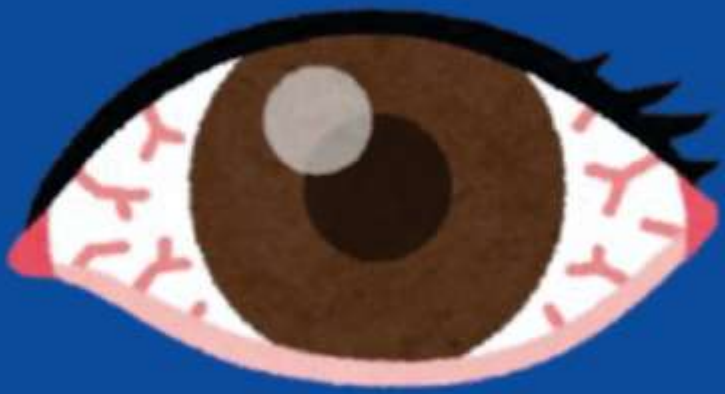
OLHO VERMELHO



Um guia de manejo prático Para o médico generalista

Luana Paula Nogueira de Araújo Brandão
Heitor Souza Ribeiro
Marcos Vinícius Freitas Lima

Hawking EDITORA

Olho Vermelho

Um guia de manejo prático para o médico generalista

DIREÇÃO EDITORIAL: Betijane Soares de Barros
REVISÃO: Autores
DIAGRAMAÇÃO: Luciele Vieira da Silva
DESIGNER DE CAPA FINAL: Editora Hawking
FONTE IMAGEM: Canva.com

O padrão ortográfico, o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas dos autores. Da mesma forma, o conteúdo da obra é de inteira e exclusiva responsabilidade de seus autores.

Todos os livros publicados pela Editora Hawking estão sob os direitos da Creative Commons 4.0 https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR

2026 Editora HAWKING
Av. Fernandes Lima, nº 08 - Farol Maceió - Alagoas, 57051-000
www.editorahawking.com.br editorahawking@gmail.com

Catalogação na publicação
Elaborada por Bibliotecária Bruna Heller (CRB10/2348)

B817o Brandão, Luana Paula Nogueira de Araújo.
Olho Vermelho [recurso eletrônico]: Um guia de manejo prático para o médico generalista / Luana Paula Nogueira de Araújo Brandão, Heitor Souza Ribeiro, Marcos Vinícius Freitas Lima. – Maceió, AL: Editora Hawking, 2026.
Dados eletrônicos (1 PDF).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-81683-68-9

1. Medicina – guias. 2. Médico generalista. I. Ribeiro, Heitor Souza. II. Lima, Marcos Vinícius Freiras. III. Título.

CDU 61(038)

Índice para catálogo sistemático:
1 Medicina 61
2 Guias (038)

Luana Paula Nogueira de Araújo Brandão
Heitor Souza Ribeiro
Marcos Vinícius Freitas Lima

Olho Vermelho

Um guia de manejo prático para o médico generalista

Maceió - AL
2026
Hawking EDITORA

Direção Editorial

Dra. Betijane Soares de Barros
Instituto Multidisciplinar de Alagoas – IMAS (Brasil)

Conselho Editorial

Dra. Adriana de Lima Mendonça/Universidade Federal de Alagoas – UFAL (Brasil), Universidade Tiradentes - UNIT (Brasil)

Dra. Ana Marlusia Alves Bomfim/ Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL (Brasil)

Dra. Ana Paula Morais Carvalho Macedo /Universidade do Minho (Portugal)

Dra. Andrea Marques Vanderlei Fregadolli/Universidade Federal de Alagoas – UFAL (Brasil)

Dr. Eduardo Cabral da Silva/Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (Brasil)

Dr. Fábio Luiz Fregadolli//Universidade Federal de Alagoas – UFAL (Brasil)

Dra. Maria de Lourdes Fonseca Vieira/Universidade Federal de Alagoas – UFAL (Brasil)

Dra. Jamyle Nunes de Souza Ferro/Universidade Federal de Alagoas – UFAL (Brasil)

Dra. Laís da Costa Agra/Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ (Brasil)

Dra. Lucy Vieira da Silva Lima/Universidade Federal de Alagoas – UFAL (Brasil)

Dr. Rafael Vital dos Santos/Universidade Federal de Alagoas – UFAL (Brasil), Universidade Tiradentes – UNIT (Brasil)

Dr. Anderson de Alencar Menezes/Universidade Federal de Alagoas – UFAL (Brasil)

SOBRE OS AUTORES

Dra. Luana Paula Nogueira de Araújo Brandão
Médica pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
Oftalmologista pela Fundação Altino Ventura (FAV)
Especialista em Retina e Vítreo Cirúrgica pela Fundação Altino Ventura (FAV)
Mestre e Doutora em Cirurgia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Heitor Souza Ribeiro
Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Marcos Vinícius Freitas Lima
Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

SUMÁRIO

PREFÁCIO..... 9

INTRODUÇÃO..... 11

CAPÍTULO 1
A AVALIAÇÃO INICIAL E AS RED FLAGS..... 14

CAPÍTULO 2
O QUE O GENERALISTA *DEVE* TRATAR..... 26

CAPÍTULO 3
O QUE O GENERALISTA *DEVE* ENCAMINHAR..... 51

CAPÍTULO 4
COLÍRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA - COMO EVITAR *PERIGOS* PARA O PACIENTE..... 71

CAPÍTULO 5
CONCLUSÃO E ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO..... 75

PREFÁCIO

Você está no consultório e um paciente chega com os olhos vermelhos. Ele está preocupado, pois não sabe do que se trata esse problema. Sente muito desconforto ocular e teme que sua visão possa estar em risco. E agora? Qual o diagnóstico? O que fazer diante dessa situação?

Essa é a realidade que muitos médicos não-oftalmologistas irão enfrentar na sua prática clínica. Seja na Atenção Primária, seja em plantões de urgência e emergência, o olho vermelho se configura como uma condição oftalmológica muito comum e é importante que o profissional que está na "linha de frente" da assistência médica saiba manejar tal síndrome.

No entanto, é de conhecimento comum que no currículo tradicional da maioria dos cursos de Medicina no Brasil, há pouco contato dos acadêmicos com a disciplina de Oftalmologia. Assim, o conhecimento sobre essa área é escasso entre os egressos das faculdades. Consequentemente, muitos encontram dificuldade para abordar patologias oftalmológicas em contextos como Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Pronto Atendimento.

Isso é preocupante, principalmente, porque casos graves podem ser facilmente subestimados. Aquilo que era um glaucoma de ângulo fechado, por exemplo, pode ser visto como uma conjuntivite viral e, dessa forma, o paciente corre o risco de ficar completamente cego. A visão é um assunto sério e muito caro para todo ser humano. Trata-se de um dos 5 sentidos e, portanto, de um canal que comunica

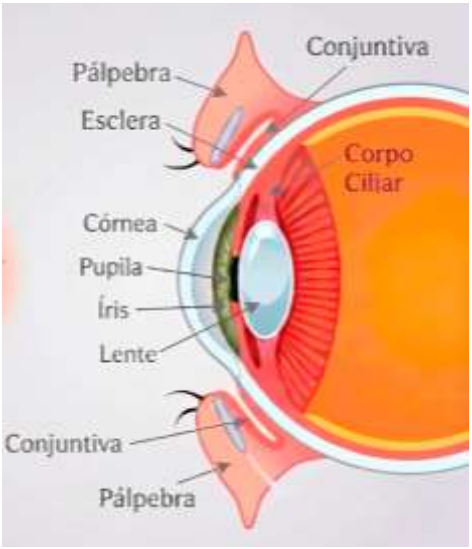
o homem ao mundo que o rodeia, e constrói significado na vida de cada um.

Diante de tal cenário, esse e-book foi concebido com a intenção de munir os médicos não-oftalmologistas do conhecimento necessário para fazer o diagnóstico diferencial e o manejo do olho vermelho. Através destas páginas, o nosso objetivo é que o leitor aprenda, de forma didática e objetiva, como diferenciar algo mais simples de condições mais graves, como tratar aquilo que pode ser solucionado pelo generalista, e quando encaminhar de maneira mais urgente para um especialista, a fim de garantir a preservação da visão do paciente ao máximo que for possível.

INTRODUÇÃO

Primeiramente, é importante entender o que é “olho vermelho”. A síndrome do olho vermelho é uma condição que consiste na inflamação do segmento anterior do olho, composto por conjuntiva, esclera, córnea, íris, corpo ciliar e cristalino (Figura 1).[1] Lembrando que essa inflamação pode ser primária ou causada por um fator secundário e, embora suas principais causas sejam condições benignas, em alguns casos o olho vermelho, especialmente quando associado a algum sinal de alarme, pode ser indicativo de situações mais graves, ameaçadoras à visão e com necessidade de atendimento e tratamento oftalmológico de urgência.[2]

Figura 1. Anatomia do segmento anterior do olho



Fonte: Elaborado pelos autores.

Apesar dos escassos dados epidemiológicos sobre o olho vermelho, esse quadro é, indiscutivelmente, a queixa oftalmológica mais frequente em serviços de pronto-atendimento e unidades básicas de saúde.[1,2] Isso se comprova tendo em vista que, por exemplo, a conjuntivite, que é uma das principais causas do olho vermelho, está relacionada a cerca de 1% de todos os atendimentos realizados na atenção primária dos Estados Unidos da América, afetando aproximadamente 6 milhões de pessoas todo ano no país.[3]

Em seu estudo, Statham et al.[4] avaliaram registros de 1062 pacientes que tiveram doenças oculares agudas e foram atendidos na atenção primária e encontraram que cerca de 60% desses pacientes tiveram um diagnóstico inicial incorreto. Além disso, 123 pacientes apresentaram efeitos adversos evitáveis decorrentes do erro diagnóstico ou do manejo inadequado, com 11 desses pacientes apresentando efeitos adversos graves como dor severa e perda visual permanente. Nesse sentido, é imprescindível que profissionais que atuam na atenção primária e em serviços de pronto-atendimento saibam diagnosticar corretamente as principais patologias oftalmológicas, em especial as causas do olho vermelho, bem como iniciar o tratamento correto ou encaminhar ao especialista em tempo hábil.

REFERÊNCIAS

1. Mamtora S, Ng V, Atan D. Differential diagnosis and management of the red eye in primary care. Prescriber. 2024;35(6):42-50.
2. Jacobs DS. The red eye: evaluation and management. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/the-red-eye-evaluation-and-management

3. Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. JAMA. 2013;310(16):1721-9.

4. Statham MO, Sharma A, Pane AR. Misdiagnosis of acute eye diseases by primary health care providers: incidence and implications. Med J Aust. 2008;189(7):402-4.

