



PREFEITURA MUNICIPAL DE
PINDAMONHANGABA

PROTOCOLO

Referência nº:

H10-PRT-CC-002

Estabelecido em: 14/05/2025

Válido até: 14/05/2028

Nº Revisão: "1"

Atividade: Protocolo de Encaminhamento de Acesso a Especialidade de Oftalmologia Geral

Responsável: Médica Responsável Técnica

Controle de Histórico

Revisão	Data	Elaboração/Revisão	Verificação	Aprovação
1	14/05/2025	Veridiana Puppio Querido	Maura Aparecida da Silva	Eny Câmara Guimarães e Ana Carla Claro

OFTALMOLOGIA

1. Distúrbios de refração ou acomodação
2. Catarata em Adultos
3. Retinopatia ou outras doenças de retina
4. Estrabismo
5. Oculoplástica (pálpebras), vias lacrimais e órbita
6. Glaucoma
7. Doenças da córnea e da superfície ocular
8. Toxoplasmose
9. Anexos

1. Distúrbios de refração ou acomodação - H52

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência, não devendo, portanto, esperar por consulta ambulatorial para adequado manejo:

- diminuição de acuidade visual aguda ou associada a sintomas de gravidade como dor ocular,
- suspeita de descolamento de retina: percepção súbita de sombra ou cortina sobre parte do campo de visão, fotopsia (flashes luminosos), moscas volantes de início recente ou metamorfopsia (percepção irreal de tortuosidade ou deformação da imagem);

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oftalmologia:



PREFEITURA MUNICIPAL DE
PINDAMONHANGABA

PROTOCOLO

Referência nº:

H10-PRT-CC-002

Estabelecido em: 14/05/2025

Válido até: 14/05/2028

Nº Revisão: "1"

Atividade: Protocolo de Encaminhamento de Acesso a Especialidade de Oftalmologia Geral

Responsável: Médica Responsável Técnica

- paciente com queixa de diminuição não aguda da acuidade visual; ou
- paciente com distúrbio de refração (miopia, hipermetropia, astigmatismo) ou acomodação (presbiopia) com necessidade de revisão por modificação na acuidade visual; ou

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas: descreva quadro de diminuição visual (alteração na visão para perto ou para longe) e outros achados do exame físico como: torcicolo, nistagmo, estrabismo, pterígio ou achados corneanos;
- diagnóstico prévio de distúrbio de refração ou acomodação? (sim ou não). Se sim, qual o distúrbio, grau da lente corretiva e quando foi a última revisão oftalmológica?
- medida de acuidade visual¹ (tabela de acuidade visual – ver figura 1 no anexo) em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível);
- prejuízo funcional devido à diminuição da acuidade visual? (sim ou não). Se sim, descreva.

¹ A medida da acuidade visual em pessoas que já utilizam lente corretiva deve ser feita com o paciente utilizando a lente corretiva.

2. Catarata em Adultos - H25/H28 (Ambulatório Específico)

Atenção: O encaminhamento de pessoas com catarata para o oftalmologista se justifica quando há diminuição da acuidade visual (em vistas a procedimento cirúrgico ou revisão de grau após procedimento).

- paciente com diagnóstico de catarata e com:
 - queixa de diminuição da capacidade visual funcional (queixa de diminuição visual que interfere nas suas atividades da vida diária); ou
 - diminuição da acuidade visual medida com a tabela de acuidade visual (AV em 20/40 ou pior).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **oftalmologia geral**:



PREFEITURA MUNICIPAL DE
PINDAMONHANGABA

PROTOCOLO

Referência nº:

H10-PRT-CC-002

Estabelecido em: 14/05/2025

Válido até: 14/05/2028

Nº Revisão: "1"

Atividade: Protocolo de Encaminhamento de Acesso a Especialidade de Oftalmologia Geral

Responsável: Médica Responsável Técnica

- paciente com diagnóstico de catarata, previamente operados, com necessidade de revisão por queixa de diminuição de acuidade visual; **ou H26.4 (pós-operatório)**
- paciente com suspeita de catarata (ver quadro 1 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas (descreva quadro de diminuição visual e prejuízo funcional, perda de reflexo vermelho, outros achados relevantes);
- medida de acuidade visual¹ (tabela de acuidade visual – ver figura 1 no anexo) em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível);
- paciente previamente operado de catarata (sim ou não).

¹ A medida da acuidade visual em pessoas que já utilizam lente corretiva deve ser feita com o paciente utilizando a lente corretiva.

