



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
/SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

## Protocolo de Atenção à Saúde

# PROTOCOLO DE USO DE IODOPOVIDONA 2,5% NA PROFILAXIA DA OFTALMIA NEONATAL

**Área(s):** Gerência de Atenção Multiprofissional GEAM/FC/HMIB e Unidade de Terapia Neonatal - SES/HMIB/DAS/GACL/UTI NEO

Portaria SES-DF Nº 283 de 1º de agosto de 2025, publicada no DODF Nº 146 de 06 de agosto de 2025.



## LISTA DE ABREVIATURAS

**CCFT** - Comissão Central de Farmácia e Terapêutica

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PVPI** - Polivinil pirrolidona iodo

**RN** - Recém-nascido

**SBP** - Sociedade Brasileira de Pediatria

**SES DF** - Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal

**USPSTF** - US Preventive Services Task Force .

## SUMÁRIO

1.	Metodologia de Busca da Literatura.....	5
1.1.	Bases de dados consultadas.....	5
1.2.	Palavra(s) chaves(s).....	5
1.3.	Período referenciado e quantidade de artigos relevantes.....	5
2.	Introdução.....	5
3.	Justificativa.....	8
4.	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).....	8
5.	Diagnóstico Clínico ou Situacional.....	8
6.	Critérios de Inclusão.....	9
7.	Critérios de Exclusão.....	9
8.	Conduta.....	9
8.1.	Conduta Preventiva.....	9
8.2.	Tratamento Não Farmacológico.....	10
8.3.	Tratamento Farmacológico.....	10
9.	Benefícios Esperados.....	11
10.	Monitorização.....	11
11.	Acompanhamento Pós-tratamento.....	12
12.	Termo de consentimento informado – TCI.....	12
13.	Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor.....	12
14.	Referências Bibliográficas.....	13

## 1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA

### 1.1. Bases de dados consultadas

Foram consultadas diretrizes de tratamento em sociedades nacionais e internacionais de neonatologia e pediatria, revisões sistemáticas, metanálises em bases de dados (Cochrane, Embase e Pubmed/Medline) e recomendações em bases de síntese (Dynamed, UptoDate, BMJ e Medscape).

### 1.2. Palavra(s) chave(s)

Povidone-iodine, prophylaxis, ophthalmia neonatorum.

### 1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Durante o período de fevereiro a março de 2023 foram identificados 36 artigos sendo que 22 foram considerados relevantes e utilizados.

## 2. INTRODUÇÃO

A oftalmia neonatal, também chamada de conjuntivite neonatal, pode ser definida como uma doença infecciosa inflamatória da superfície ocular em recém-nascidos (RN), nas primeiras quatro semanas de vida (28 dias)<sup>1</sup>. Geralmente, a conjuntivite neonatal é associada à transmissão vertical e causas químicas, bacterianas ou virais, sendo alvo de profilaxia e tratamento específicos, dado o prognóstico potencialmente reservado associado à ausência de tratamento<sup>2</sup>.

Globalmente, a oftalmia neonatal pode ocorrer entre 1,6% e 12% dos RN<sup>3,4</sup>. A prevalência de oftalmia neonatal varia em diferentes partes do mundo e apresenta estreita relação com as condições socioeconômicas, nível educacional da população, cuidados maternos de saúde, bem como a implementação de programas de prevenção que consiste especialmente na triagem pré-natal e/ou recomendações oficiais quanto ao uso de medicamentos profiláticos<sup>4,5</sup>.

Enquanto a maioria dos microrganismos que causam oftalmia neonatal são adquiridos durante a passagem pelo canal de parto, outros são adquiridos após o nascimento<sup>5</sup>. Frequentemente, a oftalmia neonatal é causada pela transmissão de *Chlamydia trachomatis* da mãe para o RN durante o parto<sup>6,7</sup>. Os RN de mães infectadas com gonorreia têm um risco de 30% a 50% de desenvolver conjuntivite gonocócica<sup>7,8</sup>. A oftalmia neonatal pode ser causada por outros microrganismos além da Neisseria e Clamídia, como alguns vírus herpes simplex e adenovírus<sup>9</sup>. As frequências relativas de bactérias causadoras de oftalmia neonatal relatadas na literatura variam de acordo com o estudo e a localização geográfica<sup>8,9</sup>. Nos países em desenvolvimento, as estatísticas apresentam índices que alcançam até 23% dos RN, distribuídos nas várias idades gestacionais<sup>3,9</sup>. Infelizmente,

a conjuntivite no primeiro mês de vida continua sendo uma ameaça comum à visão em muitos países em desenvolvimento<sup>1-4,6,9</sup>.

