



PREFEITURA DE OURO PRETO

:Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA  
MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A  
ATENÇÃO ESPECIALIZADA: **OFTALMOLOGIA**

Ouro Preto, setembro de 2025



## PREFEITURA DE OURO PRETO

:Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA  
MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**

### **Secretário Municipal de Saúde**

Leandro Leonardo Assis Moreira

### **Secretária Adjunta de Saúde**

Isabela Teixeira Rezende Guimarães

### **Gerente da Atenção Secundária/Terciária**

Simone de Cassia Caetano

### **Diretora da Atenção Especializada**

Paola Cristiane Andrade Amorim

### **Gerente da Atenção Primária**

Ricardo Duarte Pereira

### **Diretora de Programas e Estratégia na Atenção Primária**

Luiza Poliana Godoy Paiva Gouveia

### **Responsável Técnico de Enfermagem Policlínica Municipal de Ouro Preto**

Vinícius Gonçalves de Paula

### **Responsável técnica da Junta Reguladora**

Taciana de Oliveira



## PREFEITURA DE OURO PRETO

:Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA  
MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**

### COLABORADORES

Juliana Pessoa Moreira - Médica Reguladora

Bruno Rodrigues de Moura Santos - Médico Oftalmologista





## SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO.....	5
2.	REGULAÇÃO.....	5
3.	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO.....	6
3.1.	ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES.....	6
3.2.	INSTRUÇÕES PARA AFERIÇÃO DA ACUIDADE VISUAL.....	6
4.	PROFISSIONAIS SOLICITANTES.....	7
5.	CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA URGÊNCIA OFTALMOLÓGICA.....	7
6.	CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA AMBULATORIAL ELETIVA..	8
6.1.	CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE.....	10
7.	REFERÊNCIAS.....	11
8.	ANEXOS.....	12
8.1.	TABELA DE SNELLEN.....	12
8.2.	TABELA PARA PERTO.....	13



## 1. APRESENTAÇÃO

Os protocolos de encaminhamento são importantes ferramentas de gestão do cuidado, pois orientam as decisões clínicas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e funcionam como referência técnica para a análise das solicitações pelas equipes reguladoras.

A APS desempenha um papel estratégico nas Redes de Atenção à Saúde, sendo a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e o espaço onde se organiza e se coordena o cuidado dos usuários. Sua resolutividade depende diretamente da capacidade clínica e de cuidado das equipes, da incorporação adequada de tecnologias diagnósticas e terapêuticas e da articulação efetiva com os demais pontos da rede de atenção.

Este protocolo aborda aspectos essenciais do processo de referência de usuários com condições clínicas relacionadas à especialidade Oftalmologia no município de Ouro Preto. Trata-se de um documento elaborado com base nas diretrizes do Ministério da Saúde e nas experiências locais de organização da atenção ambulatorial especializada.

O objetivo é padronizar os critérios de encaminhamento em Oftalmologia, identificando os principais quadros clínicos que demandam avaliação especializada, os dados mínimos obrigatórios na solicitação e a definição de prioridades de atendimento. Dessa forma, busca-se garantir a qualificação do cuidado, a otimização dos fluxos assistenciais e a efetivação da integralidade da atenção no território.

## 2. REGULAÇÃO

A regulação organiza e qualifica o acesso aos serviços especializados, promovendo o uso adequado e equitativo dos recursos da Rede de Atenção à Saúde. Em Ouro Preto, os encaminhamentos são avaliados tecnicamente com base nas informações clínicas, nos critérios deste protocolo e na estratificação de risco. A equipe de reguladores será responsável pela avaliação técnica dos laudos, classificação de risco do paciente (P0, P1, P2) e de prioridades, baseados em critérios clínicos e nos protocolos de regulação.

**P0: Situações clínicas graves que, embora não configurem emergência, requerem agendamento eletivo com máxima brevidade.**

**P1: Condições clínicas em que o tempo de espera pode comprometer o acesso oportuno a outros procedimentos subsequentes (como cirurgias ou exames complementares). Inclui**



também casos em que a demora pode interferir negativamente na evolução do quadro clínico.

