

Olho vermelho que não é conjuntivite — uveíte, ceratite, episclerite e o olho nas doenças sistêmicas

Sinais de alarme do olho vermelho, uveíte anterior aguda e a silenciosa da AIJ, toxoplasmose ocular, ceratite herpética e por lente de contato, episclerite e esclerite, e o olho no Kawasaki, no Stevens-Johnson, no diabetes e nas síndromes de Down e Marfan

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 maior parte do olho vermelho na criança é **conjuntivite** (ver "Conjuntivites"): visão normal, sem dor verdadeira, sem fotofobia, córnea transparente e pupila normal. Sem um desses itens, pense em **córnea, úvea ou esclera**. **Dor moderada a intensa, fotofobia, baixa da visão, injeção ciliar, pupila pequena, irregular ou fixa, opacidade ou úlcera de córnea, hipópio ou hifema** são sinais de alarme (🔴): **oftalmologista com urgência ou pronto-socorro com oftalmologia**, sem colírio de corticoide ou anestésico. Usuário de lente de contato com olho vermelho doloroso tem **ceratite microbiana até prova em contrário**. Vesículas palpebrais ou zóster oftálmico com olho vermelho sugerem **herpes ocular**, que o corticoide agrava. A **episclerite** é benigna, mas precisa de confirmação do oftalmologista (🟡). A uveíte da **artrite idiopática juvenil (AIJ)** é **silenciosa, num olho branco**: só o rastreio com lâmpada de fenda a encontra.

1. O que é e como se apresenta

Padrão da hiperemia: difusa, mais intensa nos fundos de saco (conjuntivite); em anel ao redor da córnea — **injeção ciliar** (ceratite, uveíte anterior, glaucoma); em setor, sem secreção (episclera e esclera); vermelho vivo e delimitado (hemorragia subconjuntival) (Pediatria Integral 2023).

Causas que não são conjuntivite:

- **Uveíte anterior aguda (irite, iridociclite):** dor, fotofobia, baixa visual, injeção ciliar, pupila pequena e às vezes irregular (sinéquias), às vezes hipópio. Associa-se a **artrite relacionada à entesite (HLA-B27)**, doença inflamatória intestinal, psoríase, **nefrite tubulointersticial com uveíte (TINU)**, Kawasaki, herpes e trauma (AAO; Shivpuri 2022).
- **Uveíte anterior crônica da AIJ:** em geral **sem dor, sem fotofobia e com olho branco**; descoberta no rastreio ou já com ceratopatia em faixa, sinéquias, catarata ou glaucoma. A AIJ é a causa não infecciosa mais comum de uveíte na criança (SBOP/SBP 2024; AAO).
- **Toxoplasmose ocular:** a uveíte infecciosa mais comum no Brasil (SBOP/SBP 2024) e uma das principais causas de deficiência visual na infância brasileira (MS 2013). É uma **retinocoroidite** (uveíte posterior): moscas volantes, baixa visual; na criança pequena, estrabismo ou leucocoria. Congênita (com lesões novas ou recorrentes ao longo da vida) ou adquirida.
- **Ceratite (inflamação ou infecção da córnea):** dor intensa, fotofobia, lacrimejamento, blefaroespasma, às vezes baixa visual; a fluoresceína mostra o defeito (Pediatria Integral 2023). Causas: trauma e corpo estranho, **herpes simples** (úlceras dendríticas recorrentes; principal causa infecciosa de cegueira corneana), **lente de contato** (*Pseudomonas*, *Acanthamoeba*), exposição, Stevens-Johnson e deficiência de vitamina A.

