

Estrabismo e ambliopia na criança

Desvio normal do lactente, estrabismo persistente, pseudoestrabismo e estrabismo súbito ou paralítico, Hirschberg, teste de cobertura e tratamento da ambliopia, segundo a Nota Técnica SBOP/SBP 2024

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Nos primeiros meses, **desvio leve, intermitente e variável é normal**. São anormais o **desvio constante em qualquer idade** e o **intermitente que persiste além de 4 a 6 meses** (SBOP/CBO; AAP). O pediatra examina o alinhamento em toda consulta com **reflexo vermelho simultâneo (Brückner)**, **reflexo corneano (Hirschberg)**, **motilidade** e **teste de cobertura** (Nota Técnica SBOP/SBP 2024). Com Hirschberg e cobertura normais, o "olho torto" com **epicanto** é **pseudoestrabismo** (🟢). Estrabismo verdadeiro, dúvida no exame ou suspeita de ambliopia: **oftalmologista pediátrico com prioridade** (🟡). A ambliopia (estrabismo, anisometropia ou privação — catarata, ptose) é tratada pelo oftalmologista com **óculos, oclusão ou atropina**, melhor **antes dos 7 anos**. **Estrabismo súbito, paralítico (VI par), com diplopia, cefaleia, vômitos, ataxia ou papiledema** sugere hipertensão intracraniana ou tumor: **pronto-socorro** (🔴). Estrabismo novo com **reflexo vermelho alterado**: oftalmologista **com urgência** (retinoblastoma).

1. O que é e como se apresenta

Estrabismo é a perda do paralelismo dos olhos: horizontal (**esotropia**, convergente; **exotropia**, divergente), vertical ou torcional (SBOP/SBP 2024); manifesto (**tropia**) ou latente (**foria**).

Alinhamento normal por idade:

- No primeiro semestre, desvios **leves, alternantes e não fixos** são comuns (SBP 2011); o alinhamento se firma por volta dos 6 meses (SBOP/SBP 2024).
- **Anormal**: desvio **constante em qualquer idade** ou **intermitente após 4–6 meses** (SBOP/CBO); constante após 4 meses (AAP 2016); qualquer desvio após 3 meses (Boston Children's).

Formas principais:

- **Esotropia infantil**: constante, de grande ângulo, antes de 6 meses. **Acomodativa**: 2–4 anos, com **hipermetropia**; melhora com óculos.
- **Exotropia intermitente**: com cansaço ou olhando longe; fecha um olho ao sol; ambliopia incomum (AAO PPP).
- **Estrabismo sensorial**: desvio por baixa visão de um olho (catarata, retinoblastoma, cicatriz de toxoplasmose) — por isso **todo estrabismo exige fundo de olho**.
- **Paralítico ou restritivo**: **VI par** (esotropia que piora no olhar lateral, giro da cabeça), **III par** (ptose, midríase, desvio para fora), **IV par** (inclinação da cabeça); fratura de órbita.

Ambliopia é a redução da acuidade em um ou nos dois olhos por **interação binocular anormal no período crítico do desenvolvimento visual**, que não se explica por lesão estrutural nem se corrige só com óculos (SBOP/SBP 2024); afeta 0,7–5,5% das crianças (SBOP/CBO). Mecanismos:

- **Estrabismo:** o cérebro suprime a imagem do olho desviado para evitar a diplopia.
- **Refrativa: anisometropia** (diferença de grau entre os olhos) ou ametropia alta bilateral.
- **Privação: catarata congênita, ptose** que cobre o eixo visual, opacidade de córnea, hemangioma palpebral — a forma mais grave e mais urgente.

A ambliopia **não dá sintoma** (SBP 2011): só aparece no exame de cada olho separadamente.