**P2: Não necessitam de um agendamento prioritário. Deverão seguir a ordem cronológica de entrada na lista de espera nas Unidades Solicitantes. Demandas de rotina/acompanhamento.**

### 3. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

- 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;
- Quando foi a última avaliação oftalmológica;
- Se possível, diagnóstico prévio de distúrbio de refração ou acomodação;
- Medida de acuidade visual em cada olho, em todos os pacientes, sendo a mesma informada obrigatoriamente no encaminhamento;
- Resultado de hemoglobina glicada de no máximo 3 meses para pacientes diabéticos;
- Especificar se deseja realização de fundoscopia.

**OBSERVAÇÃO:** Obter acuidade visual a 3 metros da tabela de acuidade visual (em anexo, imprimir em A4), realizada com e sem a lente corretiva para longe, em todos os pacientes, e para perto, a partir dos 40 anos de idade.

#### 3.1 ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES

Na primeira consulta no serviço especializado, oriente o paciente a levar:

- Formulário de referência devidamente preenchido (com dados clínicos e motivo do encaminhamento);
- Receitas dos medicamentos em uso;
- Levar os óculos atuais.

#### 3.2 INSTRUÇÕES PARA AFERIÇÃO DA ACUIDADE VISUAL.

##### **EXAME DEVE SER FEITO COM E SEM ÓCULOS PARA LONGE/PERTO:**

- **LONGE**
  - Posicionar a tabela para longe a 3 metros do paciente. Pedir para que o mesmo leia cada letra até chegar à menor letra possível;



- Paciente consegue ler, por exemplo, todas as letras da linha 20/32. Considera-se que esta é a acuidade visual do paciente. Se o paciente ler menos da metade das letras em 20/40 (duas, neste exemplo) e não conseguir completar a linha, se diz que sua visão é 20/32 +2. Se ler mais metade das linhas de 20/40, considera-se 20/40;
- Para pacientes sem leitura, utilizar a tabela do “E” e perguntar a direção das “três barras”: para cima, para baixo, direita ou esquerda.

- **PERTO**

- Para pacientes com mais de 40 anos: Mesmo princípio, mas a 30 cm do paciente e com/sem óculos.

#### 4. PROFISSIONAIS SOLICITANTES

O encaminhamento deve ser realizado por médico(a) da Atenção Primária à Saúde (APS), médicos(as) especialistas da Atenção Secundária e/ou pela Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto.

#### 5. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA URGÊNCIA OFTALMOLÓGICA

- **NÃO HÁ URGÊNCIA DE PORTA ABERTA E NÃO HÁ ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIAS NA UNIDADE OFTALMOLÓGICA DE OURO PRETO;**
- **TODAS AS EMERGÊNCIAS DEVERÃO SER ENCAMINHADAS DIRETAMENTE PARA BELO HORIZONTE;**
- **AS URGÊNCIAS QUE FAZEM PARTE DOS CRITÉRIOS DE ATENDIMENTO ABAIXO DEVERÃO SER ENCAMINHADAS POR ESCRITO E SOMENTE APÓS CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO OFTALMOLOGISTA OU EQUIPE DE TRIAGEM DA POLICLÍNICA. CASO NÃO HAJA MÉDICO OFTALMOLOGISTA DISPONÍVEL, ENCAMINHAR DIRETAMENTE PARA OS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA DE BELO HORIZONTE;**
- Apenas as seguintes urgências serão atendidas na unidade de Oftalmologia de Ouro Preto:
  - diminuição de acuidade visual aguda e recente ( menos de duas semanas), associada a sintomas de gravidade (como dor ocular, olho vermelho, percepção súbita de sombra ou cortina sobre parte do campo de visão);
  - Conjuntivite catarral/mucopurulenta aguda **sem melhora após 14 dias** de acompanhamento/tratamento em unidade básica;



- Queixa de fotopsias (percepção de flashes de luz que aparecem subitamente no campo de visão) ou moscas volantes de início recente (percepção de pontos, linhas ou teias de aranha no campo de visão móveis ou fixas), há menos de duas semanas;
- Queixa de metamorfopsia (percepção de tortuosidade na visão, notado sobretudo ao observar objetos com linhas retas) há menos de duas semanas;
- Uveítes agudas (como suspeita de toxoplasmose ocular aguda, entre outras);
- Infecção aguda de vias lacrimais (dacriocistite, canaliculite);
- Corpo estranho ocular somente por solda / esmeril ou úlcera de córnea por lente de contato:
  - Corpos estranhos de qualquer outra origem ( roçadeira, explosões, uso de ferramentas etc) deverão ser encaminhados diretamente a Belo Horizonte.
- O restante das urgências, agudas ( menos de duas semanas), que não se encaixarem nos critérios acima, deverá ser encaminhado diretamente das Unidades Básicas / Santa Casa OP / UPA para Belo Horizonte.