- **Episclerite:** vermelhidão em setor, geralmente unilateral, dor leve ou desconforto, visão normal, sem secreção; os vasos clareiam com fenilefrina tópica (Pediatria Integral 2023). Autolimitada.
- **Esclerite:** rara e grave: **dor profunda e intensa**, que pode acordar a criança, esclera violácea, sem clarear com fenilefrina; associa-se a AIJ, lúpus, vasculites e doença inflamatória intestinal.
- **Outras urgências:** glaucoma congênito (fotofobia, lacrimejamento, córnea grande ou opaca — SBOP/SBP 2024), celulite orbitária, trauma, queimadura química, zóster oftálmico.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Olho vermelho com visão normal, sem dor verdadeira, sem fotofobia , córnea transparente e pupila normal (conjuntivite, hemorragia subconjuntival sem trauma); doença sistêmica de risco sem queixa ocular, com rastreio em dia	Conduta de "Conjuntivites"; manter o rastreio de cada doença
● Moderada	Episclerite provável (vermelhidão em setor, desconforto leve, visão normal); AIJ recém-diagnosticada ou suspeita, sem sintoma ocular; Down ou Marfan com queixa visual sem dor; cicatriz antiga de toxoplasmose sem sintoma novo; corticoide prolongado por qualquer via	Encaminhar com prioridade ao oftalmologista (pediátrico quando houver); lubrificante e analgésico; reavaliar se piorar
● Grave	Dor moderada a intensa, fotofobia, baixa da visão, injeção ciliar, pupila pequena, irregular, fixa ou assimétrica, opacidade ou úlcera de córnea, hipópio ou hifema; usuário de lente de contato com olho vermelho doloroso; suspeita de herpes ocular (vesículas palpebrais com olho vermelho, dendrito, zóster no nervo oftálmico); esclerite ; AIJ ou outra doença sistêmica com olho vermelho doloroso ; moscas volantes ou baixa visual súbita (toxoplasmose ativa, descolamento de retina, luxação do cristalino no Marfan, hidropsia de ceratocone no Down); lactente com fotofobia, lacrimejamento e córnea grande ou opaca; trauma, queimadura química, celulite orbitária; Stevens-Johnson com acometimento ocular; suspeita de Kawasaki	Oftalmologista com urgência ou pronto-socorro com oftalmologia ; Kawasaki, Stevens-Johnson e celulite orbitária: hospital ; não instilar corticoide nem anestésico (ver "Como encaminhar")

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade pré-verbal e olho único funcional.
- AIJ oligoarticular ou poliarticular com **FAN positivo e início precoce**; artrite relacionada à entesite (HLA-B27); doença inflamatória intestinal, lúpus, vasculites.
- **Lente de contato** (dormir ou nadar com ela).

- Herpes ocular prévio, dermatite atópica, imunossupressão.
- **Uso de colírio de corticoide sem prescrição do oftalmologista.**

3. Diagnóstico no consultório

Perguntas que decidem: dor verdadeira ou ardor e prurido? Fotofobia? Piora da visão? Lente de contato? Trauma, produto químico ou vegetal? Vesículas na pálpebra? Febre há dias com lábios rachados (Kawasaki)? Medicamento novo com lesões de mucosa (Stevens-Johnson)? Artrite, dor lombar, diarreia crônica, psoríase?

Exame mínimo, em toda criança com olho vermelho (MS 2013; SBOP/SBP 2024):

- **Acuidade visual** de cada olho.
- **Inspeção:** padrão da hiperemia, secreção, vesículas, proptose.
- **Córnea:** transparência; **fluoresceína com luz azul**, se disponível.
- **Pupilas** (forma, simetria, reação), **reflexo vermelho** e motilidade; fotofobia consensual (dor ao iluminar o outro olho) sugere uveíte anterior.

Exames: o diagnóstico ocular é do oftalmologista (lâmpada de fenda, tonometria, fundo de olho, raspado de córnea). O pediatra investiga a doença de base conforme a suspeita: hemograma, PCR, VHS; urina tipo 1 e creatinina (TINU); FAN e HLA-B27 quando o especialista indicar; calprotectina fecal; sorologia para toxoplasmose; PPD ou IGRA antes de imunossupressão. **Não dilatar a pupila nem instilar colírio antes da avaliação oftalmológica** no olho vermelho doloroso (os midriáticos têm contraindicações e efeitos adversos na criança — SBOP/SBP 2024).

Diagnóstico diferencial que não pode passar:

- Conjuntivite hiperaguda e neonatal; corpo estranho, perfuração e hifema; celulite orbitária.
- **Síndromes mascaradas:** leucemia, retinoblastoma e xantogranuloma juvenil simulam uveíte (AAO).
- Glaucoma congênito no lactente com fotofobia e lacrimejamento.

4. Tratamento e seguimento

Divisão de tarefas: o oftalmologista confirma o diagnóstico e trata (corticoide tópico e cicloplégico, antiviral, colírio após cultura, imunossupressão com o reumatologista); o pediatra reconhece o alarme, encaminha, alivia a dor, investiga a doença de base e mantém os calendários de rastreio.

