)	25–50 mg/kg (máx ~125 mg) IM/IV dose única	Pó (250 mg/1 g)	Evitar se hiperbilirrubinemi a/cálcio IV
Cefotaxima (gonococo)	100 mg/kg IM/IV dose única	Pó (500 mg/1 g)	Alternativa no RN icterico
Eritromicina (clamídia)	50 mg/kg/dia VO ÷ 6/6 h, 14 dias	Suspensão oral	Risco de estenose de piloro
Azitromicina (clamídia)	20 mg/kg/dia VO, 3 dias	Suspensão oral	Alternativa

As doses neonatais dependem do peso e das idades gestacional e pós-natal — confirme sempre em formulário neonatal (ex.: Neofax) e no protocolo da sua unidade antes de prescrever.

Fluxograma terapêutico (resumo)

1. **Passo 1** — profilaxia de Credé ao nascer.
2. **Passo 2** — secreção purulenta intensa (2–5 d) → gonococo → ceftriaxona/cefotaxima + lavagem + internar.
3. **Passo 3** — secreção mucopurulenta (5–14 d) → clamídia → eritromicina/azitromicina sistêmica.

6. Comparação de protocolos

Os protocolos da SBP, AAP, NICE, AEP, Oxford (Oxford Handbook), Harvard (Cloherty and Stark's) e do Ministério da Saúde do Brasil convergem nos pontos abaixo; as divergências são pontuais.

- **Convergências:** profilaxia ocular ao nascer; tratamento sistêmico para gonococo e clamídia; preferir cefotaxima à ceftriaxona no RN icterico.
- **Divergências (pontuais):** o agente profilático de escolha (eritromicina × iodopovidona × nitrato de prata) e a abordagem de rastreio/tratamento materno.



Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

7. Critérios de internação

- **Internação/ambulatorial:** gonocócica → internação (emergência); clamídia geralmente ambulatorial com tratamento sistêmico e seguimento.

8. Complicações

- Gonococo: ceratite, úlcera e perfuração de córnea, cegueira, disseminação. Clamídia: pneumonia (1–3 meses).

9. Erros comuns

- tratar apenas topicamente; não tratar mãe/parceiros; usar ceftriaxona no RN com hiperbilirrubinemia.

10. Considerações finais — pontos-chave (ENAMED)

- ▶ Tempo de início orienta a causa: química (< 24 h), gonococo (2–5 d), clamídia (5–14 d).
- ▶ Gonocócica é emergência — risco de perfuração de córnea e cegueira.
- ▶ Clamídia e gonococo exigem tratamento SISTÊMICO; o tópico não basta.
- ▶ Profilaxia de Credé previne a oftalmia neonatorum.

Referências (ABNT NBR 14724)

1. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. STI Treatment Guidelines — Ophthalmia Neonatorum.
2. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Red Book — Chlamydia trachomatis; Neisseria gonorrhoeae.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Profilaxia ocular do recém-nascido.

Última revisão de conteúdo: junho/2026. Confirme as diretrizes vigentes e as doses antes de publicar.



Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

Casos clínicos (estilo ENAMED)

Caso 1

RN com 3 dias de vida, mãe sem pré-natal, com secreção purulenta abundante em ambos os olhos, edema palpebral intenso e dificuldade para abrir as pálpebras.

Questão 1. Agente mais provável e gravidade?

- (A) Conjuntivite química, autolimitada
- (B) *Neisseria gonorrhoeae* — grave, risco de perfuração de córnea
- (C) *Chlamydia trachomatis* — branda
- (D) Adenovírus — autolimitada
- (E) *Staphylococcus epidermidis* — banal

Questão 2. Tratamento mais adequado?

- (A) Apenas colírio tópico em casa
- (B) Ceftriaxona dose única (ou cefotaxima se hiperbilirrubinemia) + lavagem ocular, hospitalar, investigando a mãe
- (C) Aciclovir sistêmico
- (D) Observação 48 h
- (E) Corticoide tópico

Questão 3. Principal complicação se não tratada?

- (A) Catarata congênita
- (B) Úlcera e perfuração de córnea com cegueira
- (C) Glaucoma de ângulo fechado
- (D) Retinopatia da prematuridade
- (E) Estrabismo

Caso 2

RN com 8 dias, secreção mucopurulenta moderada; a mãe teve cervicite tratada de forma incompleta na gestação.

Questão 4. Agente mais provável pelo tempo de início?

- (A) *Neisseria gonorrhoeae*
- (B) *Chlamydia trachomatis*
- (C) *Pseudomonas*
- (D) Herpes simples
- (E) Conjuntivite química

Questão 5. Base do tratamento?

- (A) Tratamento sistêmico (eritromicina ou azitromicina VO); tópico isolado é insuficiente
- (B) Apenas pomada tópica
- (C) Ceftriaxona única, sem sistêmico
- (D) Lavagem ocular sem antibiótico



Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

(E) Corticoide sistêmico

Questão 6. Complicação sistêmica associada a esse agente?

- (A) Meningite precoce
- (B) Pneumonia por clamídia (1–3 meses)
- (C) Artrite séptica
- (D) Endocardite
- (E) Osteomielite

Gabarito comentado

Questão 1 — Resposta: B Secreção purulenta abundante e edema intenso entre o 2º e o 5º dia sugerem conjuntivite gonocócica, a forma mais grave.

Questão 2 — Resposta: B Emergência: ceftriaxona dose única (ou cefotaxima se icterico) + lavagem ocular, internação e investigação materna.

Questão 3 — Resposta: B A gonocócica pode evoluir com úlcera e perfuração de córnea e cegueira.

Questão 4 — Resposta: B Início entre 5–14 dias e história materna de cervicite apontam Chlamydia trachomatis.

Questão 5 — Resposta: A A clamídia exige tratamento sistêmico (eritromicina/azitromicina); o tópico não erradica nem previne a pneumonia.

Questão 6 — Resposta: B A clamídia pode causar pneumonia no lactente (1–3 meses).

Última revisão de conteúdo: junho/2026. Confirme as diretrizes vigentes e as doses antes de publicar.