

Triagem visual na infância — teste do olhinho, acuidade visual e quando encaminhar ao oftalmologista

O que o pediatra examina em cada idade, do reflexo vermelho à acuidade com optotipos, os limiares de encaminhamento, os sinais de alerta e as crianças de risco, segundo SBOP/SBP 2024, MS 2013, AAP 2016 e AAPOS/AAO 2022

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

A triagem visual é feita pelo pediatra em toda consulta de puericultura e não substitui o oftalmologista. **Teste do reflexo vermelho (TRV)** antes da alta da maternidade e **pelo menos 3 vezes por ano nos 3 primeiros anos**; fixação e seguimento de cada olho e alinhamento (reflexo corneano, teste de cobertura) em todas as consultas; **acuidade monocular com optotipos (LEA ou HOTV) a partir de cerca de 3 anos e anual a partir dos 5 anos**. A SBP, com a SBOP e o CBO (2024), recomenda **exame oftalmológico completo entre 6 e 12 meses e outro entre 3 e 5 anos**. Encaminhar se a acuidade for **pior que 20/50 de 36 a 47 meses, 20/40 de 48 a 59 meses ou 20/30 a partir de 60 meses**, ou se houver **diferença entre os olhos**. Triagem normal = seguimento pelo pediatra (●). Acuidade abaixo do limiar, estrabismo constante, criança de risco ou queixa visual = encaminhar, com prioridade quando houver estrabismo ou diferença entre os olhos (●). **Reflexo ausente ou duvidoso, leucocoria, olho grande com córnea turva, lactente que não fixa, nistagmo** = oftalmologista com urgência; estrabismo súbito com cefaleia, vômitos ou ataxia = pronto-socorro (●).

1. O que é e como se apresenta

A triagem busca, em crianças sem queixa, as doenças que **tiram a visão em silêncio** enquanto o sistema visual ainda é plástico: **ambliopia** (por estrabismo, por erro de refração ou anisometropia, ou por privação — catarata, ptose, opacidade de córnea), **erros de refração, estrabismo, catarata e glaucoma congênitos, retinopatia da prematuridade (ROP) e retinoblastoma**. Erros de refração não corrigidos respondem por até 69% dos problemas visuais da criança (SBP/SBOP 2021).

Marcos visuais (SBOP/SBP 2024): fixação com 1 mês; segue objetos aos 3 meses; olhos alinhados e alcança objetos aos 6 meses; reconhece faces e expressões aos 9 meses. Desvio **intermitente** é comum nos primeiros meses; **estrabismo constante após 4 meses** exige oftalmologista (AAP 2016).

Calendário (SBP/SBOP/CBO 2024, como na Puericultura):

MOMENTO	O QUE FAZER
Maternidade	TRV nas primeiras 72 h, antes da alta (SBOP/SBP 2024; critério de alta, Portaria MS nº 2.068/2016, art. 9º); se não foi feito, na 1ª consulta, ainda no 1º mês (SBP 2018)
0 a 3 anos	TRV ≥ 3 vezes por ano ; fixação e seguimento de cada olho, reação à oclusão, Hirschberg, Brückner e cobertura
6 a 12 meses	Exame oftalmológico completo (o TRV não o substitui)
3 a 5 anos	Acuidade monocular com optotipos; 2º exame oftalmológico completo , de preferência antes da alfabetização
A partir de 5 anos	Acuidade anual , alinhamento, queixas visuais e escolares