CAPÍTULO 1
A AVALIAÇÃO INICIAL E AS RED FLAGS

O tempo pode ser um artigo bastante escasso em plantões de serviços de pronto-atendimentos, entretanto a anamnese e o exame físico de um paciente com queixa de olho vermelho não precisa ser demorada, mas precisa ser metódica para que nenhum detalhe importante passe despercebido. Em geral, pode-se descartar a maioria das condições oculares mais graves com uma boa anamnese e com um exame oftalmológico básico.[1,2]

Nesse prisma, durante a anamnese algumas questões devem ser feitas para descartar os principais sinais de alarme.[2,3] Pode-se destacar 7 perguntas que acedem esse alerta para "red flags" do olho vermelho:

1. **Dor ocular moderada a severa**
   Em geral, a queixa de um leve desconforto ocular, normalmente referida pelo paciente como "sensação de areia nos olhos", está mais relacionada às condições pouco graves, mas dores mais intensas ou olho vermelho associado à cefaléia pode sugerir condições mais graves, como Glaucoma de Ângulo Fechado, Uveíte ou Esclerite.[2,3]

2. **Diminuição importante da acuidade visual**
   As causas mais comuns do olho vermelho não costumam cursar com prejuízo visual.[3] Logo, a perda de acuidade visual ou outras alterações na visão, principalmente quando súbitas, são um sinal

de alarme que precisa de mais atenção. Vale ressaltar que, em casos de conjuntivite, o paciente pode referir embaçamento visual, mas isso comumente é devido à secreção e geralmente melhora quando você pede para o paciente piscar várias vezes; se a turvação visual persistir, é indicativo de condições mais severas.[2]

3. **Alteração pupilar**
   Olho vermelho associado a alguma alteração pupilar, como midríase ou miose pode indicar um comprometimento da íris, o que acende um alerta, pois além de ser uma estrutura mais profunda, ela está intimamente relacionada com a drenagem do humor aquoso e alterações na fisiologia desse processo pode levar até mesmo à cegueira irreversível, pelo glaucoma.[2,3]

4. **Fotofobia**
   A fotofobia, muitas vezes, está relacionada à dificuldade de regulação da entrada de luz nos olhos. Esse mecanismo é efetuado pela Íris, logo há uma preocupação semelhante àquela que se tem com a alteração constrição da pupila.[3]

5. **Alteração da tensão ocular**
   Quando existe um aumento da tensão ocular à palpação, perceptível principalmente pela assimetria, é importante investigar com maior cuidado, pois esse sinal pode ser indicativo de um

aumento da pressão intraocular e tal afecção pode causar danos permanentes no nervo óptico.[3]

6. **História de trauma ocular ou cirurgia oftalmológica recente**
   O trauma ocular e a cirurgia oftalmológica podem levar, principalmente, a sangramentos que, dependendo de onde ocorrerem, podem ter consequências mais sérias, como ocorre em uma das causas que será tratada posteriormente, o Hifema.[2,3]

7. **Queixas sistêmicas associadas**
   Sintomas sistêmicos podem levantar hipóteses importantes. Essas queixas apontar tanto para um aumento da pressão intraocular, a qual pode levar a episódios de náuseas e vômitos, até a doenças subjacentes, como é no caso de esclerites e uveítes secundárias a doenças reumatológicas[3]

O exame físico ocular básico é essencial para uma triagem e manejo de excelência e o médico generalista pode realizá-lo sem a necessidade de uma lâmpada de fenda para distinguir quais casos podem ser tratados por ele e quais devem ser encaminhados ao especialista.[1,3]

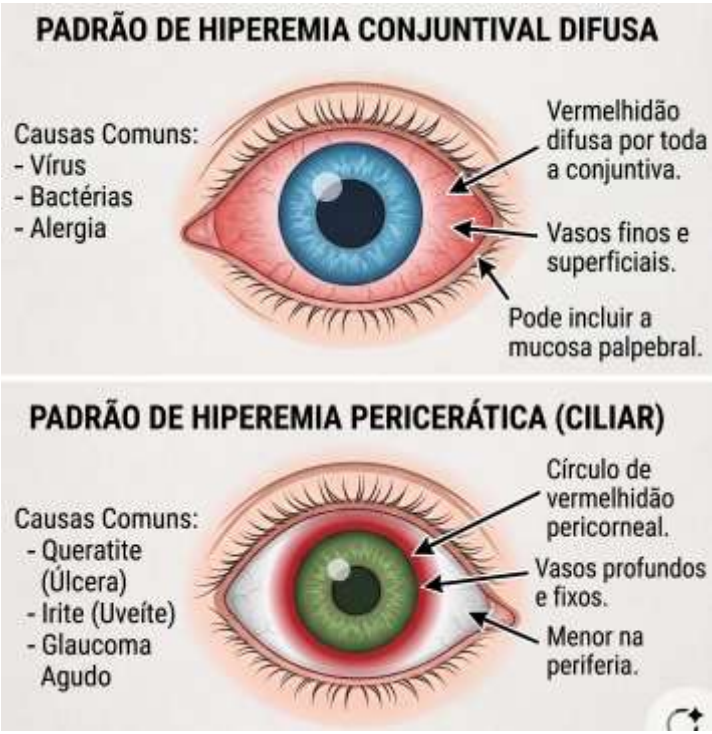
Na medição da acuidade visual, a tabela de Snellen é o padrão, mas, em um ambiente de triagem o mais importante não é determinar com exatidão a acuidade visual do paciente (se 20/20 ou 20/40) e sim avaliar a acuidade em categorias mais grosseiras, então, você pode fazer uso de algum cartão, livro comum ou cartaz a uma distância confortável de leitura e avaliar se o paciente tem uma boa

visão de leitura (tanto para as letras maiores, quanto para as menores), se consegue contar dedos a uma certa distância, se consegue perceber movimentos de mãos a cerca de 30 cm, se tem apenas percepção luminosa ou se não tem percepção visual alguma. Lembre-se sempre de permitir que o paciente use sua correção refrativa habitual e de avaliar cada olho separadamente.[1]

Lanternas clínicas ou outras fontes de luz, como o telefone celular, são essenciais para examinar pupilas e estruturas do segmento anterior.[1,3] Nesse exame inicial, é imprescindível avaliar:

- **Presença e tipo de secreção ocular:** A presença de secreção translúcida e aquosa é mais comum em quadros de conjuntivite viral ou alérgica, enquanto uma secreção opaca e purulenta sugere quadros de conjuntivite ou ceratite bacteriana.[3,4]
- **Padrão da hiperemia:** A hiperemia conjuntival é mais difusa, acomete inclusive a conjuntiva palpebral e é comum nos quadros de conjuntivite, já a hiperemia pericerática (ou injeção ciliar) se concentra próxima ao limbo (região de transição entre córnea e esclera) e é indicativa que quadros mais sérios como uveítes, ceratites e fechamento angular agudo (Figura 2).[3,4]
- **Presença de corpo estranho:** Se o paciente referir sensação de corpo estranho, especialmente se súbita e unilateral, é essencial durante o exame realizar a eversão palpebral (Figura 3).[3]

Figura 2. Padrões de hiperemia conjuntival



Fonte: Elaborado pelos autores.

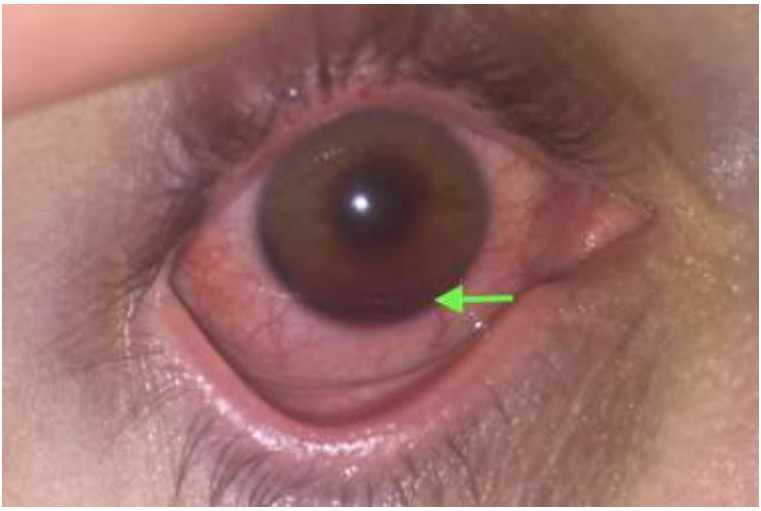
Figura 3. Técnica de eversão da pálpebra superior



Fonte: "Everting the upper eyelid." por Murray McGavin/Community Eye Health, sob licença CC BY-NC 2.0.

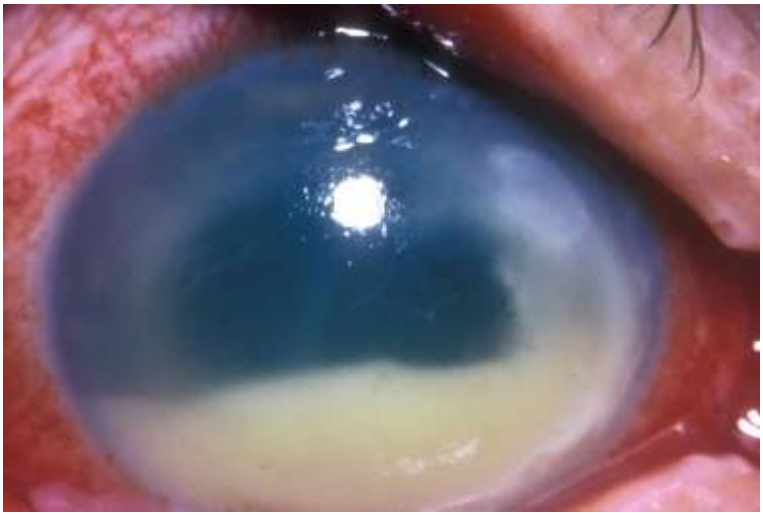
- **Presença de hifema ou hipópio:** A presença de sangue (hifema) ou pus (hipópio) na câmara anterior requer uma avaliação de urgência por um oftalmologista, uma vez que o hifema (Figura 4) sugere trauma contuso ou perfurante do globo ocular e o hipópio (Figura 5) está relacionado com quadros de ceratite infecciosa e endoftalmite, ou seja, ambos são indicativos de condições de possível ameaça a visão do paciente.[1,3]

Figura 4. Pequena coleção sanguínea em câmara anterior (hifema) após trauma contuso.



Fonte: “Traumatic Hyphema" por James Roy Waymack e Mark Baker/JETem, sob licença CC BY 4.0.

Figura 5. Coleção purulenta em câmara anterior (hipópio) em quadro de endoftalmite.



Fonte: "Endophthalmitis with extensive hypopyon consistent with active infection." por International Centre for Eye Health/Community Eye Health sob licença CC BY-NC 2.0.

- **Alterações da córnea:** A presença de opacidades corneanas no olho vermelho são sugestivas de úlceras de córnea (Figura 6) e a turvação da córnea sugere um edema corneano decorrente de um fechamento angular agudo.[1,3]
- **Estado e responsividade pupilar:** Midríase, miose e alterações no reflexo fotomotor são indicativos de quadros mais severos. Miose pode indicar uveíte anterior aguda ou ceratite, enquanto uma pupila em média-midríase fixa sugere um fechamento angular agudo (Figura 7).[1,3]

Figura 6. Opacidade corneana, associada a injeção ciliar, compatível com úlcera de córnea.



Fonte: "Corneal ulcer with circumcorneal congestion." por P Vijayalakshmi/Community Eye Health, sob licença CC BY-NC 2.0.

Figura 7. Média-midríase fixa a direita, associada a hiperemia conjuntival, em quadro de glaucoma de ângulo fechado.

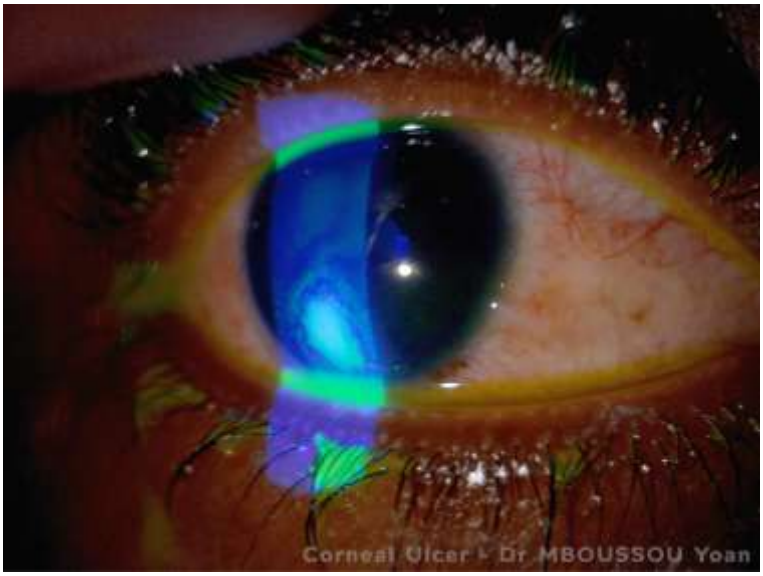


Fonte: "Acute angle closure glaucoma" por James Heilman, MD, sob licença CC BY-SA 3.0.