A conjuntivite gonocócica não tratada ou tratada inadequadamente pode resultar em perfuração da córnea e perda de visão em 24 horas<sup>10</sup>. Os RNs, filhos de mães com infecção gonocócica não tratada, apresentam risco de 30% a 50% maior de desenvolver conjuntivite gonocócica, com complicações, incluindo perfuração ocular, cicatrizes e cegueira<sup>1-3</sup>. Em uma série de casos, a duração média da perfuração da córnea por oftalmia gonocócica não tratada foi de 11 dias<sup>10,11</sup>.

Em áreas com acesso limitado aos cuidados de saúde apropriados, diagnóstico clínico adequado e terapia farmacológica efetiva há maior risco de perda de visão por oftalmia gonocócica<sup>11</sup>. Na Europa, no final do século XIX, uma porcentagem significativa de pessoas ficaram cegas devido à oftalmia neonatal<sup>12-14</sup>. Nos Estados Unidos da América, entre as novas admissões em escolas para cegos entre 1906 e 1911, aproximadamente 24% foram decorrentes de oftalmia neonatal causada por *N. gonorrhoeae*, com uma variação de 8% a 45%<sup>6</sup>. Especificamente, foi relatado que o percentual de cegueira por oftalmia neonatal foi de 8% em Copenhague, 20% em Berlim, 30% em Viena e 45% em Paris<sup>6-8</sup>. Estima-se que durante o mesmo período 20% a 80% das crianças em instituições para cegos na Alemanha ficaram cegas devido à oftalmia neonatal causada por *N. gonorrhoeae*<sup>8</sup>. Em meados do século XIX, em Londres foi inaugurado o primeiro hospital, especialmente, para o tratamento de recém-nascidos com oftalmia neonatal chamado "S. Margaret's Hospital"<sup>6-8</sup>.

Até hoje, a oftalmia neonatal continua sendo uma causa de cegueira da córnea na infância em crianças<sup>6-8</sup>. No Brasil, embora não existam dados oficiais sobre a ocorrência de conjuntivite neonatal, alguns trabalhos recentes comprovam a elevada prevalência da infecção genital por *C. trachomatis* em mulheres de idade fértil e em gestantes, em sua grande maioria assintomática, com razoável prevalência também de *N. gonorrhoeae*<sup>6-11</sup>.

Não obstante, atualmente não há dados suficientes sobre a magnitude da conjuntivite neonatal no Brasil, especialmente acerca do seu perfil etiológico<sup>1-6</sup>. A falta de notificação compulsória e a confusão diagnóstica com a conjuntivite química determinam a subnotificação dos casos, uma vez que nem todos se manifestam ainda na maternidade, em especial a infecção por *C. trachomatis*, que pode levar de 5 a 14 dias para iniciar as manifestações, o que torna o papel da atenção básica fundamental no seguimento dos RN após a alta hospitalar<sup>2,3</sup>.

Uma variedade de agentes tópicos tem sido usada para profilaxia no período neonatal<sup>6-8</sup>. A profilaxia da oftalmia neonatal gonocócica, instituída em 1881 por Carls Sigmung Franz Credé, obstetra alemão, é considerada uma das medidas preventivas mais importantes instituídas no século XIX<sup>6-8</sup>. Credé quase eliminou a perda visual causada pela oftalmia neonatal no Ocidente com desenvolvimento da profilaxia com nitrato de prata<sup>8</sup>. O autor observou a elevada ocorrência de conjuntivite neonatal transmitida da mãe para o neonato pelo contato do RN com secreções vaginais durante o trabalho de parto, especialmente devido a contaminação

pela *N. gonorrhoeae*<sup>1,4</sup>. A partir dessa observação instituiu-se o método de Credé por meio da limpeza dos olhos dos RN com uma solução aquosa de nitrato de prata a 1%<sup>4,6</sup>. Tal procedimento ocasionou drástica redução dos casos de oftalmia neonatal no hospital onde o autor trabalhava em Leipzig<sup>1,2,4</sup>.