Plasticidade e idade: funções visuais finas amadurecem até cerca de 9 anos (SBP 2011; PrevInfad: plasticidade de 3 a 8 anos). No PEDIG, a resposta foi **melhor abaixo de 7 anos**, menor de 7 a 13 (Holmes 2011); de 13 a 17, respondem sobretudo as nunca tratadas (Scheiman 2005).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Lactente abaixo de 4 meses com desvio leve, intermitente e variável , que fixa e segue, com reflexo vermelho simétrico; pseudoestrabismo (epicanto, ponte nasal larga) com Hirschberg centrado e cobertura sem movimento	Seguimento pelo pediatra; exame oftalmológico de rotina aos 6–12 meses e 3–5 anos (SBOP/SBP 2024)
● Moderada	Desvio constante em qualquer idade; intermitente após 4–6 meses ; dúvida entre pseudoestrabismo e estrabismo; suspeita de ambliopia (acuidade abaixo da idade, diferença entre os olhos, reação assimétrica à oclusão, Brückner assimétrico); torcicolo ocular; ptose congênita ; piora de estrabismo conhecido	Oftalmologista pediátrico com prioridade (SBOP/SBP 2024); com urgência se ptose ou lesão palpebral cobrir a pupila no lactente (privação)
● Grave	Estrabismo súbito ou paralítico (VI ou III par), diplopia aguda ; estrabismo novo com cefaleia, vômitos, ataxia, sonolência, papiledema, fontanela abaulada ou sol poente ; ptose aguda com midríase ; após trauma ; com meningismo ou celulite orbitária; estrabismo novo com reflexo vermelho alterado ou leucocoria	Pronto-socorro com neuroimagem (NICE NG127; "Hipertensão intracraniana"); leucocoria ou reflexo alterado: oftalmologista com urgência (retinoblastoma até prova em contrário)

Fatores de risco que elevam a gravidade ou a chance de ambliopia

- Prematuridade, paralisia cerebral, síndromes (Down), atraso do desenvolvimento, infecções congênicas.

- História familiar de estrabismo, ambliopia, óculos de grau alto, catarata ou retinoblastoma (SBP 2011; MS 2013).
- Hipermetropia, anisometropia, ptose, hemangioma periocular; estrabismo que **muda de padrão**.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é **clínico**. Perguntar: início, se o desvio é constante ou intermitente, fotos com flash, se fecha um olho ao sol, inclina a cabeça, vê duplo, tem cefaleia, vômitos, alteração de marcha, trauma ou febre.

Os quatro testes do pediatra (SBOP/SBP 2024; AAP 2016):

1. **Reflexo vermelho simultâneo (Brückner):** oftalmoscópio a 30–50 cm, os dois olhos ao mesmo tempo, no escuro. O olho desviado mostra reflexo **mais claro**; assimetria também sugere anisometropia.
2. **Reflexo corneano (Hirschberg):** lanterna à distância de um braço. Normal: reflexo **centrado e simétrico**. Reflexo **temporal** no olho desviado = esotropia; **nasal** = exotropia.
3. **Motilidade:** seguir um objeto nas posições do olhar; limitação da abdução = **VI par** até prova em contrário.
4. **Teste de cobertura:** criança fixando um objeto pequeno, de perto e de longe; cobre-se um olho e observa-se o **outro**: se **se mover para fixar**, há tropia. A cobertura alternada revela a foria.

Função visual: na criança não verbal, fixar e seguir com **cada olho** e a **reação à oclusão** — protestar sempre ao cobrir o mesmo olho sugere baixa visão no outro (SBOP/SBP 2024). Na verbal, acuidade **monocular** com símbolos (LEA, HOTV): mínimo de **20/50 dos 36 aos 47 meses, 20/40 dos 48 aos 59 meses e 20/30 a partir de 60 meses**; abaixo disso ou com **diferença entre os olhos**, oftalmologista (SBOP/SBP 2024, igual à AAP 2016). Triagem por idade: ver "Triagem visual na infância".

Pseudoestrabismo: aparência de esotropia pelo **epicanto** e pela ponte nasal larga, maior no olhar lateral. Com Hirschberg centrado e cobertura sem movimento, tranquilizar e reexaminar nas consultas; se **não for possível diferenciar**, encaminhar (AAP 2016).

Exames: nenhum no estrabismo comum (refração sob cicloplegia e fundo de olho são do oftalmologista); **neuroimagem** no súbito, paralítico ou com sinais neurológicos, na urgência.