Situações específicas:

- **Uveíte da AIJ:** encaminhar ao oftalmologista **já no diagnóstico da AIJ**, mesmo sem nenhum sintoma ocular, e seguir o calendário de rastreio do documento "Artrite idiopática juvenil (AIJ)" (PCDT 2026, adaptado da diretriz BSPAR/RCOphth).
- **Toxoplasmose ocular:** lesão ativa é tratada pelo oftalmologista com o infectologista, com sulfadiazina, pirimetamina e **ácido folínico (nunca ácido fólico)**; corticoide sistêmico só junto do antiparasitário, nunca isolado. Na **toxoplasmose congênita**, doses, duração e o fundo de olho seriado seguem o documento "Infecções congênitas (TORCH e sífilis)" (SBP, DC nº 6/2020); a toxoplasmose congênita é de **notificação obrigatória (compulsória)**.
- **Ceratite herpética:** **não usar corticoide**, nem associado a antibiótico: na doença epitelial, o tratamento é **antiviral isolado** (Harvard/Massachusetts Eye and Ear 2014; Pediatria Integral 2023).
- **Ceratite por lente de contato:** **retirar a lente e não recolocá-la**; levar lente e estojo ao oftalmologista, que colhe cultura antes do antibiótico. Conjuntivite leve em usuário de lente, sem dor nem alteração de córnea, segue "Conjuntivites" (suspender a lente, quinolona tópica e oftalmologista).
- **Episclerite:** confirmada pelo oftalmologista: lubrificante e, se houver desconforto, ibuprofeno; investigar doença sistêmica se recorrente.
- **Esclerite:**  ; tratamento do oftalmologista com o reumatologista.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Lágrima artificial	1 gota	Conforme bula	Enquanto houver sintomas	Episclerite; bula
Ibuprofeno VO	5–10 mg/kg/dose	6/6 a 8/8 h	Curta, com reavaliação	≥ 6 meses; evitar na suspeita de dengue, desidratação e varicela (padrão do site, SBP)
Paracetamol VO	10–15 mg/kg/dose (máx. 75 mg/kg/dia; nunca > 4 g/dia)	4/4 a 6/6 h (máx. 5 doses/dia)	Até a avaliação (máx. 48–72 h sem reavaliação)	Analgesia (padrão do site, SBP; bula)
Dipirona VO	15 mg/kg/dose	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Até a avaliação	Não usar < 3 meses ou < 5 kg (padrão do site; bula)
Aciclovir pomada oftálmica 3%	Fundo de saco	5 vezes ao dia	Conforme o oftalmologista	Ceratite herpética; prescrição do oftalmologista (Pediatria Integral 2023)
Corticoide tópico e cicloplégico	—	—	—	Só com prescrição do oftalmologista

O que não usar:

- **Colírio com corticoide**, isolado ou associado a antibiótico: agrava herpes e infecção e causa **glaucoma e catarata** (ver "Corticoides e olho na infância", Temas SBP; Nota Técnica SBOP/CBO 2026).
- **Colírio anestésico** para uso em casa: mascara a dor e lesa a córnea; só para o exame (Pediatria Integral 2023).
- Vasoconstritor ou leite materno no olho.

O olho nas doenças sistêmicas:

- **Kawasaki**: conjuntivite **bulbar bilateral sem secreção**; pode haver uveíte anterior na fase aguda. Febre ≥ 5 dias com olhos vermelhos: hospital (ver "Doença de Kawasaki").
- **Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica**: as sequelas oculares são as mais incapacitantes; oftalmologista **desde o início**, no hospital (ver "Bolhas na pele da criança" e "Urticária, angioedema, eritema multiforme e SSJ/NET").
- **Diabetes**: fundo de olho sob midríase conforme "Diabetes tipo 1" (a partir dos 11 anos ou da puberdade, com 2–5 anos de doença, a cada 2–3 anos) e "Diabetes tipo 2 e resistência à insulina no adolescente" (no diagnóstico e anual).
- **Síndrome de Down**: mais catarata, estrabismo, erros de refração, **ceratocone**, glaucoma e nistagmo; avaliação oftalmológica aos 6 e aos 12 meses e depois anual (SBP, Genética Clínica, 2023); desestimular o coçar dos olhos.
- **Síndrome de Marfan**: **luxação (ectopia) do cristalino**, miopia alta e risco de descolamento de retina; oftalmologista no diagnóstico e periodicamente.
- **Outras**: doença inflamatória intestinal e psoríase (uveíte), lúpus (esclerite, retinopatia), doença falciforme (retinopatia), imunossupressão (retinites).
- **Corticoide prolongado por qualquer via**: pressão intraocular e cristalino com o oftalmologista ("Corticoides e olho na infância").

