

CAPÍTULO 7

QUEIXAS OCULARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ABORDAGEM AVANÇADA PARA ESPECIALISTAS

MATHEUS LEITE DE ALENCAR¹

MARCO VIDAL ASSAD MACHADO VAMSZER²

MARIA FERNANDA ARAUJO BATALHA³

LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

² Discente - Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

³ Discente - Universidade Católica de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Olho Vermelho; Triagem de Urgência; Atenção Primária.

INTRODUÇÃO

As queixas oculares figuram entre os motivos mais frequentes de procura por atendimento na atenção primária à saúde (APS), variando de condições benignas e autolimitadas, como conjuntivites e blefarites, até urgências potencialmente ameaçadoras da visão, como ceratites infecciosas, uveíte anterior, glaucoma agudo, queimaduras químicas e oclusões arteriais retinianas. A APS ocupa uma posição estratégica para reduzir atraso diagnóstico e iatrogenias, porque é o ponto de primeiro contato e, ao mesmo tempo, o espaço onde se sustenta o seguimento longitudinal de doenças crônicas com repercussão ocular, como diabetes e glaucoma. Para especialistas atuando na APS, o desafio não é “decorar diagnósticos”, mas aplicar um método reprodutível capaz de: medir acuidade visual sistematicamente, reconhecer sinais de gravidade, conduzir intervenções iniciais seguras e organizar encaminhamento oportuno com comunicação clínica de alta qualidade (NICE, [s.d.]; BRASIL, 2012).

Diretrizes internacionais e materiais operacionais reforçam que “olho vermelho” e “dor ocular” não podem ser tratados como entidades homogêneas. A avaliação deve ser guiada por bandeiras vermelhas, sobretudo redução de acuidade visual, fotofobia, dor moderada a intensa, uso de lente de contato, opacidade corneana, defeito epitelial com fluoresceína, pupila anormal, dor à movimentação ocular e sinais sistêmicos, pois esses achados deslocam a probabilidade para causas graves e alteram o nível de urgência do encaminhamento (NICE, [s.d.]; BMJ BEST PRACTICE, 2025). No campo da córnea, as recomendações da *American Academy of Ophthalmology* (AAO) para ceratite bacteriana enfatizam risco aumentado em usuá-

rios de lentes de contato e a necessidade de avaliação e tratamento imediatos em casos suspeitos, dada a possibilidade de progressão rápida e perda visual (RHEE *et al.*, 2024). Em retina, recomendações atuais reconhecem oclusões arteriais retinianas como emergências equivalentes a evento vascular cerebral, exigindo encaminhamento imediato para avaliação em centro de referência de AVC, com investigação sistêmica e prevenção secundária (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2024; MACGRORY *et al.*, 2021).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada, operacional e centrada na segurança para o manejo de queixas oculares na APS, estruturando triagem por risco, exame clínico essencial, condutas iniciais seguras, principais síndromes de apresentação, critérios de encaminhamento urgente e estratégias de seguimento longitudinal de condições crônicas, sustentadas por referências atuais e aplicáveis ao contexto brasileiro.

Triagem avançada: quando a APS precisa agir como “porta de emergência”

A triagem deve ser objetiva e reprodutível. A APS deve classificar a queixa ocular em três níveis: condição provavelmente benigna manejável; condição incerta que exige avaliação ampliada e curto retorno; e condição potencialmente ameaçadora da visão que exige encaminhamento no mesmo dia (**Quadro 7.1**).

Exame essencial na APS: o mínimo que muda conduta

Em abordagem avançada, a APS precisa fazer bem três coisas: medir acuidade visual, inspecionar padrão do olho vermelho e examinar córnea e pupila com método (**Tabela 7.1, Figuras 7.1-4**).

Quadro 7.1 Bandeiras vermelhas que exigem encaminhamento urgente no mesmo dia

• Redução de acuidade visual nova, especialmente se súbita
• Dor moderada a intensa, especialmente com fotofobia
• Usuário de lente de contato com olho vermelho, dor ou fotofobia
• Opacidade corneana visível, infiltrado ou úlcera corneana suspeita
• Pupila anormal, midríase fixa, halo visual, cefaleia intensa com náuseas

• Trauma ocular relevante, corpo estranho de alta velocidade, suspeita de perfuração
• Queimadura química ocular
• Dor à movimentação ocular, proptose, edema importante de pálpebra, febre
• Flashes e moscas volantes de início súbito, especialmente com sombra tipo cortina
• Baixa visual indolor súbita, sobretudo em idosos ou com fatores vasculares

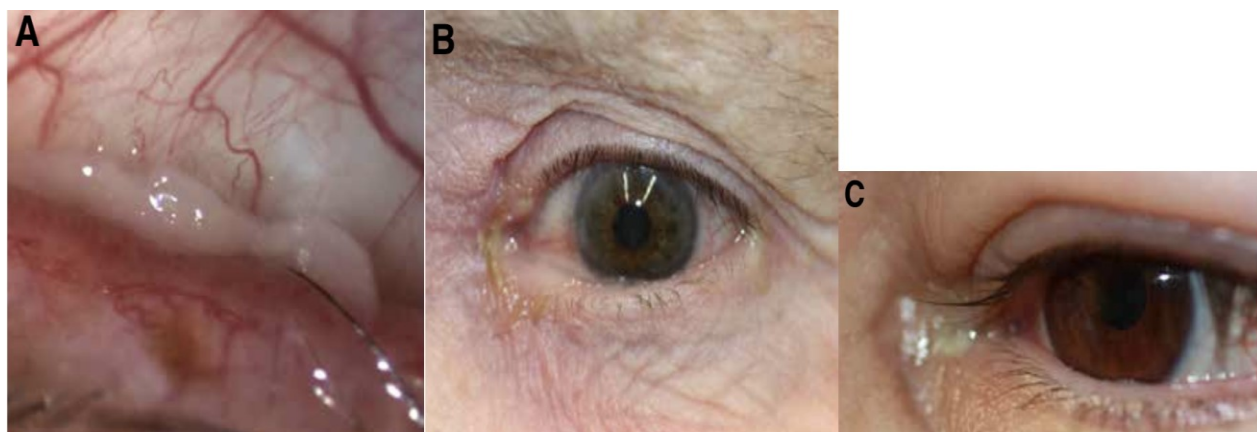
Fonte: (NICE, [s.d.]; BMJ Best Practice, 2025; UFMG, 2016)