**RATIFICANDO: Emergências oculares não são atendidas de forma ambulatorial em Ouro Preto. E não há urgência de porta aberta. Horários de atendimento serão rotineiramente repassados à Atenção Básica pela gestão. Casos como trauma ocular (trauma contuso, queda da própria altura, mordidas de animais, socos e agressões, acidentes com tiros de arma de chumbo, acidentes com roçadeiras, traumas penetrantes, perfurantes; queimadura ocular; laceração palpebral, etc.), além de dor ocular extrema secundária a glaucoma agudo, deverão ser encaminhados diretamente aos Serviços de Emergência Oftalmológica em Belo Horizonte.**

## **6. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA AMBULATORIAL ELETIVA**

- Paciente adulto em uso de óculos para longe (miopia, hipermetropia, astigmatismo) e/ou perto (presbiopia, mais de 40 anos) com queixa de piora na acuidade visual e apresentar visão pior que 20/32 em qualquer um dos olhos, em uso de óculos na aferição da acuidade visual para longe, ou se pior que j2, em uso de óculos, para perto. (Não conseguir ler nenhuma letra em 20/32 longe ou não conseguir nenhuma letra j2 perto, com os devidos óculos em uso). Caso o paciente consiga ler com correção maioria das letras em 20/32 ou J2, encaminhar somente dentro do prazo proposto de acompanhamento regular, esperando até atingir o prazo de consulta de rotina: (Que usam ou que não usam óculos e tenham a visão mínima em avaliação como descrito acima, não precisando encaminhar antes). A rotina de acompanhamento em pacientes adolescentes/adultos sem doenças oculares será:
  - Menos de 40 anos: de 4/4 anos;
  - De 40 a 54 anos: de 3/3 anos;



## PREFEITURA DE OURO PRETO

:Secretaria de Saúde

Atenção Secundária

atencaosecundaria.saude@ouropreto.mg.gov.br | (31) 99231-1107

SECRETARIA  
MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**

- De 55 a 64 anos: de 2/2 anos;
- Mais de 65 anos: anual.
  
- Paciente com queixa de diminuição não aguda da acuidade visual, verificada e confirmada;
- Crianças: recomendações, de acordo com a SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria:
  - Recém-nascidos: Teste do Olhinho (teste do reflexo vermelho) até 72 horas de vida, feito ainda na internação, pelo pediatra:
    - Bebês (0-12 meses):
      - Exame oftalmológico completo, assim que possível, caso detectado desvio ocular;
      - Exame oftalmológico completo, assim que possível, caso detectada alteração do reflexo vermelho.
  - Até os 3 anos: acompanhamento: pediatras devem repetir o teste do olhinho nas consultas de puericultura até os 3 anos, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria;
  - Crianças (3-5 anos): exame oftalmológico completo, assim que possível. Estando normal:
    - Avaliação do desenvolvimento pelo pediatra: Avaliação da fixação ocular e alinhamento dos olhos é importante para crianças. Caso tenha alguma alteração, encaminhar como prioridade.
  - Dos 6 anos até vida adulta: queixa de piora na acuidade visual ou apresentar visão pior que 20/32 em qualquer um dos olhos.

Casos específicos, geralmente sem prioridade (salvo citação em tabela de prioridade abaixo):

- Pacientes com diagnóstico recente de HIV;
- Pacientes que fazem uso contínuo de hidroxicloroquina, para rastreamento de retinopatia/maculopatia. Encaminhar para avaliação inicial no primeiro ano de uso e após cinco anos de uso iniciar avaliação anual. Informar indicação de uso, dose e quando foi iniciado;
- Pacientes em uso de medicação específica para glaucoma;
- Pacientes com mais de 40 anos que nunca tenham sido consultados por um oftalmologista;
- Estrabismo associado à diminuição de acuidade visual ou outros sintomas como torcicolo;