3. Retinopatia ou outras doenças de retina

Atenção: Todo paciente diabético ou pacientes em uso crônico de hidroxicloroquina/cloroquina necessitam rastreamento para retinopatia, independente de diminuição na acuidade visual.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **emergência**:

- diminuição de acuidade visual aguda ou associada a percepção súbita de sombra ou cortina sobre parte do campo de visão, ftopsia (flashes luminosos), moscas volantes ou metamorfopsia (percepção irreal de tortuosidade ou deformação da imagem). H33 (DR)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **oftalmologia**:

- rastreamento retinopatia diabética: H36
 - rastreamento de retinopatia diabética em gestantes com DM1 ou DM2,



PREFEITURA MUNICIPAL DE
PINDAMONHANGABA

PROTOCOLO

Referência nº:

H10-PRT-CC-002

Estabelecido em: 14/05/2025

Válido até: 14/05/2028

Nº Revisão: "1"

Atividade: Protocolo de Encaminhamento de Acesso a Especialidade de Oftalmologia Geral

Responsável: Médica Responsável Técnica

preferencialmente no primeiro trimestre gestacional (não é necessário encaminhar para rastreamento gestantes com diabetes gestacional); **ou**

- avaliação inicial de pacientes com DM2 (no momento do diagnóstico) ou DM1 (cinco anos após o diagnóstico); **ou**
- rastreamento anual de retinopatia diabética em pacientes com DM1 ou DM2.
 - diagnóstico de retinopatia diabética identificado por retinografia:
- edema macular diabético; **ou**
- retinopatia proliferativa; **ou**
- retinopatia não proliferativa.
 - rastreamento de maculopatia em pacientes que utilizam cloroquina/hidroxicloroquina; **ou H35**
 - outras doenças de retina estabelecidas (degeneração macular, descolamento de retina, oclusão de veia central da retina, entre outros).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas (descreva se há diminuição de acuidade visual e outros achados relevantes);
- apresenta diagnóstico prévio de doença de retina (sim ou não). Se sim, descreva o tipo e exame realizado no diagnóstico;
- apresenta diagnóstico de diabetes (sim ou não)? Se sim, descreva o tipo e idade aproximada no diagnóstico;
- se gestante, descreva idade gestacional;
- se paciente utiliza hidroxicloroquina/cloroquina, descreva indicação, dose e quando foi o início;
- realizou retinografia previamente (sim ou não). Se sim, descreva o laudo com data.



PREFEITURA MUNICIPAL DE
PINDAMONHANGABA

PROTOCOLO

Referência nº:

H10-PRT-CC-002

Estabelecido em: 14/05/2025

Válido até: 14/05/2028

Nº Revisão: "1"

Atividade: Protocolo de Encaminhamento de Acesso a Especialidade de Oftalmologia Geral

Responsável: Médica Responsável Técnica

- avaliação inicial de pacientes com DM2 (no momento do diagnóstico) ou DM1 (cinco anos após o diagnóstico); **ou**
- rastreamento anual de retinopatia diabética em pacientes com DM1 ou DM2.
- diagnóstico de retinopatia diabética identificado por retinografia:
 - edema macular diabético; **ou**
 - retinopatia proliferativa; **ou**
 - retinopatia não proliferativa.
- rastreamento de maculopatia em pacientes que utilizam cloroquina/hidroxicloroquina; **ou**
- outras doenças de retina estabelecidas (degeneração macular, descolamento de retina, oclusão de veia central da retina, entre outros).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas (descreva se há diminuição de acuidade visual e outros achados relevantes);
- apresenta diagnóstico prévio de doença de retina (sim ou não). Se sim, descreva o tipo e exame realizado no diagnóstico;
- apresenta diagnóstico de diabetes (sim ou não)? Se sim, descreva o tipo e idade aproximada no diagnóstico;
- se gestante, descreva idade gestacional;
- se paciente utiliza hidroxicloroquina/cloroquina, descreva indicação, dose e quando foi o início;
- realizou retinografia previamente (sim ou não). Se sim, descreva o laudo com data.



PREFEITURA MUNICIPAL DE
PINDAMONHANGABA

PROCOLO

Referência nº:

H10-PRT-CC-002

Estabelecido em: 14/05/2025

Válido até: 14/05/2028

Nº Revisão: "1"

Atividade: Protocolo de Encaminhamento de Acesso a Especialidade de Oftalmologia Geral

Responsável: Médica Responsável Técnica

4. Estrabismo - H50

Atenção: O estrabismo pode ser constante, intermitente (aparece ocasionalmente) ou latente (aparece quando desocluir momentaneamente um dos olhos). Os critérios de encaminhamento se aplicam a todas essas variações. Consultar o teste de Hirschberg (figura 2 no anexo) para auxílio no diagnóstico.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **emergência**:

- estrabismo de início abrupto, especialmente se associado a cefaleia, diplopia e/ou sinais meníngeos.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **oftalmologia**:

- estrabismo de início recente e/ou queixa de diplopia aguda após avaliação em serviço de emergência clínica; **ou**
- estrabismo associado à diminuição de acuidade visual ou outros sintomas como torcicolo; **ou**
- estrabismo em pessoas assintomáticas que desejam intervenção cirúrgica por motivo estético.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas (descreva idade de início, evolução e sintomas associados como diminuição de acuidade visual, torcicolo, diplopia);
- descreva o tipo de desvio: esodesvio (convergente), exodesvio (divergente) ou desvio vertical;
- medida de acuidade visual¹ (tabela de acuidade visual – ver figura 1 no anexo) em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível).

¹ A medida da acuidade visual em pessoas que já utilizam lente corretiva deve ser feita com o paciente utilizando a lente corretiva.



PREFEITURA MUNICIPAL DE
PINDAMONHANGABA

PROTOCOLO

Referência nº:

H10-PRT-CC-002

Estabelecido em: 14/05/2025

Válido até: 14/05/2028

Nº Revisão: "1"

Atividade: Protocolo de Encaminhamento de Acesso a Especialidade de Oftalmologia Geral

Responsável: Médica Responsável Técnica

5. Oculoplástica (pálpebras), vias lacrimais e órbita

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **emergência**:

- trauma ocular (laceração palpebral e/ou de vias lacrimais); **ou**
- infecção aguda de vias lacrimais (dacriocistite, canaliculite); **ou**
- proptose de início agudo ou suspeita de doenças inflamatórias ou vasculares agudas das órbitas.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **cirurgia plástica** (preferencialmente) ou **oftalmologia - plástica ocular**:

Pálpebras

- lesão palpebral com suspeita de neoplasia (como lesões ulceradas, pigmentares, nodulares, etc.); **ou D231**
- alteração da posição das pálpebras (ptose, ectrópio, entrópio) ou má oclusão palpebral (lagofalmo); **ou H02.0**
- dermatocalase (excesso de pele e flacidez na prega palpebral superior) com obstrução do eixo visual; **ou H02.3**
- hordéolo recorrente ou calázio sem resposta ao tratamento clínico (compressa morna, massagem e pomada oftálmica de antibiótico por 14 dias); **ou H00**
- simbléfaro (adesão entre a pálpebra e a superfície ocular).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **oftalmologia**:

Vias lacrimais - H04

- epífora (lacrimejamento) crônica; **ou**
- dacriocistite (inflamação do saco lacrimal) crônica ou recorrente.

Órbita - H05

- proptose crônica (relacionada ou não a Doença de Graves).



PROTOCOLO

Referência nº:

H10-PRT-CC-002

Estabelecido em: 14/05/2025

Válido até: 14/05/2028

Nº Revisão: "1"

Atividade: Protocolo de Encaminhamento de Acesso a Especialidade de Oftalmologia Geral

Responsável: Médica Responsável Técnica

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas (descrição da alteração palpebral ou de vias lacrimais, tempo de evolução, recorrência);
- apresenta comprometimento funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
- realizou tratamento prévio para a condição (se indicado). Se sim, descreva.

6. Glaucoma - H40

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **emergência**:

- suspeita de glaucoma agudo (olho vermelho geralmente unilateral, dor ocular grave de início abrupto, náuseas e vômitos, olho tenso a palpação).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **oftalmologia**:

- suspeita (por exemplo, por aumento da pressão intraocular ou aumento da escavação do disco óptico) ou diagnóstico de glaucoma.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- há quanto tempo apresenta diagnóstico de glaucoma?
- medida de acuidade visual¹ (tabela de acuidade visual – ver figura 1 no anexo) em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível);
- tratamento prévio ou atual para glaucoma (descreva medicamentos e posologia em uso, realização de cirurgia ou terapia com laser).

