

Conjuntivites (viral, bacteriana, alérgica e neonatal)

Como distinguir as conjuntivites no consultório, quando usar colírio antibiótico, por que evitar corticoide, a conjuntivite neonatal como urgência e os sinais de alerta que exigem oftalmologista ou pronto-socorro

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

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

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
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

Olho vermelho com secreção é queixa frequente e quase sempre benigna. A conjuntivite viral (adenovírus) cursa com secreção aquosa, folículos, linfonodo pré-auricular e quadro respiratório; a bacteriana, com secreção mucopurulenta e pálpebras coladas; a alérgica, com prurido intenso, bilateral e recorrente. Nas três, a visão é normal, não há dor ocular verdadeira nem fotofobia. A conjuntivite bacteriana leve é autolimitada: a maioria das crianças melhora em 5–6 dias sem antibiótico (AAP); o colírio antibiótico encurta pouco a evolução e pode ser prescrito, de preferência após 48–72 h sem melhora ou nos quadros com secreção purulenta abundante. **Não prescrever colírio com corticoide na atenção primária.**

Conjuntivite com otite média sugere *Haemophilus influenzae* e pede antibiótico oral. **Todo recém-nascido (< 28–30 dias) com olho vermelho e secreção é urgência:** pensar em gonococo e clamídia, que exigem tratamento sistêmico. Dor ocular, fotofobia, baixa da visão, opacidade da córnea, pupila alterada, secreção purulenta hiperaguda, proptose ou dor à movimentação ocular exigem oftalmologista ou pronto-socorro (🔴); a celulite pré-septal (edema e hiperemia palpebral com febre e olho normal) em criança > 1 ano sem toxemia pode ser tratada por via oral, com reavaliação em 24–48 h (🟡). Afastamento escolar em geral não é obrigatório.

1. O que é e como se apresenta

- **Viral:** principalmente adenovírus (febre faringoconjuntival, ceratoconjuntivite epidêmica); também herpes simples, varicela-zóster, sarampo e outros (CDC). Secreção aquosa, folículos, linfonodo pré-auricular, sintomas respiratórios; contágio por cerca de 10–14 dias (AAO).
- **Bacteriana:** *H. influenzae* não tipável, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* e *Staphylococcus aureus* (CDC, SPSP). Secreção mucopurulenta, pálpebras coladas ao acordar.
- **Hiperaguda:** secreção purulenta abundante que se refaz rapidamente, edema palpebral e quemose intensos — pensar em *Neisseria gonorrhoeae*, que ameaça a visão (AAO). No adolescente, investigar infecção sexualmente transmissível.
- **Alérgica:** prurido é o sintoma-chave; bilateral, secreção aquosa ou mucoide, edema palpebral, associação com rinite, asma e dermatite atópica; não contagiosa (CDC, SPSP). A ceratoconjuntivite vernal (papilas gigantes, prurido intenso) é de manejo oftalmológico.
- **Neonatal (oftalmia neonatal, < 28 dias):** química (primeiras 24–48 h após profilaxia), gonocócica (em geral 2–5 dias de vida, hiperaguda), por clamídia (em geral 5–14 dias, secreção mucopurulenta, pode acompanhar pneumonia), herpética e por outras bactérias.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Criança > 1 mês, hiperemia com secreção aquosa, mucopurulenta leve ou prurido; visão normal; sem dor ocular, sem fotofobia; pálpebras sem edema importante; bom estado geral	Higiene, compressas; antibiótico tópico só se purulenta ou sem melhora em 48–72 h; antialérgico se alérgica; retorno se não melhorar em 5–7 dias
● Moderada	Secreção purulenta abundante; conjuntivite + otite média; usuário de lente de contato; imunodeprimido; sem melhora após 48–72 h de colírio antibiótico; conjuntivite alérgica que não responde ao tratamento inicial; suspeita de herpes sem sinais de ceratite	Tratamento conforme a causa e reavaliação em 24–48 h; encaminhar ao oftalmologista em curto prazo (lente de contato, falha terapêutica, herpes, vernal)
● Moderada (celulite pré-septal)	Edema, hiperemia e calor palpebral, com ou sem febre, com motilidade ocular, acuidade visual e pupilas normais, sem proptose, em criança > 1 ano, sem toxemia e com seguimento garantido	Amoxicilina-clavulanato VO (90 mg/kg/dia de amoxicilina) por 7–10 dias; reavaliação obrigatória em 24–48 h; hospital se piorar ou não melhorar
● Grave	Recém-nascido < 28–30 dias com olho vermelho e secreção; conjuntivite hiperaguda; dor ocular moderada a intensa, fotofobia, baixa da visão, opacidade ou úlcera de córnea, injeção ciliar (perilímbica), pupila fixa ou assimétrica; celulite pré-septal em < 1 ano, com toxemia ou sem melhora em 24–48 h; proptose, dor ou limitação da movimentação ocular, oftalmoplegia, baixa visual (celulite orbitária); trauma ou queimadura química; vesículas herpéticas na pálpebra com olho vermelho	Encaminhar ao pronto-socorro ou oftalmologista no mesmo dia; queimadura química: irrigação abundante antes do transporte