Nos últimos anos, a necessidade da utilização de medicamentos para a prevenção da conjuntivite neonatal tem sido questionada em países desenvolvidos, devido ao elevado nível de assistência pré-natal e acesso aos testes rápidos de diagnóstico durante as visitas no pré-natal<sup>9,10</sup>. Recentemente a *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) atualizou as recomendações com foco na prevenção da transmissão vertical da *N. gonorrhoeae*, enfatizando que embora a prevalência esteja em torno de 0,4 casos para cada 100.000 nascidos vivos (dados dos anos 2013-2017), a profilaxia da conjuntivite neonatal por transmissão vertical deve ser mantida<sup>11</sup>.

No Brasil, a profilaxia com o nitrato de prata foi regulamentada em 1977, pelo decreto-Lei 9713, e posteriormente, complementado pelo decreto-Lei 19.941/1982, que normatizou a operacionalização do método<sup>14-16</sup>. Não há normatização mais nova que revogue a redação do decreto-Lei. O nitrato de prata a 1% é ainda o medicamento de escolha para prevenção da oftalmia neonatal em muitos serviços de norte a sul do país<sup>12-14</sup>.

Um estudo recente mostrou que a prática da profilaxia com os sais de prata é realizada em 96% dos serviços perinatais, principalmente nas regiões norte e nordeste do Brasil<sup>13-15</sup>. Contudo, há várias dificuldades na manipulação do produto, armazenamento e manejo, além dos riscos de conjuntivite química que começaram a fazer com que outros produtos fizessem parte do arsenal de profilaxia, aliado ao aparecimento de *C. trachomatis*, altamente prevalente em gestantes e que não consegue ser prevenida pelos sais de prata<sup>15,16</sup>.

Em vários países o nitrato de prata foi substituído por agentes antimicrobianos tópicos, tais como eritromicina a 0,5% e tetraciclina a 1%<sup>17,18</sup>. Contudo, tais antimicrobianos citados não são totalmente eficazes contra todas as bactérias causadoras de oftalmia neonatal<sup>18,19</sup>. No caso de *N. gonorrhoeae*, surgiram cepas produtoras de beta-lactamase e a eficácia da tetraciclina e da eritromicina como agentes profiláticos tópicos contra essas cepas é questionável<sup>18-20</sup>. Recentemente, o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2014 sobre resistência antimicrobiana destacou que em 36 países houve aumento da resistência de *N. gonorrhoeae* às cefalosporinas de terceira geração<sup>17-19</sup>.

Diversos surtos de conjuntivite bacteriana resistente a antibióticos em recém-nascidos levaram os pesquisadores a procurar um novo agente profilático que fosse eficaz contra os patógenos etiológicos mais comuns sem causar resistência<sup>18,19</sup>. Um estudo piloto foi conduzido para determinar a eficácia de iodopovidona 2,5% para verificar a diminuição no número de unidades formadoras de colônias bacterianas e, em seguida, sua eficácia como agente profilático foi avaliada registrando a incidência de oftalmia neonatal em um estudo de vários anos<sup>20,21</sup>. A iodopovidona também conhecida como polivinil pirrolidona iodo (PVPI) é um complexo químico, solúvel em água com conteúdo de 9% a 12% de iodo ativo, calculado sobre uma base seca<sup>20</sup>. O uso da

PVPI é eficaz contra bactérias, fungos e vírus. Quando usado como solução a 2,5%, é bem tolerada pelos olhos sensíveis dos recém-nascidos. A conjuntiva fica marrom após a instilação, indicando aplicação adequada<sup>20,21</sup>. A maior eficiência da iodopovidona e a ausência de resistência antimicrobiana comprovada é um fator chave para encorajar seu uso, atualmente recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria<sup>4,10</sup>.

A avaliação da disponibilidade da iodopovidona pela Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) é definida pela Comissão Central de Farmácia e Terapêutica (CCFT) subordinada à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde<sup>17</sup>. Este protocolo tem como público-alvo pediatras, neonatologistas e outros profissionais de saúde especialistas em saúde da criança para nortear as condutas adequadas da utilização iodopovidona nas maternidades da SES-DF.

### **3. JUSTIFICATIVA**

O atual medicamento disponível na rede apresenta elevada toxicidade quando comparada com a PVPI, o nitrato de prata possui questionável ação contra clamídia e relatos frequentes de conjuntivite química. As novas recomendações da OMS e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) são de usar PVPI pois há eficácia anti-infecciosa, maior eficiência e menor ocorrência de reações adversas<sup>3,4,5</sup>.