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Oftalmologista com urgência ou pronto-socorro com oftalmologia: todos os critérios  da tabela de gravidade.

Hospital: suspeita de Kawasaki; Stevens-Johnson ou necrólise epidérmica tóxica; celulite orbitária (proptose, dor à movimentação ocular, oftalmoplegia); trauma com suspeita de perfuração; queimadura química após irrigação.

Como encaminhar

1. Registrar a **acuidade visual** de cada olho, sem atrasar o encaminhamento.
2. **Não instilar** corticoide, anestésico, midriático nem antibiótico sem diagnóstico (exceto na queimadura química).

3. **Queimadura química:** irrigação imediata e abundante com água corrente ou soro por **pelo menos 20 minutos** antes do transporte (SBP 2024).
4. **Trauma com suspeita de perfuração:** proteção rígida sem compressão, sem colírios, jejum (ver "Trauma pediátrico").
5. **Lente de contato:** retirar a lente e levar lente, estojo e solução.
6. Analgesia com paracetamol ou dipirona (tabela).
7. Kawasaki, Stevens-Johnson ou celulite orbitária com sinais de choque ou desconforto respiratório: estabilizar, oxigênio para manter **SpO2 entre 94% e 98%**, acesso venoso e transporte pelo SAMU (192), com contato prévio com o serviço.
8. **Relatório:** início, acuidade visual, achados, lente de contato, doença de base e medicamentos, inclusive colírios.

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

- "Olho vermelho que dói de verdade, que não suporta a luz ou que enxerga pior não é conjuntivite: precisa do oftalmologista hoje."
- "Nunca use colírio com corticoide, nem que tenha sobrado de outra vez ou de outra pessoa, sem a receita do oftalmologista."
- "Lente de contato com olho vermelho e dolorido: tire a lente e leve-a com o estojo ao oftalmologista."
- "A inflamação do olho da artrite não dá sintomas: não falte ao oftalmologista."
- **Procurar atendimento no mesmo dia se:** dor forte no olho; não suporta a luz; visão embaçada ou "moscas" de repente; mancha branca no olho; pupila diferente da outra; bolhas na pálpebra; produto químico ou pancada no olho; olho "saltado"; febre por vários dias com olhos vermelhos; feridas na boca e nos olhos após remédio novo.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão consultada	NT SBOP/SBP 12/2024; NT corticoide 06/2026; Down 2023	Saúde Ocular na Infância 2013; PCDT AIJ 2026	Sem documento próprio localizado	CKS inacessível; NHS; College of Optometrists	Pediatria Integral (SEPEAP) 2023	Sem posição específica localizada	Mass. Eye and Ear/Harvard 2014	Seguem o NICE
Sinais de alarme	Glaucoma infantil, celulite e uveíte entre as afecções a reconhecer	Dor ocular, fotofobia, hipermia: encaminhar	—	Dor, fotofobia, baixa visual: atendimento urgente	Dor, fotofobia, baixa visual, injeção ciliar	—	—	Segue o NICE
Uveíte na AIJ	Causa não infecciosa mais comum	Calendário fixo (BSPAR/RCOP hth)	ACR 2019 estratifica por risco	BSPAR/RCOP hth	Até 80% das uveítes anteriores	—	—	Segue o NICE
Ceratite herpética	Colírio de corticoide só com oftalmologista	—	—	Ceratite infecciosa: emergência oftalmológica	Aciclovir posada; corticoide só com antiviral	Antiviral isolado; evitar corticoide	—	Segue o NICE
Lente de contato	—	—	—	Olho vermelho doloroso: emergência oftalmológica	Urgência oftalmológica	—	—	Segue o NICE
Episclerite x esclerite	—	—	—	Esclerite: emergência	Fenilefrina diferencia	—	—	Segue o NICE
Down	Oftalmologia aos 6 e 12 meses, depois anual	—	—	—	—	—	—	—