Tabela 7.1 Exame ocular mínimo reprodutível para APS

Etapas	Como executar	Por que importa
Acuidade visual	medir em cada olho separadamente e com correção habitual quando disponível	queda de acuidade define gravidade e urgência
Dor e fotofobia	qualificar intensidade e associação	sugere córnea, uveíte ou glaucoma
Padrão de hiperemia	difusa conjuntival vs injeção ciliar	injeção ciliar sugere ceratite/uveíte
Secreção	aquosa, mucosa, purulenta	orienta conjuntivite e diferencial
Pupilas	anisocoria, reatividade, midríase	pupila anormal eleva risco
Córnea	transparência, opacidade, irregularidade	opacidade sugere ceratite/úlcera
Fluoresceína	defeito epitelial, padrão dendrítico, abrasão	diferencia lesões corneanas e herpes
Movimentos oculares	dor, limitação	sugere celulite orbitária ou neurite
Pálpebras e anexos	hordéolo, blefarite, ectrópio	causas frequentes de irritação

Fonte: BRASIL, 2012; UFMG, 2016; NICE, [s.d.].

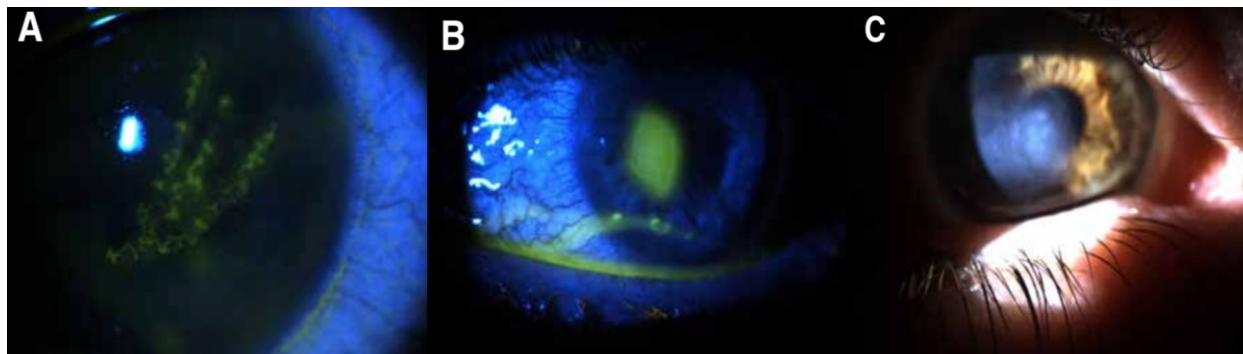
Figura 7.1 Tipos de secreção conjuntival



Legenda: A secreção conjuntival mucosa (A) é típica das conjuntivites alérgicas e é caracterizada pelo aspecto de cordões esbranquiçados filamentosos que se acumulam no fundo de saco conjuntival e no bordo palpebral. A secreção mucopurulenta (B) está presente nas conjuntivites bacterianas ou por clamídia e são espessas, com coloração branco-amarelada ou esverdeada e abundante. A secreção aquosa (C) é encontrada nas conjuntivites virais ou irritativas e possuem coloração esbranquiçada ou acinzentada e é abundante.

Fonte: RAMALHO, 2015.

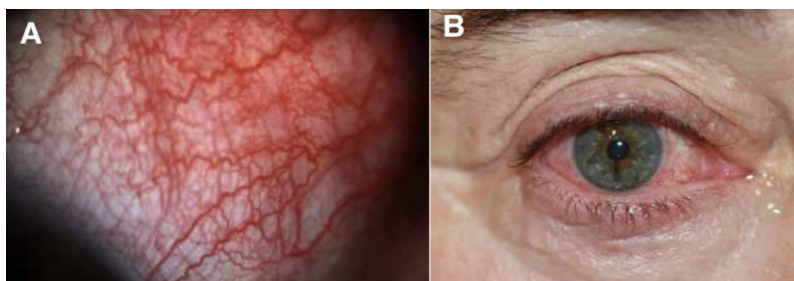
Figura 7.2 Tipos de lesões corneanas



Legenda: (A) Lesão dendrítica por herpes simples após fluoresceína. (B) Erosão da córnea pós-traumática após fluoresceína. (C) Defeito epitelial da córnea apresentado na ceratite neurotrófica.

Fonte: RAMALHO, 2015.

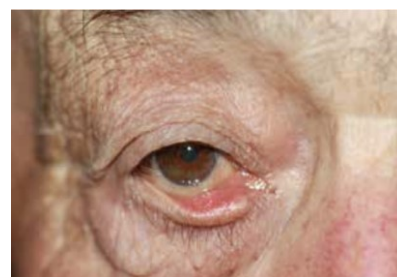
Figura 7.3 Padrão de hiperemia ocular



Legenda: (A) Injeção ciliar. (B) Hiperemia conjuntival difusa)

Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.4 Ectrópio em pálpebra inferior



Fonte: RAMALHO, 2015.

Síndromes de apresentação: organizar o raciocínio por “porta de entrada”

Para especialista, o ganho de qualidade vem de pensar em síndromes.

• Olho vermelho sem dor importante e sem baixa visual

Mais provável: conjuntivite viral/alérgica, blefarite, olho seco, hemorragia subconjuntival.

Olho vermelho com dor ou fotofobia ou baixa visual

Alta prioridade para: ceratite infecciosa, úlcera corneana, uveíte anterior, glaucoma agudo, esclerite, corpo estranho corneano, queimadura química (NICE, [s.d.]; BMJ BEST PRACTICE, 2025).