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 1 mês; mãe com gonorreia ou clamídia não tratada no pré-natal.
- Uso de lente de contato (risco de ceratite bacteriana, incluindo *Pseudomonas*).
- Imunodeficiência; trauma ou cirurgia ocular prévia.
- Adolescente com vida sexual ativa e conjuntivite hiperaguda.

3. Diagnóstico no consultório

- **Diagnóstico clínico:** anamnese (secreção, prurido, contatos, lente de contato, atopia) e exame: acuidade visual, córnea transparente, pupilas, reflexo vermelho, pré-auricular,

otoscopia.

- **Pistas úteis:**

- prurido → alérgica;
- secreção aquosa + folículos + pré-auricular + faringite → viral;
- pálpebras coladas + secreção mucopurulenta → bacteriana;
- otalgia ou otite no exame → *H. influenzae*;
- hiperemia bilateral sem secreção + febre ≥ 5 dias → considerar Kawasaki.

- **Exames:** desnecessários na conjuntivite leve. Coletar secreção para **Gram, cultura e pesquisa de clamídia** (swab com células conjuntivais da pálpebra evertida, não só o exsudato — CDC) na conjuntivite neonatal, na hiperaguda, na recorrente ou na falha terapêutica.
- **Diagnóstico diferencial que não pode passar:** ceratite (herpética ou por lente de contato), uveíte, glaucoma congênito (lacrimejamento, fotofobia, córnea grande ou opaca no lactente), corpo estranho, celulite periorbitária ou orbitária, Kawasaki, Stevens-Johnson, obstrução do ducto lacrimonasal (lacrimejamento crônico desde as primeiras semanas, com olho branco).

4. Tratamento em casa

Medidas para todas: limpar a secreção com gaze e soro fisiológico, do canto interno para o externo, uma gaze para cada olho; lavar as mãos; toalhas e fronhas individuais; não compartilhar colírios; suspender lente de contato até a cura.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Colírio antibiótico de amplo espectro (ex.: tobramicina 0,3%)	1–2 gotas no olho afetado, conforme bula	Conforme bula (em geral 4–6x/dia, reduzindo com a melhora)	5–7 dias	Conjuntivite bacteriana purulenta ou sem melhora em 48–72 h
Colírio de quinolona (ciprofloxacino ou ofloxacino 0,3%)	1–2 gotas	A cada 4 h (Guia ABE), conforme bula	5–7 dias	Preferir em usuário de lente de contato (cobertura para <i>Pseudomonas</i>) e encaminhar ao oftalmologista; evitar uso rotineiro nos demais (resistência)
Amoxicilina-clavulanato VO (conjuntivite + otite)	90 mg/kg/dia de amoxicilina + 6,4 mg/kg/dia de clavulanato (formulação 14:1)	12/12 h	Conforme idade, como na OMA	Síndrome conjuntivite-otite (AAP); veja também, nesta Biblioteca: Otite média aguda
Colírio antialérgico de dupla ação (olopatadina, cetotifeno)	1 gota em cada olho, conforme bula	Conforme bula (em geral 2x/dia)	Durante a exposição/estação	Conjuntivite alérgica; respeitar a idade mínima da bula
Lágrima artificial e compressas frias	—	Várias vezes ao dia	Enquanto houver sintomas	Conjuntivite viral e alérgica

- **Viral:** suporte (lubrificante, compressas frias), sem antibiótico (CDC); orientar sobre o contágio.
- **Bacteriana:** o benefício do antibiótico é pequeno (AAP; Guia ABE); a AAO considera a forma leve autolimitada. Opção prática: colírio antibiótico se secreção purulenta franca, ou prescrição com orientação de iniciar se não houver melhora em 48–72 h. A escolha no Brasil depende da disponibilidade (ver comparação); posologia conforme bula.
- **Alérgica:** afastar o alérgeno, compressas frias, lágrima artificial para "lavar" o alérgeno, colírio anti-histamínico/estabilizador de mastócito; anti-histamínico oral se houver rinite associada (veja também, nesta Biblioteca: Rinite alérgica). Corticoide tópico apenas sob acompanhamento oftalmológico (necessário, por exemplo, nas exacerbações da conjuntivite vernal — AAO).
- **Não usar:**
 - **colírio com corticoide (isolado ou associado a antibiótico) na atenção primária** — pode agravar ceratite herpética, favorecer infecção e causar catarata e glaucoma; a AAO e a Guia ABE recomendam evitá-lo;