¹ A medida da acuidade visual em pessoas que já utilizam lente corretiva deve ser feita com o paciente utilizando a lente corretiva



PREFEITURA MUNICIPAL DE
PINDAMONHANGABA

PROTOCOLO

Referência nº:

H10-PRT-CC-002

Estabelecido em: 14/05/2025

Válido até: 14/05/2028

Nº Revisão: "1"

Atividade: Protocolo de Encaminhamento de Acesso a Especialidade de Oftalmologia Geral

Responsável: Médica Responsável Técnica

7. Doenças da córnea e da superfície ocular

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **emergência**:

- olho vermelho agudo, principalmente quando a hiperemia predomina ao redor da córnea (ceratite, úlcera de córnea, corpo estranho, etc.) ou é localizada setorialmente (episclerite, esclerite); **ou**
- conjuntivite hiperaguda – instalação em 12 a 24 horas – com secreção purulenta abundante (suspeita de conjuntivite gonocócica); ou conjuntivite aguda com secreção catarral ou mucopurulenta sem melhora após o 2º - 3º dia de antibiótico tópico; **ou**
- qualquer sintoma agudo (baixa de visão, dor ou secreção) em usuário de lente de contato; **ou**
- indicação de transplante de córnea de urgência: úlcera corneana sem resposta a tratamento clínico, falência primária até 90 dias de pós-operatório de transplante, perfuração corneana, iminência de perfuração ou descemetocel

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **oftalmologia geral**:

- pterígio associado a diminuição de acuidade visual; **ou**
- pterígio sintomático (irritação ocular) ou olho seco sem alívio com tratamento clínico (lubrificante ocular 3 a 6 vezes ao dia) por 1 mês; **ou H11.0**
- outras doenças da córnea sintomáticas (ceratocone - H18.6 [idade 14 à 30 anos prioridade], distrofia, displasia, leucoma, edema de córnea, ceratopatia bolhosa, etc.).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas;
- apresenta diminuição de acuidade visual (sim ou não);
- medida de acuidade visual¹ (tabela de acuidade visual – ver figura 1 no anexo) em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se



PROTOCOLO

Referência nº:

H10-PRT-CC-002

Estabelecido em: 14/05/2025

Válido até: 14/05/2028

Nº Revisão: "1"

Atividade: Protocolo de Encaminhamento de Acesso a Especialidade de Oftalmologia Geral

Responsável: Médica Responsável Técnica

disponível);

- descreva tratamento realizado para condição (se indicado).

1 A medida da acuidade visual em pessoas que já utilizam lente corretiva deve ser feita com o paciente utilizando a lente corretiva.

8. Toxoplasmose - H30

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **emergência**:

- pacientes com suspeita de toxoplasmose ocular aguda ou reativada.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **oftalmologia**:

- pacientes com toxoplasmose ocular que necessitem acompanhamento ambulatorial, após avaliação inicial com oftalmologista na emergência.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas;
- resultado de sorologia (IgM e IgG);
- paciente apresenta imunossupressão (sim ou não). Se sim, causa da imunossupressão
- medida de acuidade visual¹ (tabela de acuidade visual – ver figura 1 no anexo) em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível).

1 A medida da acuidade visual em pessoas que já utilizam lente corretiva deve ser feita com o paciente utilizando a lente corretiva.

9. Anexos



PROTOCOLO

Referência nº:

H10-PRT-CC-002

Estabelecido em: 14/05/2025

Válido até: 14/05/2028

Nº Revisão: "1"

Atividade: Protocolo de Encaminhamento de Acesso a Especialidade de Oftalmologia Geral

Responsável: Médica Responsável Técnica

Quadro 1 – Suspeita de catarata senil

- Idade acima de 60 anos,
- Queixa de turvação não-dolorosa e progressiva da visão, em um ou ambos os olhos
- Perda de reflexo vermelho através da pupila ou obscurecimento dos detalhes do fundo de olho

Observação: a catarata pode ocorrer em adultos não-idosos quando outros fatores de risco estão presentes, principalmente diabetes, uso de corticoide sistêmico prolongado, ou trauma ocular prévio.

Fonte: JACOBS (2016).

Figura 1 – Figura ilustrativa da tabela de acuidade visual (utilizar tabela em tamanho padronizado)

20/200	D C K Z O
20/160	C N S D K
20/125	N O V H R
20/100	R Z C H S
20/80	N O H R C
20/63	V K S D N
20/50	K S Z O N
20/40	R C K N R
20/32	R S D K Z
20/25	Z D O V C
20/20	D V N O R
20/16	K A R D O
20/12	H A R D O
20/10	S O N E D
Posicionamento da tabela:	
<ul style="list-style-type: none">• Posicionar a tabela de tal forma que o optotipo 20/20 fique na altura dos olhos do paciente (sentado ou de pé),• Fazer marcação no chão para determinar a distância que o paciente deve ficar da tabela (preferencialmente entre 4 a 6 metros).	
Orientações para realizar o exame:	
<ul style="list-style-type: none">• Acuidade visual (AV) é testada individualmente para cada olho. Primeiro cobre-se o olho esquerdo (OE) para aferir a AV do olho direito (OD).• A medida da AV em pessoas que já utilizam lente corretiva deve ser feita com o paciente utilizando a lente corretiva.• Na tabela de optotipos, vê-se a AV ao lado de cada linha (exemplo: 20/20, 20/30, etc.). Considera-se como AV a linha de optotipos menores que o paciente responde corretamente. Caso acerte apenas parte dos optotipos, considerar a AV como a linha de cima.	
Notação:	
<ul style="list-style-type: none">• Informar se o teste foi realizado com ou sem lente corretiva, o olho avaliado e a fração do optotipo que determina a AV.• Exemplo: AV s/c OD (fração da tabela) OE (fração da tabela) Acuidade visual sem correção no Olho Direito (20/30) e no olho esquerdo (20/40)	