### **4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)**

CIDP 39.1 - Profilaxia da Conjuntivite neonatal.

### **5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL**

O olho é o local mais frequente de infecção gonocócica do RN<sup>22</sup>. A infecção tipicamente causa uma conjuntivite purulenta, com exsudato abundante e edema palpebral<sup>23</sup>. A infecção geralmente se manifesta de dois a cinco dias após o nascimento.

Os RN que desenvolvem conjuntivite após o primeiro dia de vida ou parecem ter conjuntivite química grave ou persistente devem ser avaliados criteriosamente<sup>23</sup>. Sobretudo, fatores como profilaxia oftálmica, tamanho do inóculo ou variações na virulência podem resultar em um curso mais indolente e início tardio<sup>23,24</sup>.

A oftalmia neonatal é confirmada por cultura positiva de exsudato para *N. gonorrhoeae* em RN com conjuntivite<sup>23,24</sup>. A cultura do exsudato deve ser realizada usando meios seletivos (por exemplo, meio Thayer-Martin modificado) que inibem a microbiota normal e os organismos *Neisseria* não-patogênicos<sup>23,24</sup>. As culturas de swabs orofaríngeos e retais também podem ser úteis para confirmar o diagnóstico<sup>23,24</sup>.

A *N. gonorrhoeae* é uma causa rara de conjuntivite neonatal em áreas do mundo onde a profilaxia oftalmológica é rotineira<sup>23,24</sup>. Em uma série de 332 RN com conjuntivite, metade não teve nenhum patógeno

detectado<sup>23,24</sup>. Os patógenos bacterianos mais comuns foram *H. influenzae* (17%), *S. pneumoniae* (12%), *S. aureus* (9%) e *C. trachomatis* (8%); nenhum caso de infecção gonocócica foi identificado<sup>23</sup>. Em outras séries, *S. aureus* foi o mais patógeno comum e *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* foram responsáveis por menos de 5% dos casos<sup>23,24</sup>.

A coinfeção com *C. trachomatis* é comum na doença gonocócica<sup>23</sup>. A mãe da criança e seu(s) parceiro(s) sexual(is) devem ser avaliados e tratados para infecção gonocócica<sup>22-24</sup>. Uma coloração de Gram do exsudato conjuntival deve ser examinada para a presença de típicos diplococos intracelulares gram-negativos em forma de feijão<sup>22</sup>.

As causas não infecciosas de conjuntivite neonatal incluem conjuntivite química (causada por colírios ou pomadas profiláticas) e dacriostenose; no entanto, essas últimas causas geralmente não estão associadas à secreção ocular purulenta<sup>22,23</sup>.

## **6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Recém-nascidos na primeira hora após o nascimento.

## **7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Recém-nascidos que desenvolvem conjuntivite após o primeiro dia de vida ou que parecem ter conjuntivite química grave ou persistente.

## **8. CONDUTA**

### **8.1. Conduta Preventiva**

A principal forma de prevenção é o acompanhamento pré-natal adequado para rastreamento e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis<sup>3</sup>. Em nosso país, devido às dificuldades de acesso ao pré-natal e a indisponibilidade de diagnóstico precoce para infecção por gonococo e clamídia (ainda na gravidez), a profilaxia para oftalmia neonatal continua sendo recomendada pelo Ministério da Saúde e pelo Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Além disso, as Diretrizes da Saúde Ocular na infância, edição de 2013, orientam o uso de iodopovidona a 2,5% como profilaxia<sup>1,3</sup>. Sem tratamento, a oftalmia pode se estender das camadas epiteliais superficiais para o tecido conjuntivo subconjuntival e a córnea, levando à ulceração, cicatrização e deficiência visual<sup>1-3</sup>. A melhoria do cuidado pré-natal pode ser parcialmente responsável pela diminuição da incidência dessa infecção que pode causar cegueira<sup>1,3</sup>. A triagem pré-natal e o tratamento de mulheres infectadas, assim como a profilaxia neonatal de rotina, reduziram a incidência de conjuntivite gonocócica nos últimos anos para 0,4 casos por 100.000 nascidos vivos<sup>3,5</sup>. Esta baixa incidência

requer atenção pré-natal sistematizada para identificar mulheres infectadas, complementar com a profilaxia para RN de mulheres que foram infectadas após a triagem inicial<sup>5</sup>.