Nesse sentido, um oftalmoscópio pode ser bastante útil para visualizar achados que necessitem de uma maior magnificação, mas, nos últimos anos, smartphones têm se mostrado uma boa alternativa graças às altas resoluções das câmeras dos aparelhos mais modernos. Em cenários de atenção primária e pronto-atendimentos que não dispõem de médico oftalmologista, o smartphone pode ser um grande aliado do médico generalista frente a patologias oculares, uma vez que a possibilidade de compartilhar essas imagens com a equipe do serviço de referência permite uma maior precisão diagnóstica nos casos encaminhados aos serviços oftalmológicos.[3]

Se o seu oftalmoscópio ou lanterna possuir um filtro de luz azul cobalto e você tiver colírio ou tiras de fluoresceína, você tem a possibilidade de, aplicando a fluoresceína na superfície ocular do paciente e usando o filtro de luz azul, visualizar defeitos no epitélio corneano (abrasões, úlceras) brilhando em verde e, assim, refinar o seu diagnóstico (Figura 8). Se o paciente estiver usando lentes de contato gelatinosas, lembre-se de pedir para remover, pois a fluoresceína pode manchá-las de forma permanente.[3]

Figura 8. Úlcera de córnea vista sob coloração com fluoresceína e filtro de luz azul cobalto.



Fonte: "Corneal Ulcer" por Yoanmb, sob licença CC BY-SA 4.0.

Em alguns casos, o desconforto e dor ocular podem dificultar a realização de um bom exame físico oftalmológico, especialmente em crianças, então pode-se fazer uso de um colírio anestésico para promover um certo nível de conforto ao paciente e possibilitar um exame satisfatório, mas é importante não abusar do uso, uma vez que esses anestésicos tópicos têm potencial para causar efeitos tóxicos e retardar cicatrização do epitélio corneano.[5]

REFERÊNCIAS:

1. Jacobs DS. The red eye: evaluation and management. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2026

[citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/the-red-eye-evaluation-and-management

2. Santo RM, Alencar LM. Síndrome do olho vermelho. In: Babic M, Susanna Junior R, editores. Oftalmologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. p. 191-223. (Manual do médico-residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

3. Mamtora S, Ng V, Atan D. Differential diagnosis and management of the red eye in primary care. Prescriber. 2024;35(6):42-50.

4. Salmon JF. Kanski oftalmologia clínica: uma abordagem sistemática. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2023.

5. Jacobs DS. Corneal abrasions and corneal foreign bodies: management. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/corneal-abrasions-and-corneal-foreign-bodies-management

CAPÍTULO 2
O QUE O GENERALISTA *DEVE* TRATAR

Após descartar os sinais de alarmes que indiquem a necessidade de avaliação de um especialista, o médico generalista pode atuar com segurança e um bom grau de resolutividade nas principais queixas de olho vermelho. A seguir, trataremos das principais patologias relacionadas ao olho vermelho e nas quais o médico generalista tem um papel fundamental, não apenas na resolução do quadro, mas evitando encaminhamentos desnecessários que sobrecarregam o sistema de saúde e atrasam o tratamento adequado ao paciente.[1,2,3]

CONJUNTIVITE

A conjuntivite se refere à inflamação da conjuntiva, é uma das principais etiologias do olho vermelho e pode afetar qualquer faixa etária. Geralmente, quando o acometimento é restrito à conjuntiva, é um quadro benigno e autolimitado e não resulta em sequelas.[4] A maior parte dos casos de conjuntivite podem ser classificados, quanto à etiologia, em virais, bacterianos ou alérgicos. Dentre as causas de conjuntivite aguda, a etiologia viral é a mais prevalente, mas, em crianças, a bacteriana é mais comum.[4,5] Alguns sinais e sintomas que podem se fazer presentes nas conjuntivites são: Secreção ocular (aquosa, mucóide ou purulenta), hiperemia conjuntival, quemose (edema de conjuntiva), sensação de corpo estranho, queimação, prurido, edema palpebral, sangramento subconjuntival e linfadenopatia.[4,6]

A) Conjuntivite Viral

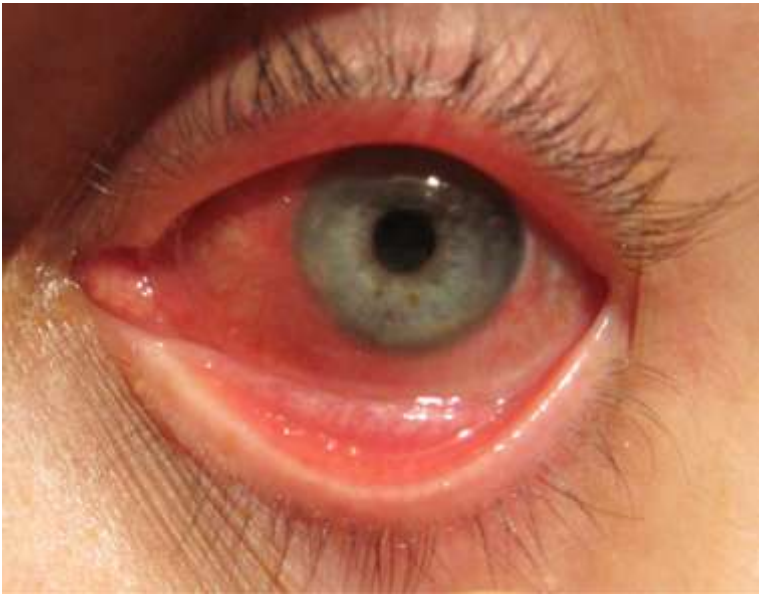
O principal agente envolvido na conjuntivite viral é o Adenovírus, sendo responsável por cerca de 70 a 90% dos casos em adultos.[5] Nesse sentido, é bastante comum, especialmente em crianças, encontrar a conjuntivite associada ao quadro de febre e faringite (entidade clínica conhecida como Febre faringoconjuntival).[4,6] Vale ressaltar que as conjuntivites adenovirais são altamente contagiosas, podendo ser transmitidas pelo contato direto e por fômites. Nesse prisma, é recomendado que o paciente acometido fique afastado das atividades escolares ou do ambiente de trabalho por um mínimo de 7 dias e até que haja melhora dos sintomas.[5]

O quadro oftalmológico clássico é composto principalmente por hiperemia conjuntival intensa (Figura 9), secreção aquosa (lacrimejamento) e sensação de corpo estranho e/ou de queimação. Além disso, é comum haver linfadenopatia pré-auricular e esta é mais comum na conjuntivite viral do que na bacteriana. A conjuntivite viral pode ser unilateral ou bilateral, mas, em geral, o quadro começa em um dos olhos e, após alguns dias, acomete o outro olho com os mesmos sinais e sintomas.[5,6,7]

O diagnóstico de conjuntivite viral é um diagnóstico clínico, baseado na história do paciente, nos achados ao exame e nas características epidemiológicas de cada caso. Vale destacar que, se houverem sinais de alarme como alteração na acuidade visual, fotofobia intensa ou sensação de corpo estranho que impeça a abertura ocular espontânea, pode-se estar diante de uma ceratoconjuntivite epidêmica, uma conjuntivite adenoviral fulminante que compromete

também a córnea e necessita da avaliação de um especialista pela ameaça a visão.[4,5,6]

Figura 9. Conjuntivite com hiperemia difusa, incluindo a conjuntiva tarsal.



Fonte: "Conjuntivitis (RPS 03-06-2015)" por Raimundo Pastor, sob licença CC BY-SA 4.0.

O tratamento das conjuntivites adenovirais é baseado em medidas de suporte, uma vez que não há tratamentos específicos eficazes e a condição é autolimitada, durando, na maioria dos casos, de 7 a 14 dias, mas podendo se estender até 21 dias em casos mais severos.[4,5] Além das precauções para evitar a transmissão, como lavar as mãos após ter tocado nos olhos ou em secreções nasais, não compartilhar objetos pessoais como toalhas e travesseiros e evitar nadar em piscinas, pode-se

orientar o paciente a utilizar colírios lubrificantes 4x/dia e compressas frias a fim de aliviar os sintomas. O uso de antibióticos tópicos, nesses casos, não é indicado, pois não oferece benefício significativo e expõe o paciente ao risco de alergia, toxicidade e desenvolvimento de resistência bacteriana.[5]

B) Conjuntivite Bacteriana

A conjuntivite bacteriana representa cerca de 50 a 75% dos casos de conjuntivite em crianças e cerca de 10 a 30% em adultos.[5] Na população infantil, a maioria dos casos tem como agente etiológico o H. influenzae, já em adultos, o agente predominante é o S. aureus, mas outras bactérias como a M. catarrhalis, o S. pneumoniae e outras espécies do gênero Staphylococcus também podem estar envolvidas. O curso da doença costuma durar por volta de 7 a 10 dias. Quanto à necessidade de afastamento do ambiente escolar, a Sociedade Americana de Pediatria não recomenda, em casos de conjuntivite bacteriana sem febre e outros sintomas que indiquem o afastamento, a exclusão rotineira dos alunos, uma vez que, comparada às conjuntivites virais, a taxa de transmissão é significamente menor.[5]

O quadro oftalmológico clássico envolve principalmente hiperemia conjuntival, secreção mucopurulenta de leve a moderada (Figura 10) e sensação de queimação. Além disso, especialmente em crianças, é comum estar associada ao quadro de otite média aguda. Uma queixa bastante comum dos pacientes com conjuntivite bacteriana é de que eles acordam com as

pálpebras grudadas pela ação da secreção. Da mesma forma que nos quadros virais, a conjuntivite bacteriana costuma se iniciar em um dos olhos e depois progride para o acometimento bilateral.[5,6]

Figura 10. Secreção purulenta em quadro de conjuntivite bacteriana.



Fonte: "Bacterial Conjunctivitis" por Andrew Doan/EyeRounds.org, sob licença CC BY-NC-ND 3.0.