- antibiótico na conjuntivite viral ou alérgica;
- colírios anestésicos, vasoconstritores, "chás" ou leite materno no olho.
- **Afastamento escolar:** em geral **não é obrigatório**. A AAP (*Managing Infectious Diseases in Child Care and Schools*) só recomenda exclusão se a criança não puder participar das atividades, tiver febre com alteração de comportamento ou por recomendação médica ou da vigilância; o NHS não exige afastamento; o CDC orienta afastar quem não consegue evitar contato próximo. Na prática: afastar a criança pequena com secreção abundante que não consegue manter a higiene, ou em surtos.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Conjuntivite neonatal (< 28–30 dias):** avaliação no mesmo dia; suspeita de gonococo exige internação e tratamento sistêmico (Guia ABE indica internação na conjuntivite neonatal).
- Conjuntivite **hiperaguda** em qualquer idade.
- **Sinais de alerta oculares:** dor moderada a intensa, fotofobia, baixa da visão, sensação de corpo estranho que impede abrir o olho, opacidade da córnea, injeção ciliar, pupila fixa ou assimétrica (Guia ABE; NHS).
- **Celulite orbitária (pós-septal):** proptose, dor à movimentação ocular, oftalmoplegia, baixa visual — urgência (risco de abscesso, perda visual e complicação intracraniana).
- **Celulite periorbitária (pré-septal)** (edema, hiperemia e calor palpebral, febre, olho normal): hospital se < 1 ano, toxemia, falha em 24–48 h de antibiótico oral ou seguimento incerto; nos demais, tratamento ambulatorial (ver tabela).
- Suspeita de herpes ocular (vesículas palpebrais, dendrito à fluoresceína) ou herpes-zóster no território do nervo oftálmico.
- Trauma ocular, corpo estranho não removível, queimadura química.
- Falha após 48–72 h de antibiótico tópico adequado.
- Olho vermelho como parte de doença sistêmica: Kawasaki, Stevens-Johnson.

Tratamento sistêmico da conjuntivite neonatal (conduta hospitalar, para referência)

AGENTE	ESQUEMA (CDC 2021)	OBSERVAÇÃO
<i>N. gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona 25–50 mg/kg IV ou IM, dose única, máx. 250 mg	Cautela na hiperbilirrubinemia, sobretudo em prematuros; se recebe cálcio IV: cefotaxima 100 mg/kg IV/IM dose única. Recém-nascido de mãe com gonorreia não tratada recebe o mesmo esquema de forma presuntiva
<i>C. trachomatis</i>	Eritromicina (base ou etilsuccinato) 50 mg/kg/dia VO, 4 doses/dia, 14 dias	Alternativa: azitromicina suspensão 20 mg/kg/dia VO, 1x/dia, 3 dias (dados limitados). Eficácia da eritromicina de cerca de 80%; pode ser necessário segundo curso; risco de estenose hipertrófica de piloro em < 6 semanas com ambas (monitorar); investigar pneumonia

- Tratar a mãe e os parceiros e investigar outras IST. A profilaxia ocular ao nascer (povidona 2,5% preferencial; eritromicina 0,5% ou tetraciclina 1% — SBP 2020; MS, Nota Técnica 11/2024) não previne bem a conjuntivite por clamídia (CDC); a prevenção é o rastreamento no pré-natal.

Como encaminhar

1. Recém-nascido: contato com o pronto-socorro pediátrico; se possível, colher swab para Gram e cultura antes do antibiótico.
2. Queimadura química: irrigação imediata e abundante com soro ou água corrente antes de qualquer outra medida.
3. Trauma com suspeita de perfuração: proteção rígida sem compressão; não instilar colírios.
4. Celulite orbitária: jejum, analgesia, contato com o serviço (oftalmologia e otorrino).
5. Relatório com início, acuidade visual, achados e medicamentos usados.