• Baixa visual súbita indolor

Considerar: descolamento de retina, oclusões vasculares retinianas, neuropatia óptica isquêmica, hemorragia vítrea. A APS deve tratar

como urgência com encaminhamento imediato conforme suspeita (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2024; RACGP, 2014).

• Flashes e moscas volantes

A APS deve assumir necessidade de avaliação retiniana urgente quando início súbito e especialmente se houver defeito de campo ou cortina, pois isso aumenta probabilidade de rasgo e descolamento de retina (RACGP, 2014; NHS, [s.d.]).

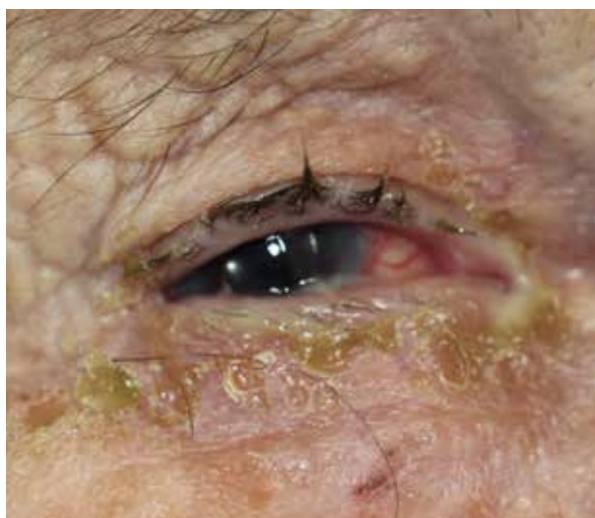
Olho vermelho: diferenciação avançada e condutas iniciais seguras

Conjuntivite viral e bacteriana

A APS deve reconhecer que a maioria das conjuntivites agudas é viral e autolimitada, com secreção aquosa e hiperemia difusa. Conjuntivite bacteriana costuma ter secreção purulenta

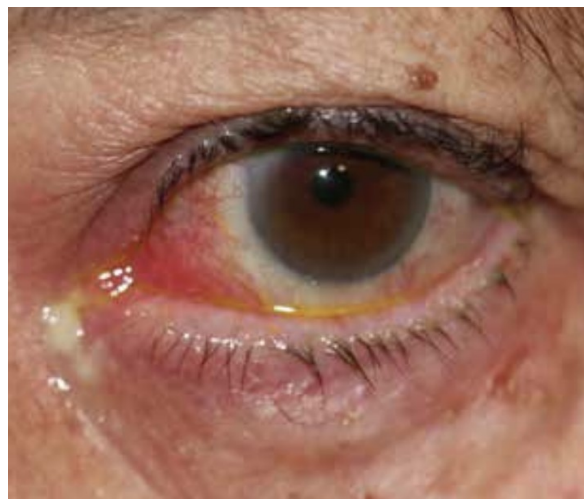
e “grude” matinal. Em ambos os casos, a acuidade visual costuma estar preservada. O papel do especialista na APS é evitar antibiótico indiscriminado e, principalmente, não perder sinais de ceratite e uveíte. Diretrizes de olho vermelho enfatizam que presença de dor, fotofobia ou redução de visão exige avaliação especializada (**Figuras 7.5.-11 e Quadro 7.2**) (NICE, [s.d.]).

Figura 7.5 Conjuntivite bacteriana



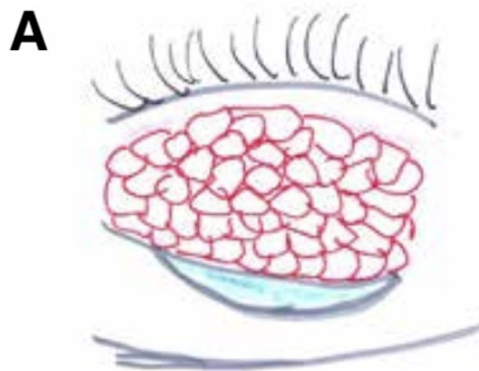
Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.6 Conjuntivite viral por adenovírus



Fonte: RAMALHO, 2015.

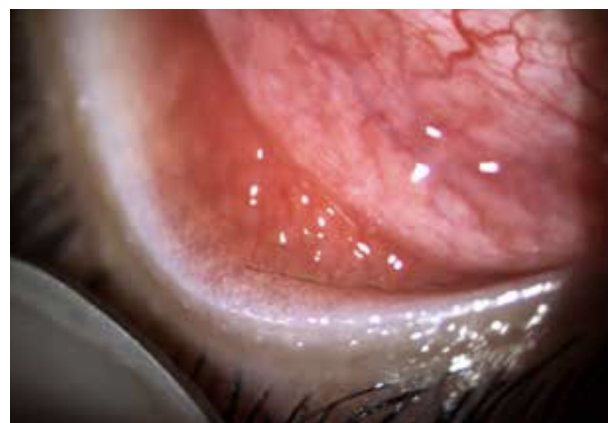
Figura 7.7 Papilas na conjuntiva tarsal superior



Legenda: representação ilustrativa das papilas (A) e fotografia de papilas em conjuntiva tarsal (B). Consistem em formações carnosas, vascularizadas no centro, comprimidas umas contra as outras tipo favo de mel e separadas por linhas brancas fibrosas. Geralmente estão presentes em infecções bacterianas e reações alérgicas.

Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.8 Folículos na conjuntiva tarsal inferior



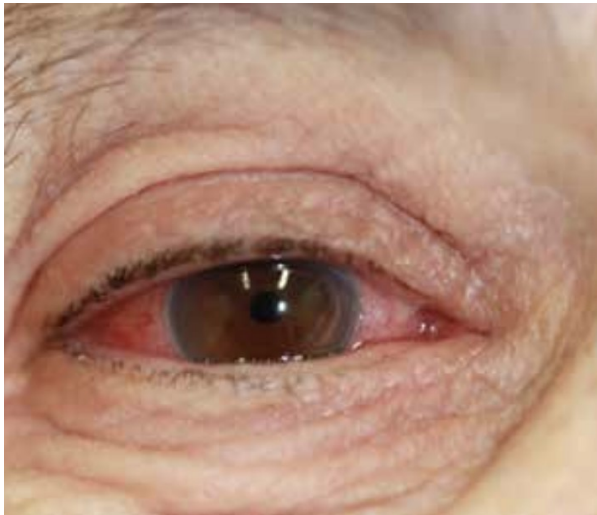
Legenda: formações elevadas, rosas ou cinzentas pálidas, translúcidas, grandes, redondas, localizadas por baixo do epitélio conjuntival e são estruturas avasculares com aproximadamente 0,5 a 2 mm de diâmetro. Geralmente estão presentes em infecções virais.

Fonte: RAMALHO, 2015.

Conjuntivite alérgica

Tipicamente cursa com prurido intenso, bilateralidade e lacrimejamento. O risco é rotular como alergia um quadro com fotofobia e dor que na verdade é ceratite.

Figura 7.9 Conjuntivite alérgica sazonal

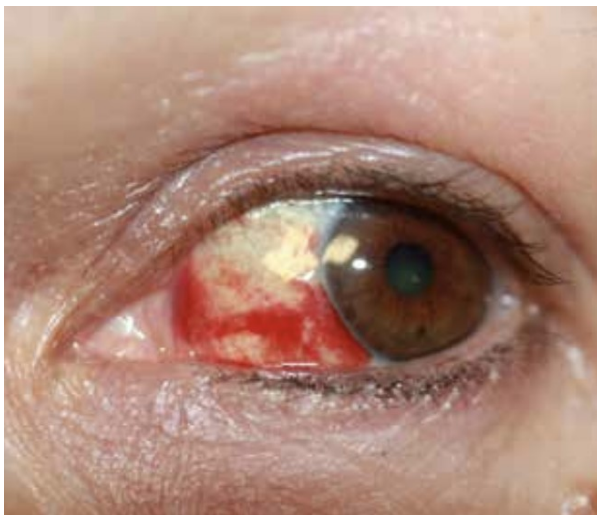


Fonte: RAMALHO, 2015.

Hemorragia subconjuntival

Aspecto dramático, geralmente benigna e indolor, com acuidade preservada. Importa avaliar trauma, uso de anticoagulantes e hipertensão, mas a urgência oftalmológica é baixa na ausência de dor e baixa de visão (BRASIL, 2012).

Figura 7.10 Hemorragia subconjuntival



Fonte: RAMALHO, 2015.

Quadro 7.2 Olho vermelho: perguntas e achados que não podem faltar. *Checklist* de segurança

● Medir acuidade visual e registrar
● Dor e fotofobia presentes
● Uso de lente de contato
● Secreção e padrão de hiperemia
● Opacidade corneana ou defeito epitelial com fluoresceína
● Pupila e injeção ciliar
● Trauma e exposição química
● Se qualquer bandeira vermelha estiver presente, encaminhar no mesmo dia

Fonte: NICE, [s.d.]; BMJ Best Practice, 2025.

Uveíte anterior e esclerite: não confundir com conjuntivite

Uveíte anterior costuma cursar com dor, fotofobia, visão borrada e injeção ciliar (**Figura 7.14**). Esclerite cursa com dor intensa e hiperemia profunda, frequentemente associada a doenças sistêmicas (**Figura 7.15**). Ambas exigem avaliação especializada precoce e não devem ser tratadas como “conjuntivite” quando há dor e fotofobia (NICE, [s.d.]; BMJ BEST PRACTICE, 2025).

Glaucoma agudo de ângulo fechado: reconhecer e encaminhar sem atrasos

Glaucoma agudo é uma urgência. Tipicamente há dor ocular importante, baixa de visão, halos ao redor de luzes, cefaleia, náuseas, olho vermelho e midríase pouco reativa. A APS deve reconhecer o quadro e encaminhar imediatamente para serviço de urgência oftalmológica (NICE, [s.d.]; BMJ BEST PRACTICE, 2025).

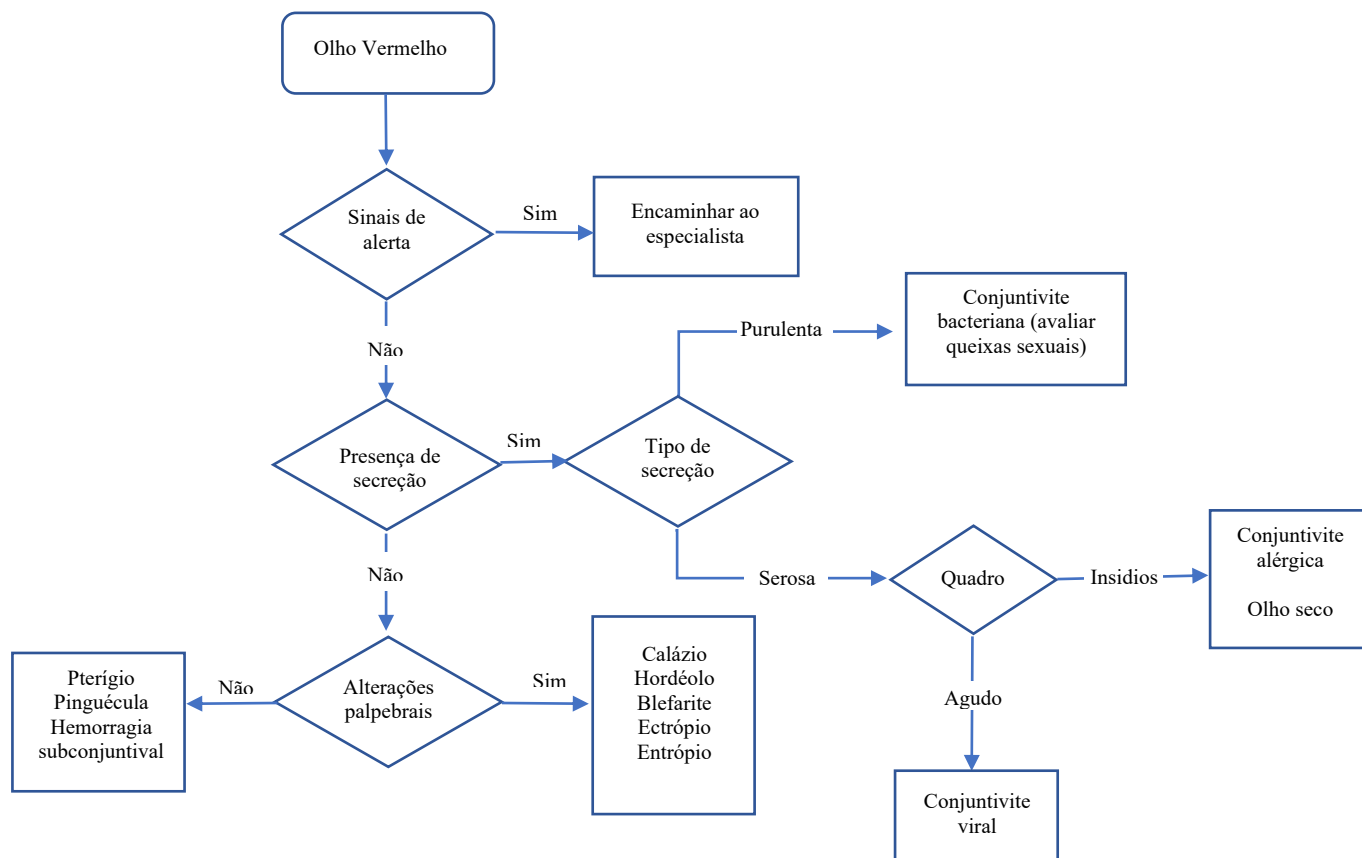
Trauma ocular e lesão corneana superficial