O diagnóstico é clínico, baseado nos dados epidemiológicos e na história e exame clínico do paciente. Em geral, não são necessários exames laboratoriais. É imprescindível destacar que a avaliação diagnóstica do

quadro em pacientes que usam lentes de contato deve ser feita com maior atenção, visto que é preciso descartar qualquer suspeita de ceratite antes de seguir com o diagnóstico e tratamento da conjuntivite. Vale ressaltar também que casos de conjuntivite bacteriana mais exacerbados com secreção purulenta muito abundante devem levantar a suspeita de conjuntivite hiperaguda, causada por bactérias do gênero Neisseria, e requerem avaliação imediata de um especialista e tratamento com antibiótico sistêmico pelo risco de perfuração de córnea. Em adultos, é comum a associação de sintomas urogenitais em casos de conjuntivite hiperaguda.[4,5,6]

O tratamento envolve medidas de suporte como o uso de colírios lubrificantes, compressas frias e limpeza periódica da secreção com soro fisiológico 0,9% além do uso de antibióticos tópicos quando muito bem indicados, uma vez que os casos comuns de conjuntivite bacteriana costumam ser autolimitados e estudos demonstram que o uso de antibióticos nesses casos resultará, no máximo, em uma modesta redução do tempo de sintomas, mas deixará o paciente propenso a efeitos adversos e aumentará o risco de resistência bacteriana.[5,8,9] O ideal é que o uso de antibióticos frente a casos de conjuntivites bacterianas comuns fique restrito a pacientes que fazem uso de lentes de contato, imunossuprimidos, pacientes com comorbidades significativas ou casos que não seguem o curso típico de resolução. Nesse sentido, é importante que usuário de lentes de contato com quadro sugestivo de conjuntivite bacteriana seja orientado a removê-las e descartá-las, junto ao estojo, imediatamente.[5]

De forma geral, qualquer antibiótico tópico de amplo espectro pode ser eficaz e não há evidências consistentes de que um antibiótico específico seja superior aos outros, mas os mais frequentemente ofertados no contexto brasileiro são os aminoglicosídeos (Tobramicina) e as quinolonas (Ofloxacino, Ciprofloxacino, Moxifloxacino). A administração, em geral, deve ser feita de 4-6x/dia por 5-7 dias. Em pacientes que usam lentes de contato, as fluoroquinolonas são preferíveis, uma vez que essa população tem um risco maior de infecção por Pseudomonas.[5,8]

C) Conjuntivite Alérgica

A conjuntivite alérgica corresponde a uma inflamação resultante da resposta do organismo ao contato com alérgenos ambientais, como pólen e pelo de animais. Estima-se que a alergia ocular acometa cerca de 20% da população anualmente e, apesar da incidência crescente, ainda é uma condição bastante subdiagnosticada.[8,10] Pode acometer qualquer faixa etária, mas a idade média de início de sintomas é por volta dos 20 anos.[10] Está associada a outras condições atópicas como rinite alérgica, asma e dermatite atópica. A conjuntivite alérgica pode ser aguda, sazonal ou perene. A maioria dos casos agudos são autolimitados e se resolvem em até 24 horas.[10]

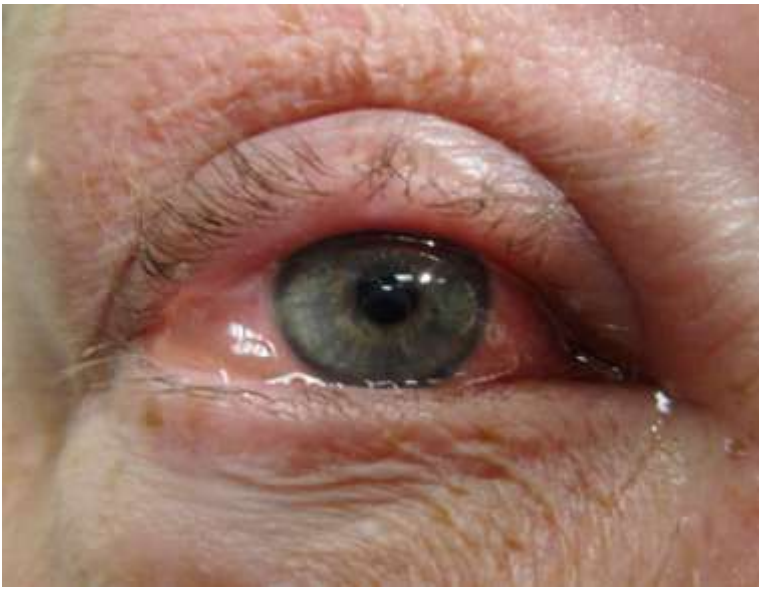
O principal sintoma da conjuntivite alérgica é o prurido ocular, que, apesar de também poder estar presente nas conjuntivites infecciosas, é mais frequente e intenso na de etiologia alérgica, de modo que a ausência desse sintoma

deve levantar a suspeita de outras causas para o distúrbio ocular. Hiperemia conjuntival, quemose variável, lacrimejamento, sensação de queimação e edema palpebral também são sinais e sintomas relacionados (Figura 11). O acometimento normalmente é bilateral, mas pode se apresentar mais intensamente em um olho do que no outro.[6,10]

O diagnóstico é baseado nos achados clínicos e no histórico do paciente. É importante questionar sobre mudanças ambientais recentes (se teve contato com algum animal de estimação novo por exemplo) se já apresentou quadros semelhantes antes e se tem histórico de atopia. Em geral, exames laboratoriais não são necessários.[10]

O tratamento envolve orientações sobre evitar os possíveis alérgenos, sobre evitar coçar os olhos e sobre o uso de colírios lubrificantes e compressas frias para alívio dos sintomas. Anti-histamínicos e vasoconstritores tópicos também podem ser utilizados, mas o paciente deve ser alertado sobre fazer uso dessas medicações somente no curto prazo ou de maneira episódica, sob o risco dos efeitos adversos, incluindo o efeito rebote, dessas medicações. Os corticoesteróides, normalmente, não são necessários e não devem ser prescritos pelo médico generalista nesses casos, sob o risco de desenvolvimento de catarata e glaucoma.[8,11] Se houver algum caso refratário à terapia convencional, ele deve ser encaminhado ao oftalmologista que poderá incluir esteroides e outras medicações ao tratamento.

Figura 11. Conjuntivite alérgica, apresentando hiperemia conjuntival, lacrimejamento e quemose.



Fonte: "Allergicconjunctivitis" por James Heilman, MD, sob licença CC BY-SA 4.0.

HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL

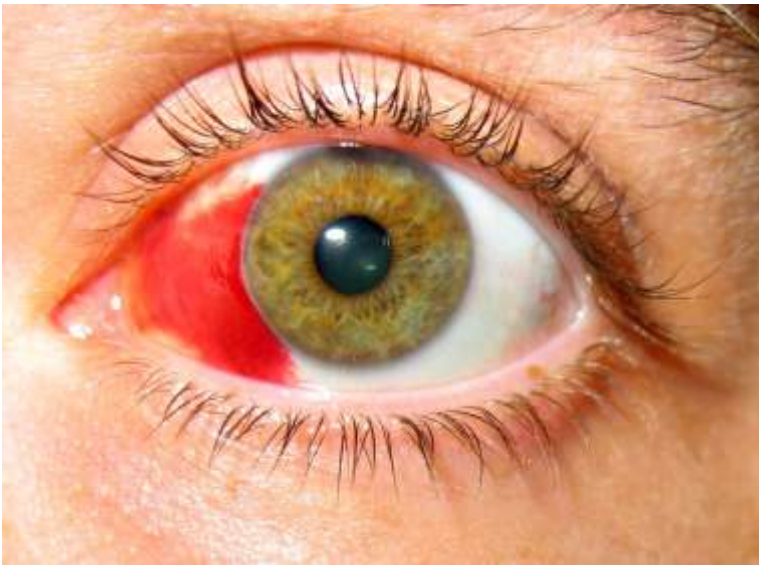
A hemorragia subconjuntival, também chamada de hiposfagma, corresponde a uma coleção de sangue entre a esclera e a conjuntiva (Figura 12) e é um fenômeno bastante comum, especialmente na população mais velha. Ela pode ser decorrente de condições sistêmicas como a hipertensão arterial (causa frequente nos casos de pacientes com mais de 80 anos), de traumas, do uso incorreto de lentes de contato e de eventos que elevam a pressão venosa (manobra de Valsalva, espirro, tosse ou vômito).[2,6] Entretanto, muitos casos são idiopáticos e os pacientes costumam relatar que notaram o sangramento após acordar do sono. Coagulopatias, uso de anticoagulantes e diabetes mellitus

são fatores de risco comuns.[4,12] Comumente, é uma condição com evolução benigna.

Em geral, o quadro é assintomático, mas alguns pacientes podem relatar sensação de corpo estranho. Não há acometimento visual. Em casos de sangramento mais intenso, o sangue pode se infiltrar nas pálpebras.[4,7,12]

O diagnóstico é embasado na história clínica e nos achados do exame físico. Se a hemorragia for intensa e volumosa, especialmente se houver história de trauma significativo, é importante que esse paciente seja avaliado por um especialista o mais rápido possível, devido à possibilidade de ruptura do globo ocular. Se o paciente tiver histórico de hemorragias subconjuntivais recorrentes, distúrbios de coagulação e pressóricos devem ser investigados, bem como o encaminhamento para avaliação não urgente de um especialista pode ser necessário.[1,12]

Figura 12. Hemorragia subconjuntival surgida após quadro emético.



Fonte: "Subconjunctival Hemorrhage" por K Schneider, sob licença CC BY-NC 2.0.

Devido à evolução tipicamente benigna da hemorragia subconjuntival, não é necessário tratamento específico. A resolução espontânea ocorre em até 2 a 3 semanas.[1,4,12] Nesse sentido, por ser um quadro potencialmente alarmante para a maioria dos pacientes, é imprescindível tranquilizá-los e deixar claro que a condição é benigna e tem resolução espontânea sem deixar sequelas.

BLEFARITE

A blefarite é uma condição crônica que se apresenta como uma inflamação da margem palpebral, pode ter origem infecciosa ou não-infecciosa e é classificada em

anterior ou posterior. A blefarite anterior (Figura 13) é caracterizada pelo acometimento da base dos cílios, já a posterior (Figura 14) é caracterizada pelo acometimento a nível das glândulas tarsais (também chamadas de glândulas de Meibomius). A blefarite é mais comum em adultos do que em crianças e sua prevalência aumenta com a idade.[13]

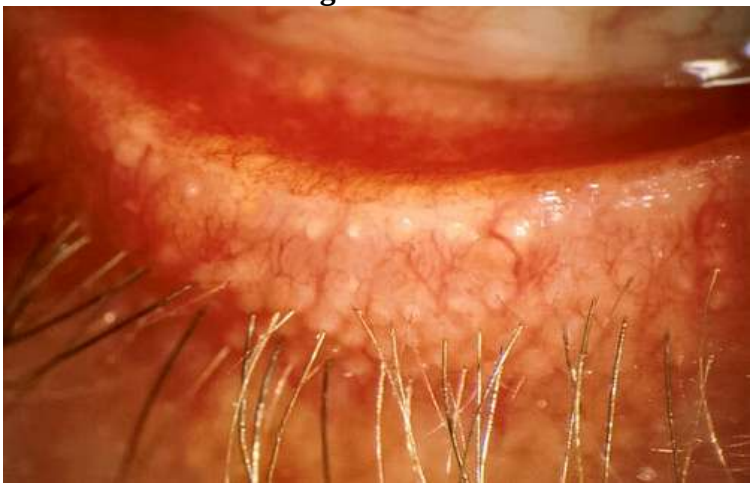
O quadro é composto por sintomas recorrentes que podem variar ao longo do tempo e, em geral, acometem ambos os olhos. Os sintomas incluem hiperemia conjuntival, hiperemia da margem palpebral, edema palpebral, prurido, formação de crostas na base dos cílios, lacrimejamento, queimação ocular e sensação de corpo estranho. Fotofobia leve também pode estar presente em alguns casos mais avançados.[13]

Figura 13. Blefarite anterior, apresentando formação de crostas na base dos cílios.



Fonte: "Anterior blepharitis" por John KG Dart/Community Eye Health, sob licença CC BY-NC 2.0.

Figura 14. Blefarite posterior, apresentando obstrução dos orifícios da glândula de Meibomius.



Fonte: "Posterior blepharitis" por John KG Dart/Community Eye Health, sob licença CC BY-NC 2.0.