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	TRV presente e simétrico; fixa e segue com cada olho; olhos alinhados; acuidade dentro do limiar e sem diferença entre os olhos; sem fator de risco nem queixa	Seguimento pelo pediatra no calendário; garantir os exames oftalmológicos de 6–12 meses e de 3–5 anos
● Moderada	Acuidade pior que o limiar ou diferença entre os olhos ; estrabismo constante após 4 meses; fotorrastreador positivo; criança que não consegue fazer o teste em duas tentativas; ptose sobre a pupila; obstrução lacrimal após 1 ano; queixas (aproxima-se para ver, aperta os olhos, torcicolo, cefaleia ao ler, queda escolar); criança de risco , mesmo com triagem normal	Encaminhar ao oftalmologista (de preferência pediátrico), com prioridade se houver estrabismo, ptose sobre o eixo visual ou diferença entre os olhos
● Grave	Reflexo ausente, duvidoso ou assimétrico , leucocoria (no exame ou na foto com flash); olho grande , córnea turva , fotofobia , lacrimejamento e blefaroespasma (glaucoma congênito); lactente que não fixa nem segue a partir de 3 meses; nistagmo ; estrabismo súbito ou paralítico , sobretudo com cefaleia, vômitos, ataxia ou sonolência; perda visual aguda; proptose ou olho vermelho doloroso	Reflexo alterado, leucocoria, glaucoma, lactente que não fixa e nistagmo: oftalmologista com urgência (ver "Retinoblastoma e o teste do reflexo vermelho"). Estrabismo súbito com sinais neurológicos, perda visual aguda, proptose ou olho doloroso: pronto-socorro

Crianças de risco — oftalmologista periódico, mesmo com triagem normal (SBP 2018; MS 2013; AAPOS/AAO 2022; PrevInfad):

- **Prematuridade** (rastreio de ROP e, depois da alta, mais estrabismo, erro de refração e ambliopia).

- **História familiar** de retinoblastoma, catarata ou glaucoma congênitos, distrofia de retina, estrabismo, ambliopia ou alta ametropia.
- **Infecção congênita**: toxoplasmose, sífilis, rubéola, citomegalovírus, herpes, zika.
- **Síndromes e condições neurológicas**: síndrome de Down, paralisia cerebral, atraso do desenvolvimento, autismo, hidrocefalia, deficiência auditiva.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese e inspeção. Olho que desvia, "treme", lacrimeja, é sensível à luz ou parece maior; pupila branca em fotos; criança que esbarra ou se aproxima para ver (MS 2013); história familiar e gestacional. Examine pálpebras (ptose), córnea (tamanho, transparência), íris e pupilas.

Teste do reflexo vermelho. Penumbra, sem colírio, oftalmoscópio com lente em zero a cerca de um braço esticado (30–50 cm na nota SBOP/SBP 2024; 50 cm a 1 m no DC SBP 2018), iluminando **os dois olhos ao mesmo tempo**. Normal: **presente e simétrico** — a cor varia com a pigmentação, o que importa é a simetria. Resultado presente, ausente ou duvidoso; **ausente ou duvidoso exige oftalmologista**, inclusive o reflexo mais brilhante do disco óptico (SBP 2018). Técnica completa, leucocoria e diagnóstico diferencial: **"Retinoblastoma e o teste do reflexo vermelho"**. TRV normal não exclui tumor pequeno nem catarata parcial.

Alinhamento.

- **Hirschberg**: luz pontual nos dois olhos (junto com o TRV); o reflexo corneano deve estar no centro das duas pupilas.
- **Brückner**: o olho desviado mostra reflexo vermelho **mais claro e brilhante** (SBOP/SBP 2024).
- **Cobertura**: a criança fixa um objeto; ao cobrir um olho, o outro se move para fixar se houver desvio manifesto.

Função visual de cada olho. Na criança não verbal, fixação e seguimento com cada olho, ocluindo o outro com o polegar; reagir sempre à oclusão do mesmo olho sugere baixa visão do outro (SBOP/SBP 2024).

Acuidade visual. Optotipos **LEA ou HOTV** na pré-escola e **letras** (Snellen ou Sloan) quando a criança as reconhece (AAP 2016); 3 m (10 pés) para LEA/HOTV; boa iluminação; **um olho de cada vez**, com oclusor adesivo abaixo de 6 anos (PrevInfad); a criança pode apontar a figura num cartão; quem usa óculos é testado com eles. **Passa** na linha em que acerta **a maioria dos optotipos** com cada olho (AAP 2016; PrevInfad).