Diferencial que não pode passar: hipertensão intracraniana (tumor de fossa posterior, hidrocefalia, derivação disfuncionante, trombose venosa, forma idiopática — o VI par é sinal "falso localizador"); **retinoblastoma** e **catarata** (o estrabismo é o 2º sinal do retinoblastoma); neuroblastoma; miastenia, botulismo; meningite; trauma e **maus-tratos**; celulite orbitária.

4. Tratamento e seguimento

Do pediatra: examinar, reconhecer o pseudostrabismo, encaminhar, identificar a gravidade e **apoiar a adesão** (óculos o dia todo, oclusão nas horas indicadas, colírio no dia certo).

Do oftalmologista pediátrico (SBP 2011; AAO PPP; PEDIG):

- **Óculos primeiro:** na ambliopia anisométrica, 77% melhoram 2 linhas ou mais em 15 semanas só com óculos (AAO, PEDIG).
- **Oclusão do olho bom** (tampão adesivo): **2 horas por dia** equivalem a 6 na ambliopia **moderada** (20/40 a 20/80), e **6 horas** ao tempo integral na **grave** (20/100 a 20/400), com atividade de perto (Repka 2003; AAO, PEDIG).
- **Atropina no olho bom:** tão eficaz quanto a oclusão na ambliopia moderada; o regime **de fim de semana** equivale ao diário (Repka 2004).
- **Cirurgia** se óculos e tratamento da ambliopia (feito **antes**) não alinham os olhos (AAO PPP).
- **Meta:** acuidade igual nos dois olhos e **desmame gradual**; cerca de um quarto recai no primeiro ano (AAO PPP).

Atropina na ambliopia (prescrição do oftalmologista):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Atropina colírio 1% — diária	1 gota no olho bom	1 vez ao dia	Até estabilizar a acuidade, conforme o oftalmologista (desfecho aos 4 meses no ensaio)	Ambliopia moderada, 3 a < 7 anos (PEDIG, Repka 2004)
Atropina colírio 1% — fim de semana	1 gota no olho bom	1 vez ao dia, sábado e domingo	Idem	Mesma eficácia do regime diário (PEDIG, Repka 2004)

- **Efeitos adversos** (SBOP/SBP 2024): fotofobia; rubor, febre, taquicardia, retenção urinária, agitação, alucinações, convulsão. **Comprimir o canto interno do olho por 1 minuto** após a gota. A SBOP desaconselha atropina e ciclopentolato na **epilepsia, síndrome de Down e doença neurológica**.
- Frasco **fora do alcance** das crianças: ingestão de colírio de atropina é intoxicação grave (Disque-Intoxicação 0800-722-6001).

O que não fazer: esperar que o estrabismo "passe com o crescimento"; rotular pseudostrabismo sem Hirschberg e cobertura; ocluir ou usar atropina sem oftalmologista (a oclusão excessiva causa **ambliopia no olho bom**); atribuir a causa banal um VI par novo; indicar exercícios oculares, que não tratam estrabismo nem ambliopia.

Seguimento pelo pediatra: confirmar consulta, óculos e oclusão; perguntar sobre pele, bullying e escola; acuidade monocular a partir de 3 anos; no estrabismo conhecido, **mudança de padrão, diplopia ou sintoma neurológico** exige reavaliação.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Pronto-socorro (avaliação neurológica e neuroimagem):

- Estrabismo de **início súbito** ou **diplopia aguda**, em qualquer idade.
- **Estrabismo paralítico** (VI ou III par), mesmo sem outros sinais de hipertensão intracraniana (NICE NG127).
- Estrabismo novo com **cefaleia, vômitos, ataxia**, sonolência, convulsão, **papiledema**, fontanela abaulada, perímetro cefálico crescendo ou **sol poente** (NICE NG127; "Hipertensão intracraniana").
- Estrabismo novo com **derivação ventricular**, após **trauma**, com meningismo ou com proptose e febre (celulite orbitária).
- Sinais de **intoxicação por atropina** (rubor, febre, taquicardia, agitação, alucinações).

Oftalmologista com urgência (criança bem, sem sinais neurológicos): estrabismo com **leucocoria ou reflexo vermelho ausente, duvidoso ou assimétrico** (NICE NG127 e NG12; "Retinoblastoma e o teste do reflexo vermelho"); ptose ou lesão palpebral que cubra a pupila no lactente.