O diagnóstico é clínico e baseado nos achados inflamatórios na margem palpebral associados à presença de crostas no cílios ou na margem palpebral. A diferenciação entre blefarite anterior e posterior não é necessária para que o médico generalista possa iniciar o tratamento. Vale ressaltar que a síndrome do olho seco pode se apresentar como uma complicação em cerca de 25 a 40% dos pacientes com blefarite, uma vez que as glândulas tarsais são responsáveis pela produção do componente lipídico do filme lacrimal, que evita a evaporação do componente aquoso.[13,14]

A base do tratamento consiste em orientar uma boa higiene palpebral, em geral, limpando as pálpebras diariamente com xampu neutro (infantil) diluído e o auxílio de hastes de algodão. O uso de compressas mornas, especialmente antes da limpeza, também pode ser bastante útil para liquefazer as secreções solidificadas e ajudar na remoção das crostas. Colírios lubrificantes também podem ser utilizados para controle sintomático.[1,13]

OLHO SECO

A Síndrome do Olho Seco é uma condição multifatorial bastante comum que se apresenta como uma disfunção lacrimal que gera sintomas oculares. Essa patologia acomete mais o sexo feminino, especialmente na pós-menopausa, e sua prevalência aumenta com a faixa etária.[15,17] Os mecanismos fisiopatológicos da doença são diversos, podendo incluir instabilidade lacrimal, hiperosmolaridade lacrimal, inflamação e lesões na superfície ocular. Nesse sentido, olho seco pode ser

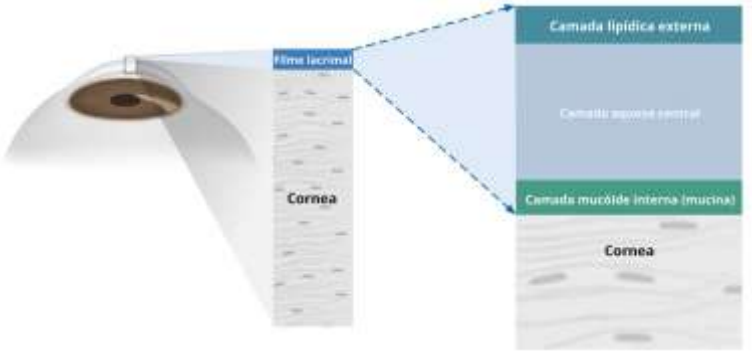
classificado no tipo déficit aquoso (produção lacrimal deficiente) ou no tipo evaporativo/hiperevaporativo (aumento da evaporação do filme lacrimal). Os distúrbios hiperevaporativos correspondem a cerca de 80% dos casos.[16] Alguns dos fatores de risco relacionados são tabagismo, exposição a alérgenos a poluição, uso excessivo de telas, uso de algumas medicações (anti-histamínicos, anticolinérgicos, isotretinoína, entre outras), deficiências nutricionais e doenças sistêmicas como diabetes mellitus e doença de Sjögren.[15]

Os sinais e sintomas oculares envolvem, principalmente, sensação de secura, hiperemia conjuntival, queimação, sensação de corpo estranho. Também pode haver prurido, fotofobia e lacrimejamento excessivo paradoxal. Os sintomas costumam ser bilaterais e pioram no decorrer do dia, especialmente em ambientes de baixa umidade do ar (ambientes com ar-condicionado) e em situações que reduzem a frequência do piscar (longas leituras e tempo de tela excessivo). Em casos mais intensos, os pacientes podem relatar algum grau de embaçamento visual, mas este, em geral, é temporário e melhora com o tratamento adequado. Alguns raros casos mais avançados podem cursar com complicações corneanas graves.[15,17]

O diagnóstico se baseia na história clínica característica e nos achados do exame físico. Há alguns teste que podem ser feitos para confirmar o diagnóstico e classificar o tipo da disfunção lacrimal, como o teste de Schirmer, o teste do tempo de ruptura do filme lacrimal e testes com corantes da superfície ocular, mas esses testes

não fazem parte da rotina do médico generalista em serviços não especializados.[15,16] Apesar disso, o médico generalista pode fazer um diagnóstico presuntivo inicial e iniciar o tratamento empírico dos casos leves. Nesse prisma, casos que gerem dúvidas significativas quanto ao diagnóstico e casos mais sérios devem ser encaminhados para a avaliação de um oftalmologista. Vale ressaltar que, caso haja xerostomia associada ao quadro de olho seco, é imprescindível investigar a possibilidade de síndrome de Sjögren. Vale relembrar que, como já abordado no tópico de blefarites, a disfunção das glândulas de Meibomius apresentada especialmente nos quadros de blefarite posterior podem gerar um olho seco do tipo evaporativo pela perda da camada lipídica protetora do filme lacrimal (Figura 15). A deficiência de vitamina A também é um fator que merece ser investigado.[15,17]

Figura 15. Composição do filme lacrimal



Fonte: "The tear film" por International Centre for Eye Health/Community Eye Health, adaptada pelos autores, sob licença CC BY-NC-SA 4.0.

O tratamento se baseia no controle sintomático e na prevenção de complicações, uma vez que a maior parte das causas subjacentes ao olho seco são irreversíveis. Na terapia inicial, é imprescindível fazer as orientações adequadas quanto às modificações ambientais necessárias, como evitar alérgenos e poluentes, usar umidificadores de ar e fazer pequenas pausas durante o uso de telas ou longas leituras, além de reforçar a importância de lembrar de piscar mais nessas situações de frequência reduzida do piscar. Ademais, pode-se aliar a isso o uso de colírios lubrificantes, de preferência as formulações sem conservantes, tendo em vista o potencial tóxico desses compostos à superfície ocular. Inicialmente, pode-se recomendar uma frequência de uso do lubrificante de 4x/dia, mas essa frequência pode ser aumentada se os sintomas persistirem.[14,15]

ABRASÃO CORNEANA

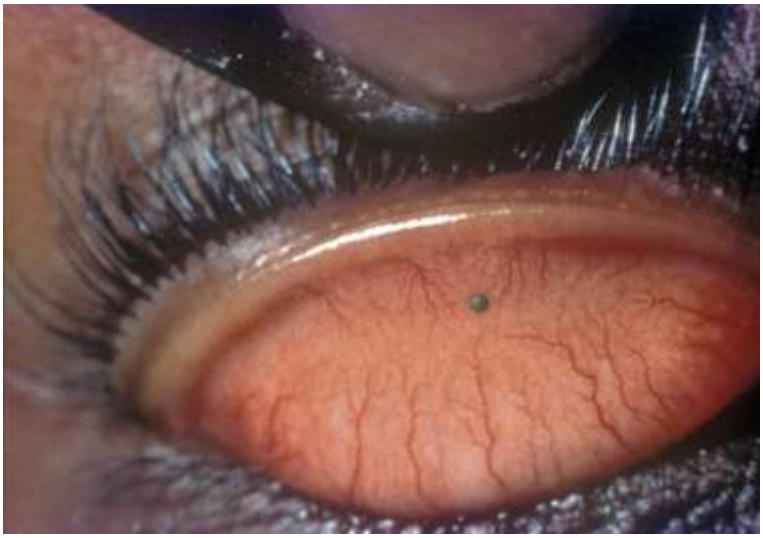
As abrasões de córnea são lesões comuns no epitélio corneano resultantes de trauma, corpo estranho ou uso inadequado de lentes de contato. Os traumas que resultam em abrasão de córnea, em geral, são traumas leves causados, por exemplo, por unhas, patas, galhos, aplicadores de maquiagem e corpos estranhos alojados na conjuntiva tarsal. Vale ressaltar que esse tipo de lesão corneana é responsável por cerca de 8 a 13% das queixas oculares atendidas na atenção primária e em serviços de emergência.[18,19]

Devido a rica inervação do tecido corneano, o quadro é caracterizado tipicamente por dor ocular intensa, sensação de corpo estranho e fotofobia. A hiperemia

conjuntival é comumente mais perceptível ao redor da córnea (injeção ciliar). Em geral, a acuidade visual está preservada, a não ser que a abrasão tenha acometido o eixo visual ou que haja lesões graves associadas, logo, se houver comprometimento visual significativo, esse paciente necessitará de uma avaliação imediata de um especialista.[18,19]

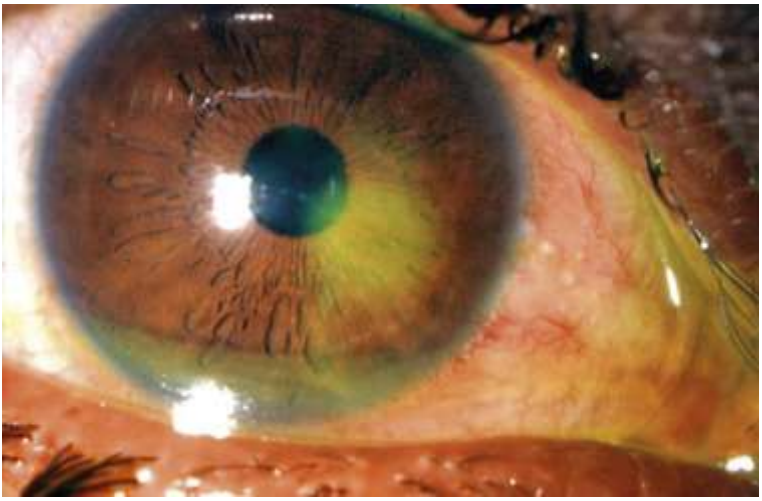
O diagnóstico é feito, após excluir condições mais graves, com base na história e nos achados de um exame oftalmológico detalhado. O relato de trauma leve e a queixa de dor ocular, sensação de corpo estranho e fotofobia deve levantar a suspeita para uma lesão do epitélio corneano. É imprescindível diferenciar lesões superficiais do epitélio de lesões graves como perfuração ocular, úlceras e ceratites infecciosas. No exame oftalmológico, técnicas como eversão de pálpebra e a coloração com fluoresceína são muito úteis. A eversão da pálpebra superior é essencial para avaliar a presença de corpo estranho retido na conjuntiva tarsal superior (Figura 16), que pode gerar lesões abrasivas lineares verticais a cada vez que o paciente piscar. Já a fluoresceína, após descartada a hipóteses de perfuração/ruptura do globo ocular, é bastante útil para visualizar as áreas de desepitelização e confirmar o diagnóstico de abrasão (Figura 17).[18,19]

Figura 16. Corpo estranho preso à conjuntiva tarsal superior.



Fonte: "How to evert the upper eyelid and remove a sub-tarsal foreign body." por Murray McGavin/Community Eye Health, sob licença CC BY-NC 2.0.

Figura 17. Abrasão corneana confirmada por meio da coloração com fluoresceína.



Fonte: "Corneal abrasion as stained with fluorescein." por Karin Lecuona/Dept. of Ophthalmology University of Cape Town/Community Eye Health, sob licença CC BY-NC 2.0.

Grande parte das abrasões de córnea são pequenas e se curam espontânea e rapidamente (cura em 1 a 5 dias), sem necessidade de tratamento específico.[18,20] Entretanto, lesões mais extensas ou em casos com maior risco infeccioso merecem ser tratadas com o uso de antibióticos tópicos para prevenir infecções secundárias. Vale ressaltar que, em pacientes que fazem uso de lentes de contato, deve-se preferir as fluoroquinolonas pelo risco de infecção por Pseudomonas. Se houver corpo estranho retido, é importante tentar removê-lo com irrigação com soro fisiológico 0,9% e o auxílio de hastes flexíveis de algodão, mas, se a tentativa de remoção não for bem sucedida, o paciente deve ser encaminhado para um especialista ou

profissional capacitado para remoção do corpo estranho. O uso de colírios lubrificantes, ciclopégicos, analgésicos orais simples e opióides fracos são opções possíveis para o controle sintomático. A prescrição de formulações contendo corticosteróides, pelo médico generalista, é desaconselhada pelo potencial de facilitar infecções secundárias e exacerbar quadros de ceratite infecciosa. Além disso, nunca prescreva anestésicos tópicos para uso domiciliar, estes, além de tóxicos ao epitélio corneano, podem mascarar sinais de piora do quadro.[20]

REFERÊNCIAS:

1. Cronau H, Kankanala RR, Mauger T. Diagnosis and management of red eye in primary care. Am Fam Physician. 2010;81(2):137-44.