## **8.2. Tratamento Não Farmacológico**

A principal forma de prevenção é o acompanhamento pré-natal adequado para rastreamento e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis<sup>3</sup>. Em nosso país, devido às dificuldades de acesso ao pré-natal e a indisponibilidade de diagnóstico precoce para infecção por gonococo e clamídia (ainda na gravidez), a profilaxia para oftalmia neonatal continua a ser preconizada tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelo Departamento Científico de Neonatologia da SBP. Além disso, as Diretrizes da Saúde Ocular na infância, edição de 2013, orientam o uso de iodopovidona a 2,5% como profilaxia<sup>1,3</sup>.

Sem tratamento, a oftalmia pode se estender das camadas epiteliais superficiais para o tecido conjuntivo subconjuntival e a córnea, levando à ulceração, cicatrização e deficiência visual<sup>1-3</sup>.

A melhoria do cuidado pré-natal pode ser parcialmente responsável pela diminuição da incidência dessa infecção que pode causar cegueira<sup>1,3</sup>.

A triagem pré-natal e o tratamento de mulheres infectadas, assim como a profilaxia neonatal de rotina, reduziram a incidência de conjuntivite gonocócica nos últimos anos para 0,4 casos por 100.000 nascidos vivos<sup>35</sup>. Esta baixa incidência requer atenção pré-natal sistematizada para identificar mulheres infectadas, complementar com a profilaxia para RN de mulheres que foram infectadas após a triagem inicial<sup>5</sup>.

## **8.3. Tratamento Farmacológico**

O uso da PVPI possui menor toxicidade em relação ao nitrato de prata a 1%, é mais bem tolerada e tem um espectro amplo do que qualquer outro agente para profilaxia da oftalmia neonatal<sup>4,5</sup>. Além disso, não há relato de resistência bacteriana demonstrada até o momento<sup>3</sup>.

A PVPI a 2,5%, pode ser reconstituída a partir de pó a um custo mínimo, e é uma alternativa apropriada na rotina neonatal para profilaxia de oftalmia neonatal<sup>2</sup>.

Os oftalmologistas podem estar mais familiarizados com essa substância devido ao seu uso em preparações cirúrgicas<sup>4</sup>.

Todos os RNs devem receber profilaxia com iodopovidona na primeira hora após o nascimento. Uma única gota de iodopovidona é considerada eficaz na forma de profilaxia<sup>25</sup>. A aplicação 24h após o nascimento não traz benefício adicional para profilaxia contra oftalmia neonatal<sup>26</sup>. A aplicação de uma segunda gota de iodopovidona no primeiro dia pós-natal não traz benefício adicional, mas aumenta a incidência de edema palpebral<sup>27</sup>.

A antibioticoterapia ocular profilática reduz o risco de conjuntivite gonocócica; no entanto não é eficaz na

prevenção da conjuntivite por *C. trachomatis*<sup>25-27</sup>.

A incidência de oftalmia neonatal foi reduzida em 44% por iodopovidona, em comparação com 34% por eritromicina e 24% por nitrato de prata<sup>25</sup>. A iodopovidona foi mais eficaz contra clamídia, igualmente eficaz contra gonococo, vírus do herpes e vírus da imunodeficiência humana<sup>25</sup>.

### **8.3.1. Fármaco(s)**

**Tabela 1:** Medicamentos relacionados no protocolo, conforme Relação de Medicamentos padronizados na SES-DF (REME).

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Farmácia</b>
<b>39250</b>	IDOPOVIDONA SOLUÇÃO OFTÁLMICA 25 MG/ML (2,5%) FRASCO (MANIPULADO)	Uso hospitalar

Fonte: Conferir lista completa no link: <http://www.saude.df.gov.br/remefdf/>.

### **8.3.2. Esquema de Administração**

Aplicar 01 (uma) gota em cada olho, por via oftálmica. Preferencialmente na primeira ou até 4 horas de vida.

### **8.3.3. Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção**

Administração profilática em dose única.

## **9. BENEFÍCIOS ESPERADOS**

Redução da incidência de conjuntivite neonatal.