Como encaminhar

1. Suspeita de hipertensão intracraniana: **cabeceira a 30°**, cabeça na linha média, jejum, **sem punção lombar** antes da imagem; oxigênio se necessário para **SpO2 entre 94% e 98%**; acesso venoso sem atrasar a remoção.
2. Alteração de consciência, convulsão, anisocoria ou sinais de herniação: **SAMU 192**; convulsão: protocolo do site (crise $\geq$ 5 minutos = estado de mal).
3. Contato prévio com o serviço; **relatório** (início e direção do desvio, motilidade, reflexo vermelho, sintomas, colírios) e fotos antigas.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Nos primeiros meses é normal os olhinhos às vezes 'fugirem'; tortos o tempo todo, ou ainda desviando depois dos 4 a 6 meses, precisam do oftalmologista."
- "Estrabismo não passa com o crescimento; sem tratamento a tempo, o olho desviado pode perder a visão para sempre (o 'olho preguiçoso', que não dá sintoma)."

- "Óculos o dia todo. O tampão vai no olho **bom**, nas horas indicadas, enquanto a criança brinca de perto. Atropina só no olho bom, frasco longe das crianças."
- **Pronto-socorro se** o olho entortar de repente, a criança vir duplo, tiver dor de cabeça com vômitos, sonolência, desequilíbrio, pálpebra caída de repente, olho saltado com febre, ou após pancada na cabeça.
- **Oftalmologista com urgência se** aparecer brilho branco na pupila, em foto com flash ou no escuro.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAMBRIDGE
Desvio normal no lactente	Leve e não fixo no 1º semestre (SBP 2011); anormal se intermitente após 4–6 meses (SBOP/CBO)	Estrabismo como sinal de alerta (Diretrizes 2013)	Constante após 4 meses não se resolve (2016)	Sem limite de idade localizado	Estrabismo fixo é sempre anormal (PrevInfad 2016)	Sem posição específica localizada	Encaminhar desvio após 3 meses (Boston Children's)	Segue o NICE
Exame pelo pediatra	Brückner, Hirschberg, motilidade, cobertura (NT 2024)	Fixação e reação à oclusão (2013)	Brückner, Hirschberg, cobertura; fototretio 1–3 anos (2016)	—	Hirschberg e cobertura; triagem 3–5 anos (PrevInfad 2016)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Acuidade para encaminhar	20/50 (3 a), 20/40 (4 a), 20/30 (≥ 5 a) ou diferença (2024)	< 20/40 a partir de 5 anos (2013)	Iguais à SBP (2016)	—	Não ler a maioria dos optotipos (PrevInfad 2016)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Estrabismo súbito ou paralítico	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Imediato se cefaleia, vômitos ou ataxia; paralítico, neurologia urgente (NG127, 2023)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Encaminhamento do estrabismo	Oftalmologista, de preferência em até 1 mês (NT 2024)	Consulta especializada (2013)	Constante após 4 meses e dúvida com pseudoestrabismo (2016)	Não paralítico, oftalmologia; com reflexo alterado, imediato (NG127; NG12, 2026)	Qualquer feito de alinhamento (PrevInfad 2016)	Sem posição específica localizada	Tratar logo após o diagnóstico	Segue o NICE
Tratamento da ambliopia	Óculos e oclusão, precoces (SBP 2011)	Sem posição específica localizada	Sem posição própria; AAO PPP: tratar em qualquer idade	Sem diretriz localizada	Sem protocolo AEP localizado	Wilmer (Repka) coautor dos ensaios PEDIG	Óculos, oclusão, cirurgia; atropina como alternativa	Segue o NICE

Leitura: as referências convergem no essencial — desvio intermitente só é aceitável nos primeiros meses, desvio constante é sempre anormal, o pediatra examina com reflexo vermelho, Hirschberg e cobertura, e a ambliopia deve ser tratada o mais cedo possível.