A APS lida com trauma leve com alta frequência. O risco é perder perfuração ou corpo estranho de alta velocidade. Diretrizes de lesão

corneana superficial destacam que lesão química é emergência e a irrigação deve ser imediata, antes mesmo de exame completo, com encaminhamento urgente (Figura 7.16 -18) (NICE,

[s.d.]; AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, [s.d.]).

Figura 7.11 Algoritmo para diagnóstico de olho vermelho na Atenção Primária à Saúde



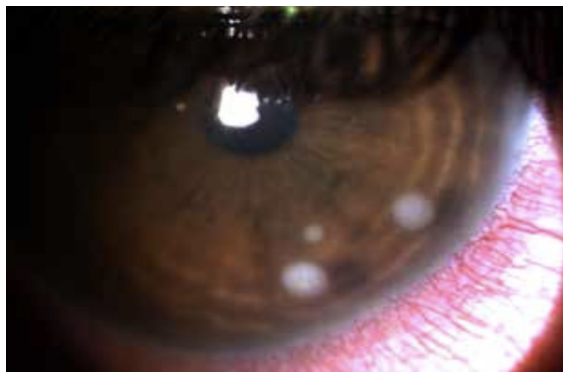
Fonte: MIRANDA *et al.* (2021).

Tabela 7.2 Diferenciação prática entre conjuntivite e ceratite na APS

Achado	Conjuntivite típica	Ceratite/úlceras suspeita
Dor	leve ou ausente	moderada a intensa
Fotofobia	geralmente ausente	frequente
Acuidade visual	preservada	reduzida
Córnea	transparente	opacidade/infiltrado
Fluoresceína	negativa ou pontilhado leve	defeito epitelial/úlceras
Lente de contato	pode coexistir	fator de risco crítico

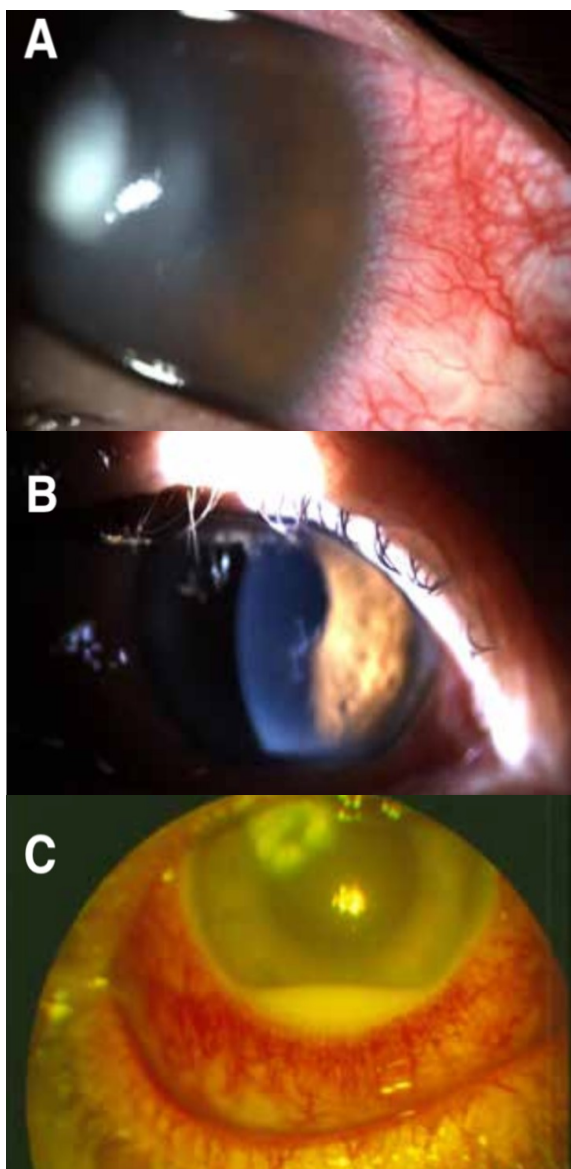
Fonte: NICE, [s.d.]; RHEE *et al.*, 2024.