2. Frings A, Geerling G, Schargus M. Red eye: a guide for non-specialists. Dtsch Arztebl Int. 2017;114(17):302-12.

3. Jacobs DS. The red eye: evaluation and management. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/the-red-eye-evaluation-and-management

4. Santo RM, Alencar LM. Síndrome do olho vermelho. In: Babic M, Susanna Junior R, editores. Oftalmologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. p. 191-223. (Manual

do médico-residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

5. Jacobs DS, Frost HM. Infectious conjunctivitis. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/infectious-conjunctivitis

6. Salmon JF. Kanski oftalmologia clínica: uma abordagem sistemática. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2023.

7. Leibowitz HM. The red eye. N Engl J Med. 2000;343(5):345-51.

8. Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. JAMA. 2013;310(16):1721-9.

9. Statham MO, Sharma A, Pane AR. Misdiagnosis of acute eye diseases by primary health care providers: incidence and implications. Med J Aust. 2008;189(7):402-4.

10. Hamrah P, Dana R. Allergic conjunctivitis: clinical manifestations and diagnosis. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/allergic-conjunctivitis-clinical-manifestations-and-diagnosis

11. Hamrah P, Dana R. Allergic conjunctivitis: management. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/allergic-conjunctivitis-management

12. Gardiner MF. Conjunctival injury. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/conjunctival-injury

13. Shtein RM. Blepharitis. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/blepharitis

14. Mamtora S, Ng V, Atan D. Differential diagnosis and management of the red eye in primary care. Prescriber. 2024;35(6):42-50.

15. Shtein RM. Dry eye disease. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/dry-eye-disease

16. Messmer EM. The pathophysiology, diagnosis, and treatment of dry eye disease. Dtsch Arztebl Int. 2015;112(5):71-81.

17. Bunya VY. Ceratoconjuntivite seca. In: Manual MSD: versão para profissionais de saúde [Internet]. Rahway (NJ): Merck & Co.; jul. 2024 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/distúrbios-oftalmológicos/doenças-da-córnea/ceratoconjuntivite-seca

18. Jacobs DS. Corneal abrasions and corneal foreign bodies: clinical manifestations and diagnosis. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/corneal-abrasions-and-corneal-foreign-bodies-clinical-manifestations-and-diagnosis

19. Bilyk JR. Abrasões corneanas e corpos estranhos corneanos. In: Manual MSD: versão para profissionais de saúde [Internet]. Rahway (NJ): Merck & Co.; out. 2024 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/lesões-intoxicação/trauma-ocular/abrasões-corneanas-e-corpos-estranhos-corneanos

20. Jacobs DS. Corneal abrasions and corneal foreign bodies: management. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/corneal-abrasions-and-corneal-foreign-bodies-management

CAPÍTULO 3
O QUE O GENERALISTA *DEVE* ENCAMINHAR

Embora a maior parte dos casos de olho vermelho corresponda a condições benignas e passíveis de tratamento pelo médico generalista, é necessário descartar diagnósticos diferenciais que representam risco importante de perda visual. Essas patologias são mais graves e, portanto, exigem uma conduta do especialista, pois possuem tratamento específico e complexo, e qualquer erro pode custar caro para o paciente. Nesse sentido, há condições em que o generalista deve realizar o encaminhamento para o oftalmologista.[1]

Primeiramente, é crucial enfatizar as doenças em que se deve encaminhar o paciente no mesmo dia, visando poupar pelo menos parte da visão. Esse é o caso de patologias como a Ceratite Bacteriana, o Hifema e o Glaucoma Agudo de Ângulo Fechado. Em um segundo momento, é válido falar das condições que também tem um caráter de urgência, mas nas quais o paciente pode ser atendido pelo oftalmologista após 1 ou 2 dias. Trata-se da Ceratite Viral, da Uveíte Anterior e da Esclerite.[1]

CERATITE BACTERIANA

A Ceratite Bacteriana consiste na infecção da córnea por alguma bactéria, geralmente oriunda da microbiota adjacente à região ocular (como pálpebras, cavidade nasal, via aérea) ou de elementos do ambiente que entram em contato com os olhos (água ou lente de contato).

Os principais agentes etiológicos são o Staphylococcus aureus, o Staphylococcus epidermidis, o Streptococcus pneumoniae e a Pseudomonas aeruginosa.[2]

Fisiologicamente, a córnea sempre é protegida pelo filme lacrimal, pelo sistema imunológico e pela própria integridade do seu epitélio. Quando algum insulto compromete essas barreiras naturais, abre-se uma porta de entrada para bactérias, que colonizam e, em seguida, infectam aquele tecido. Isso pode ocorrer por diversos fatores, desde um trauma ocular até mesmo o uso inapropriado das lentes de contato. Essa última causa tem se tornado cada vez mais comum, pois muitos pacientes dormem com as lentes, não realizam sua higienização correta ou a utilizam por um tempo que excede o prazo do produto. No entanto, a ceratite pode acontecer mesmo tomando todos os cuidados, pois outros fatores podem favorecer a quebra da integridade corneana, como problemas relacionados ao filme lacrimal (olho seco) ou à imunossupressão.[2]

Dessa forma, na anamnese, é muito importante perguntar sobre uso de lentes de contato, trauma ocular, uso de colírios (principalmente corticoides) e doenças prévias imunossupressoras (como diabetes). Quanto à sintomatologia, o paciente, provavelmente, irá referir sensação de corpo estranho nos olhos (como se houvesse "areia" arranhando a superfície ocular), lacrimejamento, vermelhidão e, em alguns casos, diminuição da acuidade visual. Durante o exame físico, é possível notar, além da hiperemia ocular intensa, a presença de secreção purulenta e uma opacidade da córnea (Figura 18). Esse achado pode

ser visto mesmo com uma lanterna oftalmológica, sem necessidade de se utilizar a lâmpada de fenda do especialista. Caso o generalista tenha acesso, pode-se utilizar a fluoresceína, um colírio corante, o qual se destaca nas áreas em que houver úlcera corneana.[1,2]

Figura 18. Ceratite Bacteriana com presença de Úlcera Corneana e Hipópio



Fonte: "Microbial keratitis" por Community Eye Health, CC BY-NC 2.0

Esse é um caso que precisa ser imediatamente referenciado ao oftalmologista, pois em situações mais graves, o paciente pode chegar ao ponto de necessitar até mesmo de um transplante de córnea. No entanto, o médico generalista pode orientar o paciente a suspender o uso de

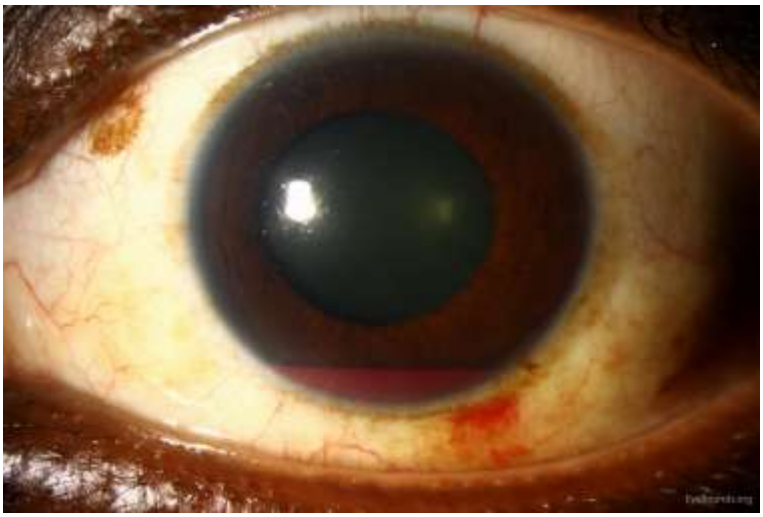
lentes de contato, caso as utilize, não coçar os olhos e lubrificá-los bem. O tratamento definitivo, que fica a cargo do oftalmologista, geralmente, envolve antibióticos tópicos em colírio capazes de cobrir bem tanto as bactérias gram-positivas, quanto as gram-negativas.[2]

HIFEMA

O Hifema diz respeito à presença de sangue na câmara anterior do olho, isto é, a região entre córnea e cristalino, onde encontra-se o humor aquoso (Figura 19). Esse sangramento ocorre em virtude da ruptura de vasos sanguíneos da íris e do corpo ciliar, geralmente, devido a algum trauma ocular. Tal condição costuma acontecer, sobretudo, com pacientes mais jovens, durante práticas esportivas (como nos casos de trauma contuso com a bola) ou em situações de agressão física. No entanto, existem doenças que podem predispor ao desenvolvimento de hifema sem a ocorrência de trauma ocular, como na Hemofilia, na Anemia Falciforme ou na Diabetes com neovascularização ocular.[3]

Durante a consulta, é válido questionar sobre histórico de trauma ocular ou cirurgia oftalmológica recente, doenças hematológicas e uso de anticoagulantes. Como ocorre lesão na íris, músculo que regula o diâmetro da pupila, o paciente pode ter anisocoria - apresentando miose ou midríase no olho afetado - além de fotofobia, devido à dificuldade de controlar a entrada de luz pelo olho. Já o comprometimento do corpo ciliar pode prejudicar a acomodação do cristalino e, dessa forma, causar diminuição da acuidade visual.[3]

Figura 19. Hifema de origem traumática



Fonte: “Traumatic hyphema” por Jesse Vislisel, MD , Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported License.

A presença de sangue na câmara anterior pode provocar turvação visual e é interessante observar que, durante o exame físico, há piora da visão em decúbito dorsal e melhora em ortostase, em virtude do efeito da gravidade sobre o nível de sangue. Além disso, vale ressaltar que, em alguns casos, essas hemácias na câmara anterior podem ocluir o Canal de Schlemm e, assim, impossibilitar a drenagem do humor aquoso. Isso acarreta em aumento da pressão intraocular, podendo causar glaucoma, o que é muito grave, pois haverá lesão do nervo óptico, ou seja, perda visual irreversível. Caso haja glaucoma, o paciente também pode apresentar dor ocular, além de náuseas e vômitos.[3]

O Hifema pode ser classificado em 5 graus. No grau 0, temos um micro-hifema, com hemácias dispersas. No grau I, há menos de ⅓ de preenchimento da câmara anterior. No grau II, esse nível está entre ⅓ e ½ da câmara. No grau III, preenche-se mais da metade, mas menos que 100%. Já no grau IV, o mais grave, toda a câmara anterior fica repleta de sangue.[3]

Como, muitas vezes, se trata de um trauma, pode ser necessário seguir o protocolo ATLS e o paciente deve ser primeiramente estabilizado. Caso seja necessário intubação orotraqueal, é importante ter em mente que a succinilcolina é contraindicada pelo risco de aumento da pressão intraocular, de modo que seria preferível - se possível - utilizar um bloqueador neuromuscular não polarizante, como o rocurônio. Na sedação, também, vale destacar, embora controverso, historicamente a cetamina tem sido contraindicada em casos de lesão ocular aberta ou aumento de pressão intraocular.[3]

Caso haja lesão ocular aberta, deve-se manter os projéteis ou objetos pérfuro-cortantes no local. O médico pode colocar uma proteção ao redor desses corpos estranhos penetrantes para evitar seu deslocamento acidental. Deve-se verificar o estado vacinal para o tétano e realizar profilaxia se necessário. Para prevenir que o paciente venha a vomitar, é recomendado fazer uso de antieméticos, pois esforços, como vomitar, tossir ou espirrar podem aumentar subitamente a pressão intraocular e, assim, agravar as lesões. O paciente deve permanecer em jejum e o serviço de oftalmologia precisa ser imediatamente acionado.[3]

Caso o paciente esteja se queixando de dor ocular muito intensa, pode-se administrar opioides intravenosos ou orais. No entanto, deve-se evitar AINEs devido ao mecanismo de antiagregação plaquetária, que pode piorar o sangramento. Além disso, em situações nas quais o hifema ocorre devido a alguma doença hematológica, é importante reverter a coagulopatia e tratar com os hemoderivados necessários, dependendo da patologia do paciente, seja hemofilia ou doença de von Willebrand.[3]