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

- "A maioria das conjuntivites melhora em até uma semana. Lave as mãos, limpe a secreção com soro e gaze, não divida toalhas e não encoste o frasco do colírio no olho."
- "Se não houver melhora em 2 a 3 dias com o colírio, ou se durar mais de 7 dias, volte."
- "Nunca use colírio que tenha corticoide sem orientação do oftalmologista."
- **Procure atendimento no mesmo dia se:** bebê com menos de 1 mês com olho vermelho ou com secreção; dor forte no olho; a criança não consegue abrir o olho ou não suporta a luz; visão embaçada ou piora da visão; pálpebra muito inchada, vermelha e quente, com febre; olho "saltado" ou dor ao mexer o olho; bolhas na pálpebra; produto químico ou pancada no olho; febre há vários dias com olhos vermelhos e lábios rachados.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Antibiótico tópico	Pode encurtar a evolução; gentamicina, tobramicina, fluoroquinolonas (SPSP 2018)	Benefício pequeno; maioria melhora em 5–6 dias sem antibiótico	Só na bacteriana; ineficaz na viral e alérgica (NHS)	Segue o NICE	Benefício controverso; observar 48–72 h; eritromicina, cloranfenicol; evitar aminoglicosídeo e quinolona de rotina (Guia ABE)
Corticoide tópico	Uso restrito na alérgica (SPSP)	—	—	Segue o NICE	Evitar colírios e pomadas de corticoide
Neonatal	Profilaxia com povidona 2,5% preferencial (SBP 2020; MS 2024)	Eritromicina 0,5% como profilaxia (AAO); ceftriaxona / eritromicina sistêmicas (CDC)	Bebê < 30 dias com olho vermelho: avaliação urgente (NHS)	Segue o NICE	Tratamento sistêmico e internação
Sinais de alerta	Úlcera de córnea, uveíte, trauma, queimadura, Kawasaki, Stevens-Johnson (SPSP)	—	Dor, fotofobia, alteração visual, olho muito vermelho	Segue o NICE	Fotofobia, dor, opacidade corneana, injeção ciliar, pupila alterada, hiperaguda, falha 48–72 h
Afastamento escolar	Sem norma nacional localizada	Não obrigatório, salvo condições específicas	Não obrigatório (NHS)	Segue o NICE	—

Leitura: as referências convergem em que a conjuntivite bacteriana leve é autolimitada, que o antibiótico tópico traz benefício pequeno e que o corticoide tópico não deve ser usado fora do acompanhamento oftalmológico. Todas destacam a conjuntivite neonatal e os sinais de acometimento corneano ou orbitário como urgências. As diferenças estão na escolha do colírio: a fonte espanhola evita aminoglicosídeos e quinolonas de rotina, enquanto a SPSP os lista como opções. Sobre o afastamento escolar, AAP e NHS não exigem exclusão, o que contrasta com a prática frequente das escolas brasileiras. Não localizamos documento científico recente

da SBP sobre conjuntivite infecciosa fora do período neonatal; o conteúdo do NICE CKS não pôde ser acessado, e usamos o material do NHS.

PONTOS PRÁTICOS

1. Visão normal, sem dor e sem fotofobia: conjuntivite simples. Qualquer um desses sinais muda a conduta.
2. Recém-nascido com olho vermelho e secreção é urgência: gonococo e clamídia exigem tratamento sistêmico.
3. Colírio com corticoide não se prescreve na atenção primária.
4. Conjuntivite com otite: tratar com amoxicilina-clavulanato em dose alta (90 mg/kg/dia de amoxicilina), não com colírio.
5. Usuário de lente de contato: suspender a lente, quinolona tópica e oftalmologista.
6. Proptose ou dor à movimentação ocular: pronto-socorro. Edema palpebral com febre e olho normal (> 1 ano, sem toxemia): antibiótico oral e reavaliação em 24–48 h.

8. Fontes

- American Academy of Ophthalmology. Conjunctivitis Preferred Practice Pattern, 2023. aao.org
- American Academy of Pediatrics (HealthyChildren.org). Pinkeye (Conjunctivitis). healthychildren.org
- Snohomish County Health Department. Conjunctivitis (Pink Eye) — com base em AAP, Managing Infectious Diseases in Child Care and Schools, 6ª ed. snohd.org
- Centers for Disease Control and Prevention. Clinical Overview of Conjunctivitis. cdc.gov
- Centers for Disease Control and Prevention. STI Treatment Guidelines, 2021 — Gonococcal infections among neonates. cdc.gov
- Centers for Disease Control and Prevention. STI Treatment Guidelines, 2021 — Chlamydial infections. cdc.gov
- NHS. Conjunctivitis. nhs.uk
- Criado Vega EA, Criado Camargo S. Conjunctivitis aguda (e infecciones del párpado). Guía ABE, 2022. [PDF](#)
- Sociedade de Pediatria de São Paulo. Recomendações nº 84 — Olho vermelho e conjuntivites na criança (Oftalmologia), 2018. [PDF](#)

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Neonatologia. Profilaxia da oftalmia neonatal por transmissão vertical, 2020. sbp.com.br
- Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2024 — Prevenção da conjuntivite neonatal. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · 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.