Figura 7.12 Úlcera periférica em portador de lente de contato



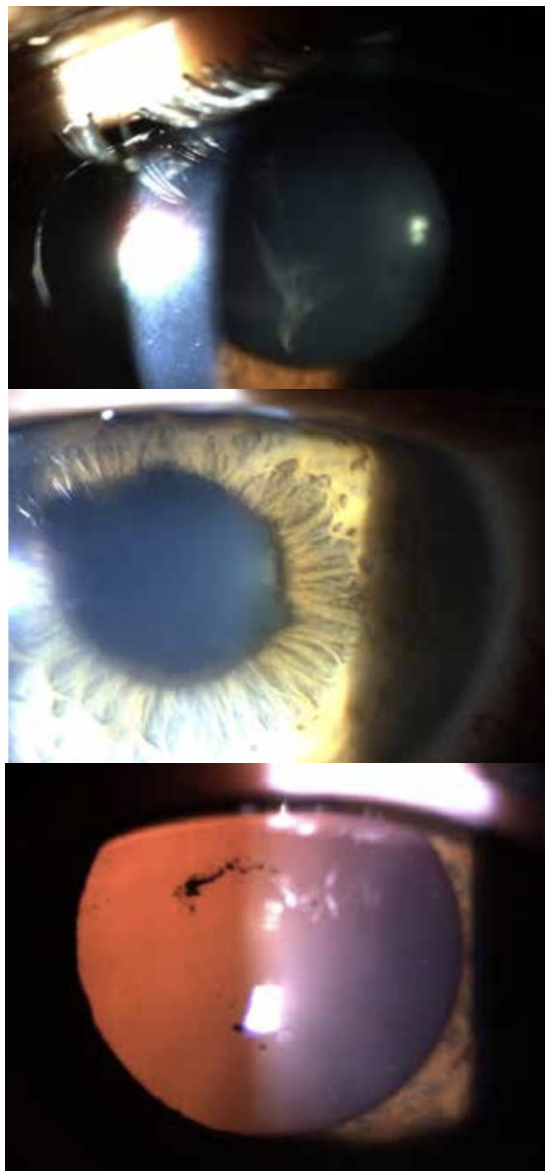
Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.13 Ceratite por diferentes agentes etiológicos



Legenda: (A) Ceratite por *Pseudomonas*. (B) Ceratite dendrítica por herpes simples. (C) Ceratite fúngica.
Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.15 Uveíte anterior.



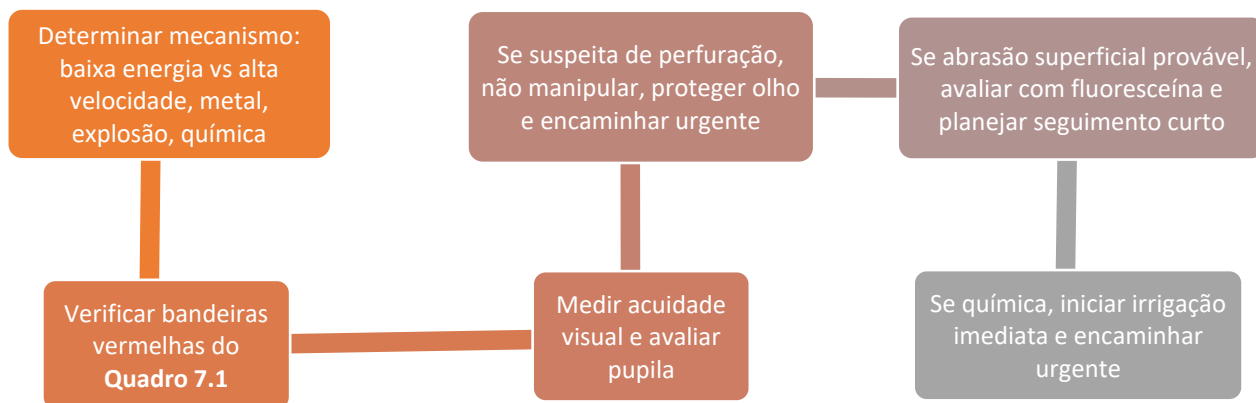
Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.15 Esclerite.



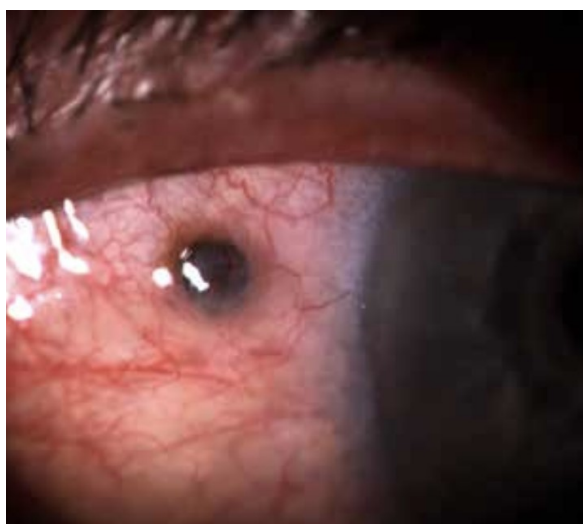
Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.16 Fluxo decisório para trauma ocular



Fonte: NICE [s.d.]; UNASUS, 2022.

Figura 7.17 Corpo estranho (chumbinho)



Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.18 Corpo estranho intracorneano.



Fonte: RAMALHO, 2015.

Queimadura química ocular: emergência absoluta e conduta inicial

Queimaduras químicas ameaçam a visão e exigem irrigação imediata. Materiais do NICE reforçam irrigação copiosa imediata com solução apropriada ou água na ausência, com encaminhamento urgente (NICE, [s.d.]). A AAO também enfatiza irrigação imediata mantendo pálpebras abertas, sem atrasos (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, [s.d.]).

Quadro 7.3 Conduta inicial reproduzível em queimadura química

● Iniciar irrigação imediata e contínua sem esperar avaliação completa
● Remover lente de contato se presente e facilmente removível
● Manter pálpebras abertas e irrigar copiosamente
● Encaminhar imediatamente para urgência oftalmológica enquanto mantém irrigação sempre que possível
● Registrar substância, tempo de exposição e medidas realizadas

Fonte: NICE, [s.d.]; AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, [s.d.]