## **10. MONITORIZAÇÃO**

A profilaxia da oftalmia neonatal deve ser realizada de rotina da sala parto nos cuidados com o RN<sup>1-5</sup>. Após a administração do colírio, uma mancha marrom surge temporariamente na conjuntiva<sup>3,5</sup>. Dessa forma, é fácil confirmar a eficácia da administração. No caso do RN apresentar sintomas de oftalmia neonatal, ao longo de sua permanência no nosocômio, deverá ser instituído tratamento adequado.

A coleta de dados para monitoramento do uso da medicação deverá ser realizada com base em relatórios extraídos do sistema TrakCare, a partir da prescrição médica da iodopovidona oftálmica, registrada no prontuário eletrônico.

## 11. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Acompanhamento ambulatorial de rotina neonatal.

## 12. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – TCI

Não se aplica.

## 13. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

### 13.1 Indicador de Educação Permanente

<b>Indicador</b>	Número de ações de educação permanente sobre profilaxia com iodopovidona realizadas na unidade
<b>Conceituação</b>	Avalia a frequência de capacitações, treinamentos ou reuniões sobre o uso correto da iodopovidona conforme protocolo.
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ações não formalizadas podem não ser contabilizadas</li><li>• Baixa adesão da equipe mesmo com oferta da capacitação</li></ul>
<b>Fonte</b>	Relatórios da Gerência de Ensino e Pesquisa / registros internos da unidade
<b>Metodologia de Cálculo</b>	Número de ações educativas realizadas no período
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Semestral
<b>Periodicidade de envio à CPPAS</b>	Anual
<b>Unidade de medida</b>	Número absoluto
<b>Meta</b>	≥ 2 ações por ano
<b>Descrição da Meta</b>	Garantir ao menos duas ações anuais de capacitação ou atualização das equipes assistenciais

### 13.2 Indicadores de Resultado

<b>Indicador</b>	Proporção de recém-nascidos que receberam profilaxia ocular com iodopovidona nas primeiras 4 horas de vida
<b>Conceituação</b>	Avalia a adesão dos profissionais à prática preconizada no protocolo institucional para prevenção da oftalmia neonatal.
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Subnotificação por falhas no registro</li><li>• Diferença entre aplicação e registro efetivo</li></ul>
<b>Fonte</b>	Registros de sala de parto / prontuário eletrônico / livro de nascidos vivos
<b>Metodologia de Cálculo</b>	$\frac{\text{Nº de RN que receberam iodopovidona nas primeiras 4 horas}}{\text{Nº total de nascidos vivos na unidade no período}} \times 100$
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Mensal
<b>Periodicidade de envio à CPPAS</b>	Trimestral
<b>Unidade de medida</b>	Percentual (%)
<b>Meta</b>	≥ 95%
<b>Descrição da Meta</b>	Alcançar e manter alta cobertura de profilaxia com iodopovidona conforme protocolo institucional

<b>Indicador</b>	Taxa de recém-nascidos com diagnóstico confirmado de oftalmia neonatal
<b>Conceituação</b>	Avalia a efetividade da profilaxia no controle da incidência da infecção nos primeiros dias de vida.
<b>Limitações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico clínico pode ser confundido com conjuntivite química</li> <li>• Casos tardios podem não ser detectados durante internação neonatal</li> </ul>
<b>Fonte</b>	Prontuário eletrônico / notificação interna / registros da unidade neonatal
<b>Metodologia de Cálculo</b>	$\frac{\text{Nº de RN com oftalmia neonatal confirmada}}{\text{Nº de nascidos vivos no período}} \times 1000$
<b>Periodicidade de monitoramento</b>	Trimestral
<b>Periodicidade de envio à CPPAS</b>	Anual
<b>Unidade de medida</b>	Taxa por 1.000 nascidos vivos
<b>Meta</b>	$\leq 0,4$ por 1.000 NV
<b>Descrição da Meta</b>	Manter a incidência de oftalmia neonatal em níveis compatíveis com os países com profilaxia efetiva

#### 14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web: ISBN 978-85-334- 2477-7
3. Kapoor VS, Evans JR, Vedula SS. Interventions for preventing ophthalmia neonatorum. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 9. Art. No.: CD001862. DOI: 10.1002/14651858.CD001862.pub4.
4. Sociedade Brasileira de Pediatria. Profilaxia da Oftalmia Neonatal por Transmissão Vertical. Documento Científico Nº9. Dezembro de 2020.
5. UptoDate [Internet]. Overview of the routine management of the healthy newborn infant. Disponível em <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-routine-management-of-the-healthy-newborninfant/print?search=Povidone-iodine>. Acesso em 08 de março de 2023.
6. Ehlers, J., The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease. Fifth ed. 2008: Lippincott Williams & Wilkins.
7. Alves MR, Temporini ER, Kara-José N. Atendimento oftalmológico de escolares do sistema público de ensino no município de São Paulo: aspectos médico-sociais. Arq Bras Oftalmol 2000;63(5):359-63.