IDADE	TESTE	ENCAMINHAR SE (CADA OLHO)	EQUIVALÊNCIA
36–47 meses	LEA ou HOTV	Pior que 20/50 ou diferença entre os olhos	0,4 decimal; 0,4 logMAR
48–59 meses	LEA ou HOTV	Pior que 20/40 ou diferença entre os olhos	0,5 decimal; 0,3 logMAR
≥ 60 meses	LEA, HOTV ou letras	Pior que 20/30 ou diferença entre os olhos	cerca de 0,63–0,7 decimal; 0,2 logMAR

Limiares da Nota Técnica SBOP/SBP 2024 (os da Puericultura), iguais aos da AAP 2016; para a AAP, diferença significativa = **2 linhas ou mais**. Criança que não colabora: repetir na consulta seguinte; se de novo não conseguir, encaminhar.

Fotorrastreadores e autorrefratores. Detectam fatores de risco de ambliopia

(anisometropia, hipermetropia, astigmatismo, miopia, estrabismo, opacidade de meios). A AAP admite o uso **a partir de 12 meses** e a AAPOS/AAO (2022) o considera opcional de 12 meses a 3 anos. A SBP não tem posição; no site são **complemento opcional, não substituem TRV**, acuidade nem exames oftalmológicos, e resultado positivo = encaminhar (🟡).

Diagnóstico diferencial que não pode passar: leucocoria (retinoblastoma, catarata); **glaucoma congênito** confundido com obstrução lacrimal ou conjuntivite; **nistagmo** (baixa visão bilateral, doença de retina ou nervo óptico, tumor cerebral); **estrabismo como sinal** de doença intraocular ou neurológica.

4. Tratamento e seguimento

O que é do pediatra:

- **Registrar** no prontuário e na Caderneta da Criança cada TRV, o alinhamento e a acuidade de cada olho; o TRV tem código no SUS (SIGTAP 021106027-5) e na saúde suplementar (TUSS 41301471) (SBOP/SBP 2024).
- **Encaminhar** conforme o semáforo, com carta (achado, olho, acuidade e teste usado, fatores de risco), e **conferir se a consulta aconteceu**.
- **Apoiar a adesão** aos óculos e à oclusão prescritos.
- Ex-prematuros: conferir o **rastreio de ROP** e o seguimento.

Do oftalmologista: refração sob cicloplegia, fundo de olho, óculos, oclusão, cirurgias e tratamento da ROP.

Rastreio de ROP (na unidade neonatal, por oftalmologista treinado): a SBOP/SBP (2024) indica oftalmoscopia indireta sob midríase em todo recém-nascido com **idade gestacional ≤ 32 semanas e/ou peso ≤ 1.500 g**, considerando também os que têm desconforto respiratório, sepse, transfusões, gestação múltipla ou hemorragia intraventricular; 1º exame **entre a 4ª e a**

6ª semana de vida. O MS (2013) é mais amplo: **peso < 1.500 g e/ou idade gestacional < 35 semanas** internados em unidade neonatal. O site adota a SBP e, na dúvida, examina também quem preenche o critério do MS.

Colírios para midríase — o pediatra só prescreve a pedido do oftalmologista (por exemplo, fundoscopia na criança internada):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Tropicamida 1% (prematureo), após anestésico (proximetacaína 0,5%)	1 gota em cada olho	2 doses, com 5 min	Exame em 30–40 min	SBOP/SBP 2024
Fenilefrina 2,5% + tropicamida (a termo até 6 meses) ou ciclopentolato 1% + tropicamida 1% (após 6 meses)	1 gota de cada	Conforme o protocolo SBOP	Exame em 30–40 min	SBOP/SBP 2024; fenilefrina pode elevar a PA; evitar ciclopentolato e atropina em epilepsia, Down e doença neurológica

Comprimir o ponto lacrimal por 1 minuto após cada gota reduz a absorção sistêmica (SBOP/SBP 2024).