Figura 7.19 Erosão da córnea por queimadura ocular



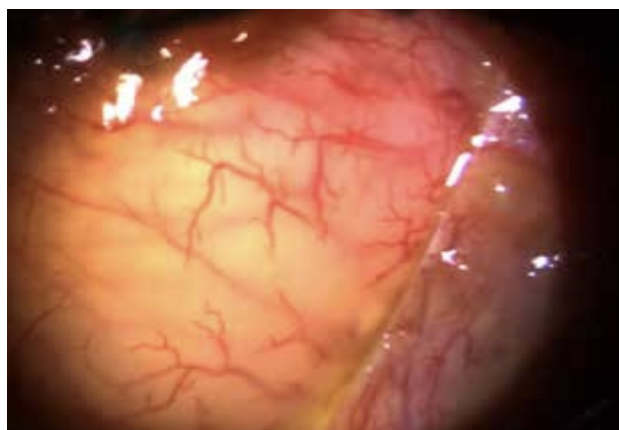
Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.20 Queimadura ocular



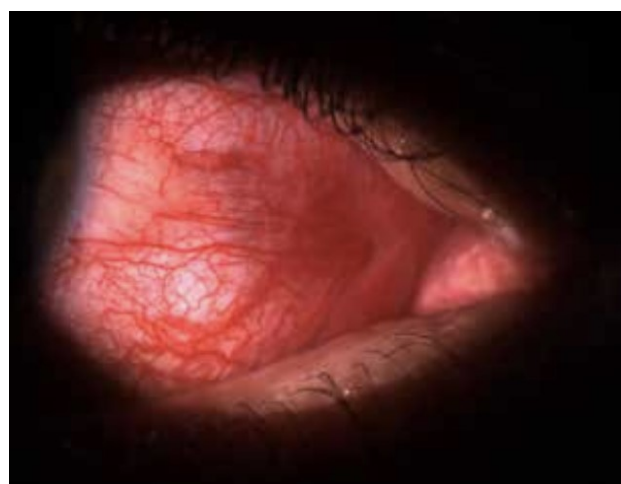
Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.21 Quemose acentuada após queimadura ocular



Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.22 Reação conjuntival na queimadura ocular



Fonte: RAMALHO, 2015.

Baixa visual súbita: algoritmo avançado de urgência

A APS deve tratar baixa visual súbita como urgência até prova em contrário. A distinção entre dolorosa e indolor é útil, mas não substitui encaminhamento rápido quando há perda significativa.

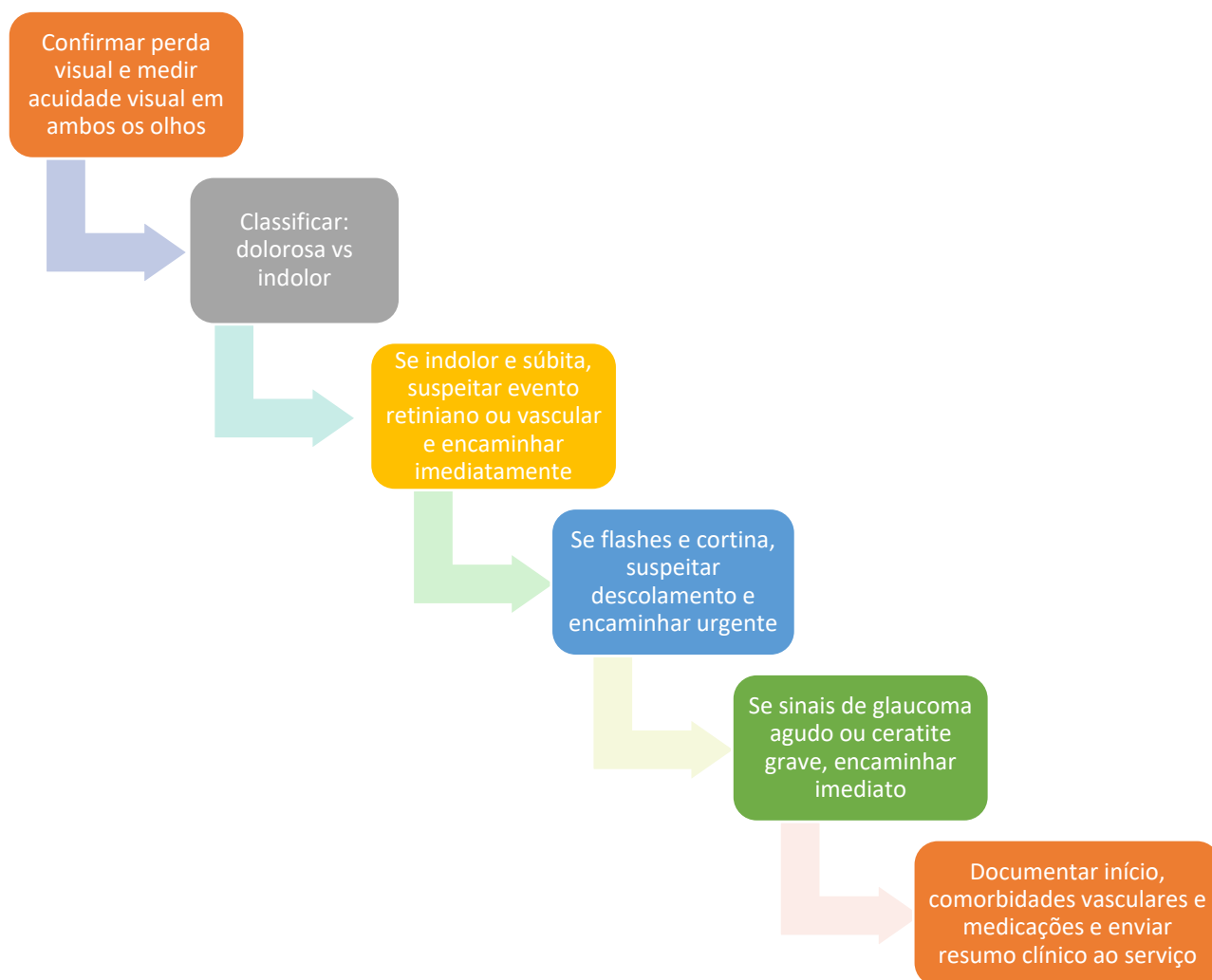
Suspeita de descolamento de retina

Flashes, moscas volantes novas e sombra tipo cortina devem gerar encaminhamento urgente para avaliação retiniana (RACGP, 2014; NHS, [s.d.]).