- Encaminhar hordéolos somente se recorrente ou calázio sem resposta ao tratamento clínico (compressa morna, massagem e pomada oftálmica de antibiótico por 14 dias), e após mínimos 30 dias de persistência da lesão;
- Dermatocálase (excesso de pele e flacidez na prega palpebral superior) somente com obstrução do eixo visual e mais de 60 anos;
- Pterígio associado à diminuição de acuidade visual e em mais de 40 anos de idade (pior que 20/32) ou pterígio sintomático (irritação ocular) ou olho seco sem alívio com tratamento clínico (lubrificante ocular 3 a 6 vezes ao dia);
- Lesão palpebral com suspeita de neoplasia (como lesões ulceradas, pigmentares ou de crescimento rápido, exceto terçol/ hordéolo externo/ calázio);
- Dacriocistite (inflamação do saco lacrimal) crônica ou recorrente;
- Pacientes diabéticos:
  - Rastreamento de retinopatia diabética em gestantes com DM1 ou DM2, preferencialmente no primeiro trimestre gestacional (não é necessário encaminhar gestantes com diabetes mellitus gestacional);
  - Avaliação inicial de pacientes com DM2 (no momento do diagnóstico) ou DM1 (cinco anos após o diagnóstico);
  - Rastreamento anual de retinopatia diabética/refração em pacientes com DM1 ou DM2: pacientes diabéticos encaminhados unicamente para exame de refração deverão ter hemoglobina glicada **-HbA1c- abaixo de 7.3%**. Informar **SEMPRE** valor no encaminhamento em espaço próprio.

### 6.1 CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

<b>P0</b>	Alteração do reflexo vermelho (bebê 0 a 12 meses); Lesão palpebral com suspeita de neoplasia ( lesão ulcerada crônica)
<b>P1</b>	Desvio ocular em crianças; Pacientes que convivem com HIV Dacriocistite Pacientes diabéticos descompensados que nunca fizeram fundo de olho ou diagnóstico inicial em DM2 Alteração da acuidade visual com snellen < ou = a 20/100
<b>P2</b>	Demais casos



## 7. REFERÊNCIAS

1. Avaliação dos critérios de triagem visual de escolares de primeira série do primeiro grau Rev. Saúde Pública vol.14 no.2 São Paulo June 1980;
2. Protocolos De Encaminhamento Para Oftalmologia Adulto. TelessaúdeRS- UFRGS;
3. American academy of ophthalmology. Preferred Practice Pattern Guidelines: Diabetic Retinopathy. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology, 2016.
4. Raj K. Maturi. Diabetic Retinopathy for the Comprehensive Ophthalmologist . Second Edition. 2015;
5. American academy of ophthalmology .Recommendations on Screening for Chloroquine and Hydroxychloroquine Retinopathy - 2016 ;
6. American academy of ophthalmology. Frequency of Ocular Examinations - 2015
7. Yamane, r. Semiologia ocular. 1. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2003.
8. Duncan, b. B. et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
9. Ehlers, j. P.; shah, c. P. Manual de doenças oculares do Wills Eye Hospital: diagnóstico e tratamento no consultório e na emergência. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2009.
10. Stable refraction and visual acuity in diabetic patients with variable glucose levels under routine care. Acta Ophthalmol. 2011 Mar;89(2):107-10;
11. Refractive Changes Associated with Diabetes Mellitus. Semin Ophthalmol. 2018;33(7-8):838-845.



8. ANEXOS

8.1. TABELA DE SNELLEN - POSICIONAR A 3 METROS

<b>E</b>	1	20/200
<b>F P</b>	2	20/100
<b>T O Z</b>	3	20/70
<b>L P E D</b>	4	20/50
<b>P E C F D</b>	5	20/40
<b>E D F C Z P</b>	6	20/30
<hr style="border: 2px solid green;"/>		
<b>F E L O P Z D</b>	7	20/25
<b>D E F P O T E C</b>	8	20/20
<hr style="border: 2px solid red;"/>		
<b>L E F O D P C T</b>	9	
<b>F D P L T C E O</b>	10	
<b>P E Z O L C F T D</b>	11	



## 8.2. TABELA PARA PERTO

### Tabela de perto

J1 17456

J2 01436

J3 96534

J4 07532

Tabela de perto para pacientes com mais de 40 anos.  
Posicionar a tabela de perto a 30 cm do paciente, em uso de óculos para perto