O que não fazer: tranquilizar a família pelo TRV normal quando ela relata pupila branca nas fotos; esperar que o estrabismo constante "melhore sozinho"; colírio de corticoide sem oftalmologista (ver "Corticoides e olho"); ocluir um olho sem prescrição.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Estrabismo súbito ou paralítico**, ou com **cefaleia, vômitos, ataxia, sonolência ou papiledema**: pronto-socorro (hipertensão intracraniana, tumor) (NICE NG127).
- **Nistagmo de início recente** com sinais neurológicos.
- **Perda visual aguda**, dor ocular intensa, **proptose**, edema palpebral com febre (celulite orbitária — ver "Infecções profundas de cabeça e pescoço"); trauma ocular e queimadura química ("Trauma ocular, corpo estranho e queimadura química no olho").
- Reflexo alterado, leucocoria e glaucoma congênito: **oftalmologista com urgência** (oftalmologia pediátrica ou oncologia ocular); sem acesso rápido, pronto-socorro de oftalmologia.

Como encaminhar

1. Carta com achado, olho, início e fatores de risco; levar as **fotos com flash**.
2. Nos casos  oftalmológicos, **contato direto** com o oftalmologista ou serviço de referência, nunca como consulta eletiva.

3. Suspeita de hipertensão intracraniana: cabeceira elevada, jejum, acesso venoso se possível; crise convulsiva pelo protocolo do site (crise ≥ 5 minutos = estado de mal); oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98% se houver desconforto ou rebaixamento; SAMU (192) se houver alteração de consciência.
4. Sem colírios ou pomadas antes do oftalmologista (exceto irrigação na queimadura química).

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

- "O teste do olhinho é repetido nas consultas dos 3 primeiros anos e **não substitui** o oftalmologista entre 6 meses e 1 ano e entre 3 e 5 anos."
- "A partir dos 3 anos medimos a visão de cada olho, e todo ano a partir dos 5. A criança não percebe que enxerga mal com um olho só."
- **Procure o pediatra** se notar olho desviado, criança que se aproxima para ver, aperta os olhos ou inclina a cabeça.
- **Procure logo o pediatra ou o oftalmologista** se notar pupila branca ou amarelada (também em fotos com flash), olho maior ou com a "menina dos olhos" turva, lacrimejamento com sensibilidade à luz, bebê que não olha para o rosto, olhos que "tremem".
- **Pronto-socorro** se o desvio surgir de repente com dor de cabeça, vômitos, sonolência ou desequilíbrio, se a visão cair de repente, ou se o olho ficar vermelho, inchado, dolorido ou saltado.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Reflexo vermelho	Primeiras 72 h, antes da alta; ≥ 3×/ano até 3 anos (SBOP/SBP 2024)	Antes da alta; 2–3×/ano até 3 anos (2013)	Maternidade e consultas (2016)	Sem diretriz de triagem; NG127: estra- bismo novo sem reflexo = imediato	Primeiros 6 meses (PrevIn- fad 2016)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE e o NHS
Oftalmologista para todos	Sim, 6–12 me- ses e 3–5 anos	Só se altera- ção ou risco	Só se triagem alterada ou risco	Só se alteração	Só grupos de risco	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NHS
Acuidade	Optotipos des- de ~3 anos; anual após 5	Snellen a partir de 5 anos	3–5 anos; de- pois a cada 1– 2 anos (AA- POS/AO 2022)	Triagem única aos 4–5 anos (UK NSC 2023)	3–5 anos; sem evidência na idade escolar	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Oxford: ortop- tista na escola; Cambridge se- gue o NHS
Limiar	20/50, 20/40, 20/30 ou dife- rença entre olhos	< 20/40 em qualquer olho	20/50, 20/40, 20/30; diferen- ça ≥ 2 linhas	Pior que 0,2 logMAR	0,4, 0,3 e 0,2 logMAR	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o UK NSC
Fotorrastrea- dor	Sem posição	Sem posição	Opcional des- de 12 meses	Não usado	Custo limita	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Não usado
Risco	Prematuro, fa- mília, infecção congenita, síndromes	Idem e exposi- ções na gestação	Idem (AAPOS/AO 2022)	—	Prematuro < 32 sem, famí- lia, síndromes, surdez	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: todas concordam no essencial — reflexo vermelho no recém-nascido e no lactente, alinhamento e acuidade monocular com optotipos na janela de **3 a 5 anos**, quando a ambliopia responde bem ao tratamento (USPSTF 2017: ao menos uma vez dos 3 aos 5 anos). Há três divergências. **(1) Exame oftalmológico universal:** só a SBP/SBOP/CBO o recomenda para todas as crianças, aos 6–12 meses e aos 3–5 anos; MS, AAP, NHS e AEP encaminham só quem tem triagem alterada ou risco. **(2) Limiares e frequência:** o MS (2013) mede acuidade a partir de 5 anos e encaminha abaixo de 20/40, mais tolerante que o 20/30 da AAP; o Reino Unido faz uma triagem escolar única aos 4–5 anos e a AEP não vê benefício comprovado na idade escolar, enquanto a SBP mede todo ano após os 5 anos. **(3) Fotorrastreadores:** aceitos pela AAP desde 12 meses, sem posição da SBP e pouco disponíveis no Brasil. O NICE não tem diretriz de triagem (o programa é do UK NSC). **Posição do site: a da SBP** — TRV ≥ 3 vezes por ano até 3 anos, exames oftalmológicos aos 6–12 meses e aos 3–5 anos, limiares de 20/50, 20/40 e 20/30 e acuidade anual após os 5 anos; fotorrastreador como complemento opcional.