Diferenças: o **limite de idade** do desvio intermitente (3 meses no Boston Children's, 4 na AAP,

4–6 na SBOP/CBO); o **MS (2013)** usa corte único de acuidade ($< 20/40$) a partir de 5 anos, SBP e AAP cortes por idade desde 3 anos; a **NT SBOP/SBP (2024)** sugere encaminhar em até 1 mês, e o site, por decisão editorial, não fixa prazo ("com prioridade"). SBP e MS não se posicionam sobre o **estrabismo súbito ou paralítico** nem sobre a **atropina**: aí o site segue o **NICE NG127**, coerente com "Hipertensão intracraniana", e o **PEDIG** com o **AAO PPP**. **Posição do site: segue a SBP (SBP 2011; NT SBOP/SBP 2024)** no exame, nos critérios de encaminhamento e no tratamento precoce.

PONTOS PRÁTICOS

1. Desvio intermitente só é normal nos primeiros meses; constante em qualquer idade ou intermitente após 4–6 meses vai ao oftalmologista pediátrico com prioridade.
2. Pseudoestrabismo só com Hirschberg centrado e cobertura sem movimento.
3. Todo estrabismo exige fundo de olho: com reflexo vermelho alterado, é retinoblastoma ou catarata até prova em contrário (oftalmologista com urgência).
4. Estrabismo súbito, paralítico (VI par) ou com cefaleia, vômitos, ataxia ou papiledema: pronto-socorro, como hipertensão intracraniana.
5. Ambliopia não dá sintoma: acuidade monocular a partir de 3 anos (20/50, 20/40, 20/30) e reação à oclusão no lactente.
6. Óculos, oclusão (2 h/dia na moderada, 6 h/dia na grave) ou atropina: do oftalmologista, melhores antes dos 7 anos; o pediatra garante a adesão.

Veja também, nesta Biblioteca: **Triagem visual na infância** e **Celulite periorbitária (pré-septal) e orbitária e outras causas de olho inchado** (nesta área); **Retinoblastoma e o teste do reflexo vermelho** e **Tumores cerebrais na infância** (Oncologia pediátrica); **Hipertensão intracraniana e sinais de herniação na criança** (Urgências e emergências); **Corticoides e olho na infância — glaucoma e catarata induzidos** (Temas atualizados pela SBP); **Hemangiomas infantis** (Dermatologia pediátrica); **Consultas de puericultura**.

8. Fontes

- SBP, Departamento de Pediatria Ambulatorial. Murahovschi J, Neustein I, Plut M. Ambliopia, revisão de 2011. [PDF](#)
- SBOP e SBP. Recomendações para avaliação ocular pelo pediatra (Nota Técnica), 2024. [PDF](#)
- SBOP e CBO. Saúde ocular na infância — recomendações e sinais de alerta. [PDF](#)

- Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância — detecção e intervenção precoce para a prevenção de deficiências visuais, 2013. [PDF](#)
- AAP/AAPOS/AAO. Donahue SP, Baker CN. Procedures for the Evaluation of the Visual System by Pediatricians, Pediatrics, 2016 (texto na AAO). [aao.org](#)
- NICE. Suspected neurological conditions (NG127), menores de 16 anos, seção 1.30 Squint, atualização de 2023. [nice.org.uk](#)
- NICE. Suspected cancer (NG12), retinoblastoma, atualização de abril de 2026. [nice.org.uk](#)
- PrevInfad (AEPap). Cribado de alteraciones visuales en la infancia, 2016. [previnfad.aepap.org](#)
- AAO. Resumo dos Padrões de Práticas Preferenciais — Ambliopia, Esotropia, Exotropia (português). [PDF](#)
- AAO. PEDIG Studies — Quality Healthcare and Amblyopia Treatment, 2015. [aao.org](#)
- PEDIG. Repka MX et al. Patching regimens for moderate amblyopia. Arch Ophthalmol, 2003. [PubMed](#)
- PEDIG. Repka MX et al. Atropine regimens for moderate amblyopia. Ophthalmology, 2004. [PubMed](#)
- PEDIG. Scheiman MM et al. Treatment of amblyopia in children aged 7 to 17 years. Arch Ophthalmol, 2005. [PubMed](#)
- PEDIG. Holmes JM et al. Effect of age on response to amblyopia treatment. Arch Ophthalmol, 2011. [PubMed](#)
- Boston Children's Hospital (Harvard). Strabismus and Amblyopia. [childrenshospital.org](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

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