8. Amini E, Ghasemi M, Daneshjou K. A five-year study in Iran of ophthalmia neonatorum: prevalence and etiology. *Medical Science Monitor* 2008;14(2):90-6.
9. Di Bartolomeo S, Mirta DH, Janer M, Rodríguez Fermepin MR, Sauka D, Magariños F, et al. Incidence of Chlamydia trachomatis and other potential pathogens in neonatal conjunctivitis. *International Journal of Infectious Diseases* 2015;5(3):139-43.
10. Donham BP, Gibler WB. Images in emergency medicine. Gonococcal conjunctivitis. *Annals of Emergency Medicine* 2008;52(1):11.
11. Kawashima M, Kawakita T, Den S, Tomita M, Shimazaki J. Surgical management of corneal perforation secondary to gonococcal keratoconjunctivitis. *Eye* 2009;23(2):339-44.
12. McElnea E, Stapleton P, Khan S, Stokes J, Higgins G. Challenges in the management of Neisseria gonorrhoeae keratitis. *International Ophthalmology* 2015;35(1):135-40.
13. Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Resolução RDC nº 222 (jul 29, 2005). [Internet]. [acesso em 2012 out 18].
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
15. Isenberg SJ, Apt I, Wood M. A controlled trial of povidone-iodine as prophylaxis against ophthalmia neonatorum. *N Engl J Med* 1995;332(9):562-6.
16. Schaller UC, Klauss V. Is Crede's prophylaxis for ophthalmia neonatorum still valid? *Bull World Health Organ* 2001;79(3):262-3.
17. Subsecretaria de Saúde do Distrito Federal. Relação de Medicamentos do Distrito Federal de 2021. 2ª edição – 2021 – versão eletrônica.
18. Zar HJ. Neonatal chlamydial infections: prevention and treatment. *Paediatr Drugs* 2005; 7:103-10.
19. Meyer D. Ophthalmia neonatorum prophylaxis and the 21 st century antimicrobial resistance challenge. *Middle East Afr J Ophthalmol* 2014; 21:203-4.
20. Gomi CF, Granet DB. Common conditions affecting the external eye. In: Wilson ME, Saunders RA, Trivedi RH, editors. *Pediatric ophthalmology current thought and practical guide*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2009 .p. 4522.
21. Khan, Faisal Aziz, et al. "Efficacy of 2.5% and 1.25% povidone-iodine solution for prophylaxis of ophthalmia neonatorum." *J Coll Physicians Surg Pak* 26.2 (2016): 121-124.
22. Di Bartolomeo S, Mirta DH, Janer M, et al. Incidence of Chlamydia trachomatis and other potential pathogens in neonatal conjunctivitis. *Int J Infect Dis* 2001; 5:139.
23. Nsanze H, Dawodu A, Usmani A, et al. Ophthalmia neonatorum in the United Arab Emirates. *Ann Trop Paediatr* 1996; 16:27.
24. Pandey KK, Bhat BV, Kanungo R, et al. Clinico-bacteriological study of neonatal conjunctivitis. *Indian J Pediatr* 1990; 57:527.

25. Isenberg SJ, Apt L, Valenton M, Del Signore M, Cubillan L, Labrador MA, et al. A controlled trial of povidoneiodine to treat infectious conjunctivitis in children. *Am J Ophthalmol* 2002; 134:681-8.
26. Darling EK. A meta-analysis of the efficacy of ocular prophylactic agents for the prevention of Gonococcal and Chlamydial, Ophthalmia neonatorum. *J Midwifery Womens Health* 2010; 55:319-27.
27. Isenberg SJ, Apt L. The ocular application of Povidone-Iodine. *Community Eye Health* 2003; 16:30-1.

**ANEXOS**  
Fluxograma