PONTOS PRÁTICOS

1. Reflexo vermelho em toda consulta dos 3 primeiros anos (≥ 3 vezes por ano), comparando os dois olhos; ausente, duvidoso ou leucocoria = oftalmologista com urgência.
2. Alinhamento em toda consulta (Hirschberg, Brückner, cobertura); estrabismo constante após 4 meses = encaminhar com prioridade.
3. Acuidade de cada olho a partir de 3 anos: encaminhar se pior que 20/50 (3 anos), 20/40 (4 anos), 20/30 (5 anos ou mais) ou com diferença entre os olhos.
4. Lactente que não fixa, nistagmo, olho grande com córnea turva e fotofobia: urgência oftalmológica.
5. Prematuros e crianças com história familiar, infecção congênita ou síndromes vão ao oftalmologista mesmo com triagem normal.
6. O teste do olhinho não substitui os exames oftalmológicos de 6–12 meses e de 3–5 anos.

Veja também: **Retinoblastoma e o teste do reflexo vermelho** (Oncologia); **Consultas de puericultura** do recém-nascido aos 18 anos; **Conjuntivites** e **Conjuntivite neonatal**; **Corticoides e olho na infância** (Temas SBP); **Artrite idiopática juvenil** (Reumatologia); **Infecções profundas de cabeça e pescoço** (Infectologia); **Trauma ocular, corpo estranho e queimadura química no olho** (nesta área); **Uso problemático de telas, jogos e redes sociais** (Saúde mental).

8. Fontes

- SBOP e SBP, com o CBO. Nota técnica — Recomendações para avaliação ocular pelo pediatra, 2024. [PDF](#)
- SBP, Grupo de Trabalho em Oftalmologia Pediátrica. Teste do reflexo vermelho. Documento Científico nº 1, 2018. [PDF](#)
- SBP. Documento traz orientações sobre avaliação oftalmológica em menores de 5 anos, 2021. sbp.com.br
- Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância, 2013. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. bvsms.saude.gov.br
- AAP, AAPOS, AAO e AACO. Donahue SP, Baker CN. Procedures for the Evaluation of the Visual System by Pediatricians. Pediatrics, 2016. [PubMed](#); aao.org
- AAPOS e AAO. Vision Screening for Infants and Children, 2022. aao.org

- Arnold RW et al. Aapos uniform guidelines for instrument-based pediatric vision screen validation 2021. J Aapos, 2022. [PubMed](#)
- USPSTF. Vision in Children Ages 6 Months to 5 Years — Screening, 2017. [uspreventiveservicestaskforce.org](#)
- NICE. Suspected neurological conditions — recognition and referral (NG127), 2019, atualizada em 2023. [nice.org.uk](#)
- UK National Screening Committee. Child vision screening service specification, 2023. [gov.uk](#)
- Oxford Health NHS Foundation Trust. Vision screening. [oxfordhealth.nhs.uk](#)
- AEPap, PrevInfad. Cribado de alteraciones visuales en la infancia, 2016. [previnfad.aepap.org](#); [monografia](#)
- Boston Children's Hospital. Pediatric eye examinations. [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.