GLAUCOMA AGUDO DE ÂNGULO FECHADO

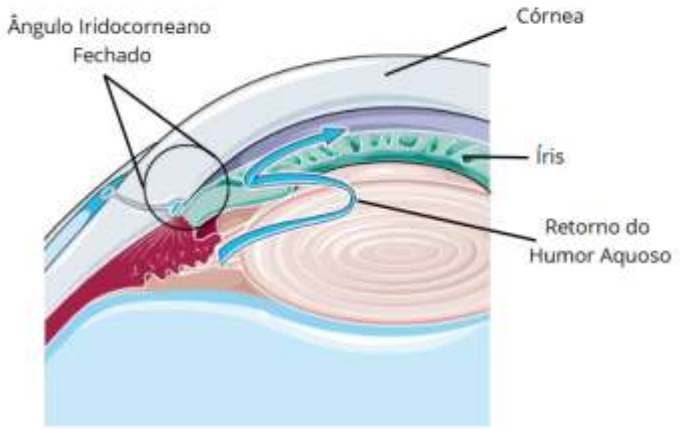
O Glaucoma Agudo de Ângulo Fechado é uma urgência oftalmológica caracterizada pela obstrução do ângulo iridocorneano, provocando aumento súbito da pressão intraocular (Figura 20). O ângulo iridocorneano é um espaço anatômico onde ocorre a drenagem do humor aquoso. Quando esse escoamento é bloqueado, a pressão intraocular aumenta rapidamente, de modo que, o paciente corre sério risco de cegueira irreversível caso não seja tratado o quanto antes.[4]

A pressão intraocular elevada distende estruturas - como córnea, íris e corpo ciliar - que são inervadas pelo nervo trigêmeo. Essa distensão causa dor ocular e, frequentemente, pode ser referida como cefaleia, pois há uma inervação conjunta da região frontal e temporal. Além disso, o quadro álgico, normalmente, é unilateral, pois o acometimento é anatômico, não sistêmico. O estímulo do nervo trigêmeo leva, também, a uma ativação do nervo vago, que provoca náuseas e vômitos.[4]

A hipertensão intraocular, também, dificulta o retorno venoso, causando ingurgitação de vasos e, consequentemente, hiperemia conjuntival. Soma-se a isso uma irritação da íris e do corpo ciliar, provocando, uma hiperemia perilímbica, ou seja, na transição entre a córnea e a esclera.[4]

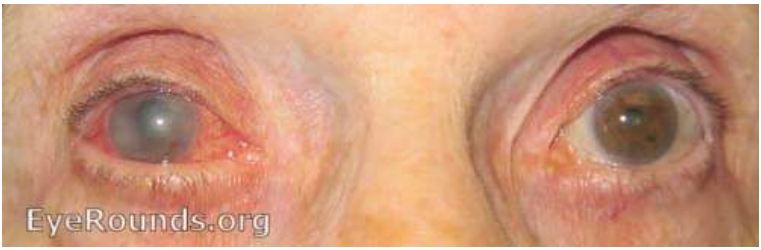
Como o humor aquoso não é drenado, o endotélio da córnea não consegue remover líquido do estroma. Isso faz com que surja um edema que torna a córnea mais opaca (Figura 21). O acúmulo de líquido e as irregularidades corneanas fazem com que a luz sofra difração e o paciente passa a referir estar vendo um “arco-íris”, ou seja, halos coloridos ao redor da imagem.[4]

Figura 20. Obstrução da Drenagem do Humor Aquoso por Ângulo Iridocorneano Fechado



Fonte: Adaptado de "Angle-closure glaucoma" por SMART-Servier Medical Art, Creative Commons Attribution-Sharealike 4.0 International.

Figura 21. Glaucoma Agudo de Ângulo Fechado com Opacificação Corneana e Midríase



Fonte: "Acute Angle Closure Glaucoma" por Andrew Doan, MD, PhD, Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported License.

O aumento da pressão intraocular também causa lesão no nervo óptico, o que se caracteriza como a manifestação mais grave do Glaucoma Agudo de Ângulo Fechado. A própria compressão da papila óptica gera dano neuronal direto. No entanto, outro mecanismo envolve um processo de isquemia. Como a Pressão de Perfusão Ocular (PPO) = Pressão Arterial Média (PAM) - Pressão Intraocular (PIO), o aumento da PIO, leva a uma diminuição na oferta de oxigênio para o nervo óptico e consequentemente, morte neuronal, ou seja, perda visual irreversível.[4]

Dessa forma, na anamnese é importante ficar atento para a história do paciente e os sinais exuberantes da doença. Do ponto de vista epidemiológico, é uma doença que acomete, principalmente, a faixa etária entre 55 e 65 anos. Deve-se perguntar, principalmente por hipermetropia (em que a câmara anterior pode ser mais rasa) e história familiar de glaucoma. Além disso, é válido questionar a respeito do uso de medicamentos, pois algumas drogas, como anticolinérgicos, antidepressivos e anti-histamínicos podem dilatar a pupila e desencadear uma crise de glaucoma. Quanto às queixas do paciente, foi possível perceber que o quadro clínico é exuberante e caracterizado, principalmente, por uma tríade sugestiva de crise angular: olho vermelho, dor ocular aguda e midríase média.[4]

No exame físico, alguns achados característicos podem ajudar no diagnóstico. Um deles é a midríase média fixa, situação em que, devido ao aumento súbito da PIO, o esfíncter da pupila fica temporariamente paralisado, mantendo-a em média dilatação e sem resposta ao estímulo

luminoso. Outro achado é o de endurecimento do globo ocular ocasionado pelo aumento da pressão intraocular, o qual pode ser percebido pela palpação digital com os olhos fechados.[1,4]

Como conduta inicial, o generalista pode realizar o suporte clínico. Deve ser feita analgesia para mitigar a dor ocular ou cefaléia do paciente, além de se evitar ambiente muito luminoso devido à fotofobia (lembrando de evitar escuridão total para não agravar a midríase e diminuir as dimensões do ângulo iridocorneano). Os antieméticos, também são válidos, principalmente porque a força empregada nos vômitos pode piorar a hipertensão intraocular.[4]

A conduta do especialista, normalmente, envolve a utilização de medicações que reduzem a pressão intraocular, como Acetazolamida, Timolol, Pilocarpina, dentre outros.[4] O tratamento definitivo do glaucoma agudo de ângulo fechado se dá pela abertura de uma passagem na Íris para possibilitar a saída do humor aquoso. Esse procedimento pode ser feito por uma Iridotomia - a laser - ou pela Iridectomia - cirurgicamente. Porém, até que essa medida seja tomada pelo especialista, o médico generalista deve fazer o que estiver ao alcance para poupar o máximo de visão que for possível até que o paciente seja manejado pelo oftalmologista.

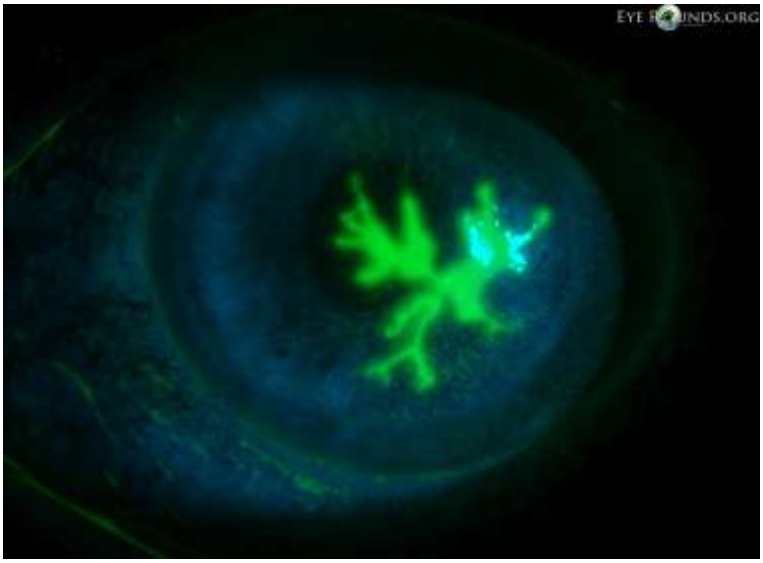
CERATITE VIRAL

Depois da abordagem sobre as patologias oftalmológicas com necessidade de abordagem imediata pelo especialista, pode-se falar, neste momento, sobre as

afecções nas quais o paciente pode ser atendido em até 1 ou 2 dias. A primeira delas é a ceratite viral, uma infecção da córnea causada por vírus e a forma mais frequente de ceratites infecciosas. O principal causador da doença é o Vírus Herpes Simples (HSV). Outros agentes etiológicos são o Vírus Varicela-Zoster (VZV), o Citomegalovírus (CMV) e o Vírus Epstein-Barr (EBV).[5]

Na anamnese, o médico pode questionar sobre história de herpes labial ou zóster, imunossupressão e episódios semelhantes (devido à recorrência). As queixas do paciente envolvem, principalmente dor ocular leve a moderada - devido ao acometimento das terminações nervosas da córnea -, sensação de corpo estranho, lacrimejamento, olho vermelho, fotofobia e turvação visual. Ao exame físico, algo que chama atenção são as lesões dendríticas na córnea, quando utilizada a fluoresceína (Figura 22). Esse achado é quase característico de herpes simples, em que o vírus segue o trajeto dos ramos do nervo trigêmeo, formando prolongamentos em aspecto de ramos de árvore. Além disso, em infecções por herpes zóster podem ser encontradas vesículas perioculares (Figura 23).[5]

Figura 22. Padrão dendrítico de Ceratite Herpética visualizado com uso de fluoresceína



Fonte: Ceratite Epitelial Geográfica por Vírus Herpes Simplex (HSV) por Jesse M. Vislisel, MD, CC BY-NC-ND 3.0

Figura 23. Vesículas Perioculares em um caso de Ceratite Viral por Herpes-Zoster



Fonte: “Shingles or Herpes zoster virus attacking forehead and eye” por Burntfingers, CC BY-SA 4.0.

UVEÍTE

A úvea corresponde à camada vascular do olho, composta por Íris, Corpo Ciliar e Coroide. Ela é fundamental para a oxigenação e nutrição da retina, o controle da entrada de luz, a acomodação do cristalino e a produção de humor aquoso. A uveíte é uma inflamação da úvea, que pode ser causada tanto por doenças locais, quanto por condições sistêmicas.[6]

A forma mais comum é a uveíte anterior (irite ou iridociclite). Ela acomete, principalmente adultos jovens entre 20 e 50 anos e pode ter causas infecciosas, como Herpes, Tuberculose, Sífilis, ou não infecciosas (mais comum), como em doenças autoimunes, a exemplo de Espondilite Anquilosante, Artrite idiopática juvenil, Doença de Behçet e Sarcoidose. Há, também, muitos casos em que não se identifica a causa, sendo, portanto, idiopáticos.[6]

A princípio, as manifestações clínicas das uveítes podem fazer o médico confundir a doença com um glaucoma agudo de ângulo fechado. Isso porque na uveíte anterior também pode haver hiperemia de predomínio pericerático, dor ocular e diminuição da acuidade visual. No entanto, alguns detalhes podem ajudar na diferenciação. Primeiramente, nas uveítes costuma haver miose, enquanto no glaucoma é mais comum ocorrer midríase. Em segundo lugar, a córnea costuma ficar turva no glaucoma devido ao edema, algo que não costuma acontecer na uveíte anterior. É válido dizer, também, que a dor ocular ou cefaléia no glaucoma é mais intensa e pode vir acompanhada de náuseas e vômitos.[4,6]

Além disso, há alguns achados mais característicos da uveíte anterior que são melhor visualizados na lâmpada de fenda, mas que eventualmente são visíveis para o generalista, sobretudo com auxílio de alguma fonte de luz. Um desses sinais é o aparecimento de células e flare (proteínas plasmáticas) na câmara anterior, indicando uma quebra da barreira hemato-aquosa (Figura 24). Outro

achado é o surgimento de sinéquias (aderências) na íris devido a um processo inflamatório.[6]

O tratamento definitivo da uveíte anterior depende muito de sua etiologia. Abrange desde antivirais e antibacterianos, caso a etiologia seja infecciosa até imunossupressores e imunobiológicos em doenças reumatológicas. Assim, é necessário encaminhar o quanto antes para o especialista para que haja a intervenção adequada. Dessa forma, o que o médico generalista pode fazer é a analgesia, principalmente com anti-inflamatórios.[6]

Figura 24. Proteínas Plasmáticas na Câmara Anterior



Fonte: "Anterior-uveitis2" by Pratik Y. Gogri, Somen L. Misra, Raghunandan N. Kothari, Akshay J. Bhandari, Hitesh V. Gidwani is licensed under CC BY 4.0.