Leitura: há convergência: **dor, fotofobia e baixa da visão** afastam a conjuntivite e exigem oftalmologista com urgência; a uveíte da AIJ é **silenciosa** e depende de rastreio; o **corticoide tópico** não é prescrição do pediatra e agrava a ceratite herpética (Harvard 2014; Nota Técnica SBOP/CBO 2026); e lente de contato com olho doloroso é emergência (College of Optometrists; Pediatria Integral). Divergências: na **episclerite**, sem posição da SBP e do MS, o site encaminha com prioridade para confirmação na lâmpada de fenda, porque na criança ela se confunde com esclerite e uveíte; no **rastreio da AIJ**, a ACR estratifica por risco e o PCDT usa calendário fixo, adotado pelo site. Para ceratite e lente de contato, sem documento da SBP nem do MS, o site segue NICE e AEP. Site: **SBP (SBOP/SBP 2024; Nota Técnica 2026)** e Ministério da Saúde no rastreio da AIJ.

PONTOS PRÁTICOS

1. Visão normal, sem dor e sem fotofobia: conjuntivite. Qualquer um desses sinais, ou injeção ciliar, pupila alterada ou córnea opaca: oftalmologista com urgência (●).
2. O pediatra não prescreve colírio com corticoide; na ceratite herpética, o corticoide agrava a lesão.
3. Lente de contato e olho vermelho doloroso: retirar a lente, levar lente e estojo, oftalmologista com urgência.
4. A uveíte da AIJ não dá sintomas: oftalmologista já no diagnóstico da artrite e calendário do documento de AIJ.
5. Toxoplasmose ocular: ácido folínico (nunca fólico) e corticoide só junto do antiparasitário.
6. Kawasaki e Stevens-Johnson são hospitalares; Down, Marfan, diabetes e corticoide prolongado pedem vigilância ocular programada.

Veja também, nesta Biblioteca: **Conjuntivites e Conjuntivite neonatal**; **Artrite idiopática juvenil (AIJ)** e **Doença de Kawasaki** (Reumatologia); **Corticoides e olho na infância** (Temas SBP); **Infecções congênitas (TORCH e sífilis)** (Neonatologia); **Retinoblastoma e o teste do reflexo vermelho** (Oncologia); **Bolhas na pele da criança** (Dermatologia); **Urticária, angioedema, eritema multiforme e SSJ/NET** (Alergia); **Diabetes tipo 1** (Endocrinologia); **Cardiopatias nas síndromes genéticas** (Cardiologia); **Infecções profundas de cabeça e pescoço** (Infectologia); **Trauma ocular, corpo estranho e queimadura química no olho** (nesta área).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica (SBOP) e Sociedade Brasileira de Pediatria, com o CBO. Nota técnica — Recomendações para avaliação ocular pelo pediatra, dez/2024. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Genética Clínica. Diretrizes de atenção à saúde de pessoas com síndrome de Down, 2023. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância — detecção e intervenção precoce para a prevenção de deficiências visuais, 2013. [PDF](#)
- Puertas Ruiz-Falcó ML. El ojo rojo en Pediatría. Pediatría Integral (SEPEAP), 2023;XXVII(1):16–22. [PDF](#)

- White ML, Chodosh J. Herpes Simplex Virus Keratitis — A Treatment Guideline. Massachusetts Eye and Ear Infirmary, Harvard Medical School; aceita pela American Academy of Ophthalmology, 2014. [PDF](#)
- American Academy of Ophthalmology. Pediatric Anterior Uveitis (disease review). [aao.org](#)
- NHS. Uveitis. [nhs.uk](#)
- College of Optometrists. Annex 4 — Urgency of referrals table. [college-optometrists.org](#)
- Kilduff C, Lois C. Red eyes and red-flags — improving ophthalmic assessment and referral in primary care. BMJ Quality Improvement Reports, 2016 (com base no NICE CKS Red eye). [PMC](#)
- Shivpuri A et al. Pediatric uveitis — role of the pediatrician. Frontiers in Pediatrics, 2022. [PMC](#)

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.