Fonte: TelesaúdeRS-UFRGS (2017) adaptado de Alves (2013).



PREFEITURA MUNICIPAL DE
PINDAMONHANGABA

PROTOCOLO

Referência nº:

H10-PRT-CC-002

Estabelecido em: 14/05/2025

Válido até: 14/05/2028

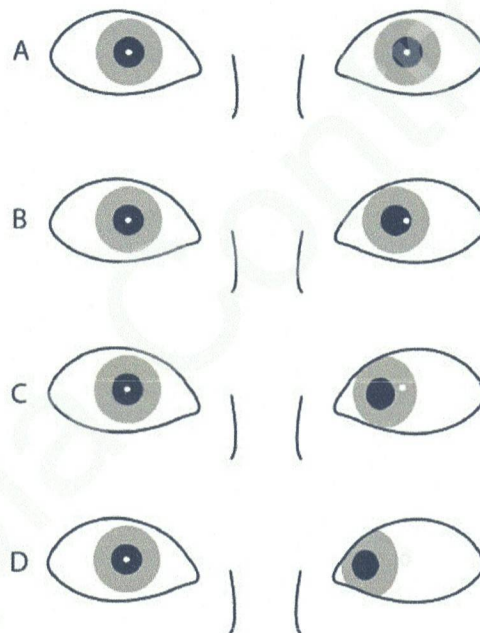
Nº Revisão: "1"

Atividade: Protocolo de Encaminhamento de Acesso a Especialidade de Oftalmologia Geral

Responsável: Médica Responsável Técnica

Figura 2 – Teste de Hishberg

O teste de Hirschberg é útil para definir a presença e a direção do desvio em pacientes com estrabismo constante. Coloca-se um foco de luz, como uma lanterna de bolso, a 30 cm do rosto do paciente e observa-se onde a luz reflete em ambas as córneas. O ponto de luz sobre as córneas deve estar posicionado simetricamente em ambos os olhos, aproximadamente no centro da pupila. Havendo estrabismo, o reflexo aparecerá deslocado medialmente no olho com exodesvio (estrabismo divergente), lateralmente no olho com esodesvio (estrabismo convergente), e inferior ou superiormente no olho com desvio vertical.



A – ausência de desvio (ortotropia).

B, C, D – Estrabismo convergente (esotropia) no olho esquerdo.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Fonte:

Protocolos de Regulação Ambulatorial: oftalmologia adulto / Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. – Porto Alegre: UFRGS, 2017.



PROCOLO

Referência nº:

H10-PRT-CC-002

Estabelecido em: 14/05/2025

Válido até: 14/05/2028

Nº Revisão: "1"

Atividade: Protocolo de Encaminhamento de Acesso a Especialidade de Oftalmologia Geral

Responsável: Médica Responsável Técnica

GRUPO DE TRABALHO:

Mauricio César de M. Barros (autora)

Veridiana Puppio Querido (autora)

Paula Rabelo Halfeld Mendonça (autora)

Leandro Odone Bertelli (revisor)

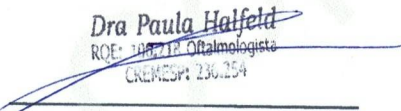
Ana Carla Claro (coordenação administrativa)

Erica Regina da Silva Lopes (administração)

Marcia Coura Carneiro (administração)

João Vitor Aristeu da Cunha (administração)


Dra Maura Aparecida Silva
CRM-SP 95281


Dra Paula Halfeld
ROE: 208712 Oftalmologista
CREMESP: 236254


Dra Paula Rabelo Halfeld Mendonça
CRM-SP 236254


Dra Veridiana Puppio Querido
CRM-SP 135906


Ana Carla Claro
Coren-SP 0265948


Dra Eny Câmara Guimarães
CRM-SP 51070


Dr. Mauricio C. Mandel Barros
Médico Oftalmologista
CRM-SP 95666
Drº Mauricio Cesar de M. Barros
CRM-SP 95666