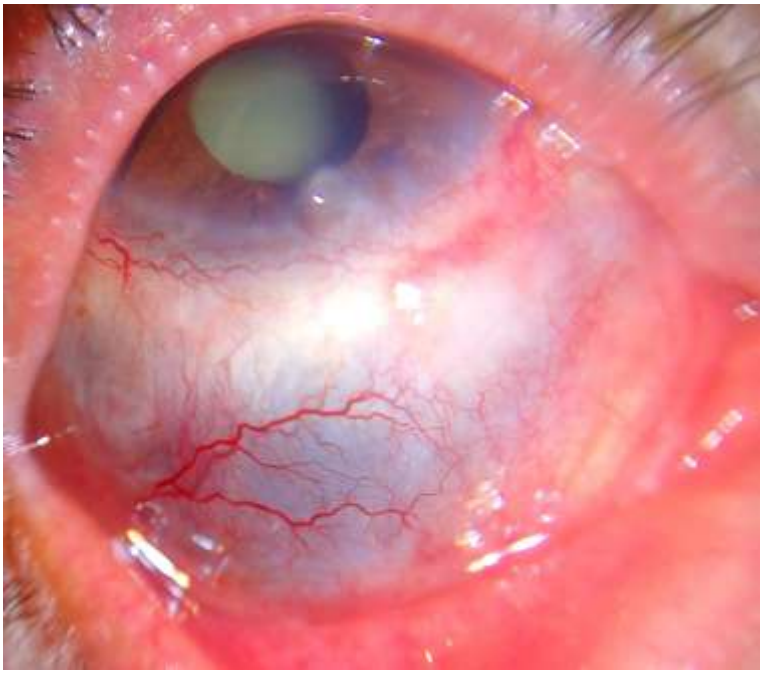
ESCLERITE

A esclerite equivale à inflamação que atinge a esclera, isto é, a camada externa dos olhos. O principal subtipo é a esclerite anterior, correspondendo a 98% dos casos. A etiologia é diversa, indo de causas infecciosas a neoplásicas, mas cerca de 50% dos casos envolve uma doença autoimune subjacente, sendo que a artrite reumatoide e as vasculites sistêmicas são as condições mais frequentes. A maior parte dos pacientes tem cerca de 50 a 60 anos e aproximadamente 70% é do sexo feminino.[7]

Dentre as manifestações clínicas, pode-se citar hiperemia, dor ocular, fotofobia e diminuição da acuidade visual. Novamente, é um quadro que pode ser confundido com outras causas de olho vermelho, mas também há achados mais específicos da doença. Um desses é a tonalidade azul-violeta da esclera que indica congestão de vasos sanguíneos do plexo escleral profundo (Figura 25).[7]

Além disso, existe um teste útil para diferenciar a esclerite de uma condição semelhante, a episclerite, uma inflamação mais superficial e leve. Trata-se do teste do colírio de Fenilefrina, no qual o generalista instila 1 gota do medicamento tópico a 2,5% no olho afetado. Caso os vasos sanguíneos fiquem pálidos, isso indica episclerite. Por outro lado, se houver persistência da hiperemia, tem-se um sinal clássico da esclerite.[7]

Figura 25. Esclerite com esclera em coloração azul-violeta



Fonte: “Recurrent scleritis” por Imrankabirhossain, Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0

O paciente deve ser encaminhado ao oftalmologista, mas até que esse atendimento seja feito, é útil solicitar alguns exames laboratoriais. Um hemograma pode diferenciar entre processos infecciosos dos meramente inflamatórios. A dosagem de Proteína C-Reativa pode confirmar essa inflamação. Os testes para Anticorpos Anticitoplasma de Neutrófilos (ANCA), os Anticorpos Antinucleares (ANA) e o Fator Reumatóide podem ajudar na identificação de condições autoimunes subjacentes, como vasculites sistêmicas, Lúpus e Artrite Reumatoide,

respectivamente. Os casos infecciosos têm tratamentos específicos de acordo com a etiologia e demandam atenção do oftalmologista. Porém, a analgesia do paciente pode ser feita com AINES, como o Ibuprofeno ou o Naproxeno, já que o mecanismo da dor é profundo e demanda medicação sistêmica, não sendo solucionado com colírios.[7]

REFERÊNCIAS:

1. Mamtora S, Ng V, Atan D. Differential diagnosis and management of the red eye in primary care. Prescriber. 2024;35(6):42-50.

2. Gurnani B, Kaur K. Bacterial keratitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574509/

3. Gragg J, Blair K, Baker MB. Hyphema. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507802/

4. Khazaeni B, Zeppieri M, Khazaeni L. Acute angle-closure glaucoma. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430857/

5. Koganti R, Yadavalli T, Naqvi RA, Shukla D, Naqvi AR. Pathobiology and treatment of viral keratitis. Exp Eye Res. 2021;205:108483.

6. Duplechain A, Conrady CD, Patel BC, Baker S. Uveitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK540993/

7. Lagina A, Ramphul K. Scleritis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499944/

CAPÍTULO 4
COLÍRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA - COMO EVITAR *PERIGOS* PARA O PACIENTE

Na ânsia de aliviar o sofrimento do paciente ou diante da pressão por um atendimento rápido, o médico generalista pode ser tentado a prescrever inadvertidamente alguns medicamentos que coloquem em risco a saúde do paciente, ferindo a máxima *primum non nocere* (primeiro, não causar dano). Apesar dos colírios serem vistos por muitos como inócuos, eles são drogas como todas as outras, mesmo que o risco de efeitos sistêmicos seja menor. Nesse sentido, a prescrição errada ou a automedicação e o uso indiscriminado de medicações, mesmo tópicas, podem provocar grandes complicações.

ANESTÉSICOS

Anestésicos oftálmicos como a Tetracaína devem ser de uso exclusivamente médico, sem prescrição externa para uso domiciliar.[1,2] Isso porque além de mascarar a dor e retardar a procura por atendimento, esses colírios possuem elevado risco de citotoxicidade para as células estromais e epiteliais da córnea, principalmente se usados por muito tempo ou por doses excessivas. A utilização repetida pode acarretar em defeitos epiteliais persistentes, comprometendo gravemente a visão do paciente. Ou seja, apesar de ser bastante tentador utilizar um anestésico que alivia imediatamente a dor em um tecido tão ricamente

inervado como o corneano, o abuso no uso pode impedir que as lesões causadoras do distúrbio sejam curadas. Além disso, esse abuso pode levar a outros problemas, como opacificação corneana e elevação da pressão intraocular, principalmente em pacientes que possuem algum distúrbio psiquiátrico que predisponha ao vício na medicação.[2]

CORTICOIDES

Os corticoides são excelentes agentes anti-inflamatórios e são utilizados frequentemente por médicos generalistas, entretanto o seu uso requer bastante cautela. Colírios com corticóides, em geral, somente devem ser utilizados sob supervisão de um médico oftalmologista, uma vez que seu uso irrestrito pode acarretar complicações graves.[3] Nesse sentido, utilizar corticóides em caso de dor refratária à analgesia simples e aos AINES não é algo recomendado, sobretudo se o uso for empírico. Em algumas ceratites, especialmente a herpética e a fúngica, o corticoide pode agir como um combustível para a infecção, reduzindo a resposta imune local e possibilitando uma replicação desenfreada do microorganismo.[4] Além disso, há o risco de outras complicações ameaçadoras à visão, incluindo catarata e elevação da pressão intraocular (glaucoma corticogênico).[3]

VASOCONSTRITORES

Vasoconstritores, como a nafazolina, são vendidos livremente em formulações de colírios que prometem “clarear os olhos”. Entretanto, em casos de olho vermelho, eles não tratam efetivamente o distúrbio, somente

mascaram os sintomas. Além disso, após o tempo de efeito da medicação, ocorre uma vasodilatação compensatória, aumentando a hiperemia (efeito rebote) e gerando uma dependência por parte do paciente. Vale ressaltar que, além do risco de efeitos colaterais simpaticomiméticos como a elevação da pressão intraocular, o abuso do uso dessa medicação pode gerar quadros de conjuntivite tóxica.[3]

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Não só o médico precisa saber disso, mas toda a população. Portanto, além de prescrever corretamente, é dever do profissional orientar os pacientes sobre os perigos da automedicação e do abuso de colírios. É importante que a comunidade entenda que os colírios, mesmo alguns lubrificantes, só podem ser utilizados sob prescrição e orientação médica, pois o que parece inócuo, na verdade possui efeitos adversos.

REFERÊNCIAS:

1. Jacobs DS. Corneal abrasions and corneal foreign bodies: management. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/corneal-abrasions-and-corneal-foreign-bodies-management

2. Sharifi A, Naisiri N, Shams M, Sharifi M, Sharifi H. Adverse reactions from topical ophthalmic anesthetic abuse. J Ophthalmic Vis Res. 2022;17(4):470-8.

3. Hamrah P, Dana R. Allergic conjunctivitis: management. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2026 [citado em 25 abr. 2026]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/allergic-conjunctivitis-management

4. Hirano K, Tanaka H, Kato K, Araki-Sasaki K. Topical corticosteroids for infectious keratitis before culture-proven diagnosis. Clin Ophthalmol. 2021;15:609-16.

CAPÍTULO 5
CONCLUSÃO E ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Diante de tudo o que foi exposto, pode-se concluir que, diferentemente do que muitos pensam, o médico generalista pode ser muito útil no manejo de doenças oftalmológicas, mesmo sem ter a propedêutica específica da especialidade. A cegueira é um problema sério que precisa ser evitado e o profissional que se encontra na linha de frente da saúde pública, na Atenção Primária, é essencial nessa missão.[1,2] Nesse sentido é crucial estar preparado para atender pacientes que chegam ao consultório com essa queixa tão comum, mas tão subestimada que é o olho vermelho. Assim, esperamos que este e-book seja, de fato, um manual didático e prático para auxiliar os médicos generalistas e acadêmicos de medicina a diagnosticar, tratar e encaminhar adequadamente os casos de olho vermelho.

Para concluir o ensino do livro, deixamos a seguir um algoritmo de diagnóstico e tratamento da Síndrome do Olho Vermelho, para a Atenção Primária à Saúde:

Figura 26. Algoritmo de Diagnóstico e Conduta para o Olho Vermelho



Fonte: Elaborado pelos autores

REFERÊNCIAS:

1. Mamtora S, Ng V, Atan D. Differential diagnosis and management of the red eye in primary care. Prescriber. 2024;35(6):42-50.

2. Miranda BA, Reis C, Botteon CS. Importância do diagnóstico diferencial de olho vermelho não traumático na atenção primária: uma revisão da literatura. Rev Med Minas Gerais. 2021;31:e31202.