Suspeita de oclusão arterial retiniana

A AAO recomenda que oclusão arterial retiniana aguda sintomática receba encaminhamento imediato para centro de referência de AVC para avaliação e prevenção secundária (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2024). A *American Heart Association* posiciona oclusão de artéria central da retina como emergência com necessidade de abordagem sistêmica semelhante a AVC (MAC GRORY *et al.*, 2021). O fluxo operacional está descrito na **Figura 7.23**.

Figura 7.23 Baixa visual súbita: fluxo de urgência



Fonte: AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2024; MAC GRORY *et al.*, 2021; RACGP, 2014.

Queixas comuns de baixa gravidade: manejo avançado e prevenção de recorrência

Blefarite e disfunção de glândulas meibomianas

Causa frequente de irritação, ardor e sensação de areia. O manejo de longo prazo é mais importante que intervenções pontuais, e a APS deve orientar rotina e reconhecer quando há complicações como ceratite marginal ou recorrência intensa com impacto funcional (**Figura 7.24 e 7.25**) (UFMG, 2016; UNASUS, 2022).

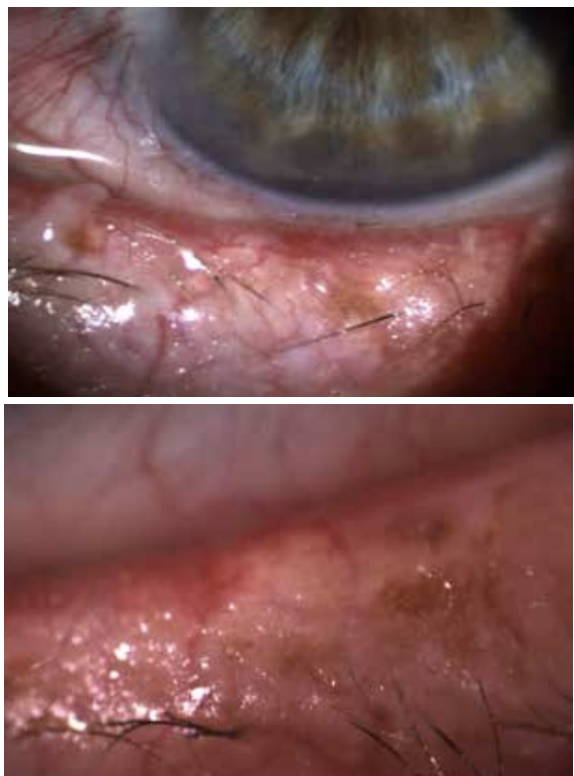
Figura 7.24 Blefarite seborreica



Legenda: Crostas melicéricas na base dos cílios da pálpebra inferior.

Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.25 Disfunção das glândulas de Meibomius



Fonte: RAMALHO, 2015.

Hordéolo e calázio

Geralmente benignos, mas recorrências podem indicar blefarite ou rosácea ocular (**Figura 7.26**).

Figura 7.26 Hordéolo



Fonte: RAMALHO, 2015.

Figura 7.27 Calázio



Fonte: RAMALHO, 2015.

Olho seco

Muito comum, especialmente em telas, envelhecimento e uso de certos medicamentos. A APS deve diferenciar olho seco de ceratite e uveíte e, em persistência, coordenar seguimento e avaliação especializada conforme impacto e falha terapêutica (UFMG, 2016).

Doenças crônicas com impacto ocular: papel longitudinal da APS (Tabela 7.3)

Retinopatia diabética

A AAO reforça que o exame de fundo de olho dilatado é padrão-ouro para rastreamento, e que imagem digital validada pode ser efetiva para detecção em programas estruturados, o que é particularmente relevante para modelos de APS com teleoftalmologia (LIM *et al.*, 2025). No Brasil, documentos técnicos sobre retinopatia diabética estruturam recomendações para cuidado e organização do acompanhamento e tratamento (BRASIL, 2020).

Glaucoma e suspeita de glaucoma

A APS contribui com identificação de fatores de risco, adesão a tratamento quando prescrito e vigilância de efeitos adversos e acesso a colírios, mas o diagnóstico e o acompanha-

mento específico exigem avaliação oftalmológica. Diretrizes de glaucoma da AAO são referência para condutas especializadas e reforçam a importância de acompanhamento estruturado e prevenção de progressão (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2025).

Tabela 7.3 Cuidado longitudinal ocular na APS

Condição	Papel da APS	Elementos críticos
Diabetes	garantir rastreio e adesão	convocação ativa e registro de exame ocular
Glaucoma	apoiar adesão e acesso	avaliar uso real, efeitos e barreiras
Uso crônico de corticoide	reconhecer risco	coordenar vigilância oftalmológica
Idoso frágil	prevenir perda funcional	encaminhamento oportuno em baixa visual

Fonte: BRASIL, 2020; LIM *et al.*, 2025; AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2025)

Comunicação e encaminhamento: como aumentar qualidade e reduzir “vai e volta”

O encaminhamento de urgência deve incluir informações que mudam conduta: acuidade visual, presença de fotofobia, uso de lente de contato, fluoresceína positiva, opacidade corneana, pupila e tempo de início. Isso reduz atrasos e melhora tomada de decisão no serviço de destino. O conteúdo deve seguir o **Quadro 7.4**.

Quadro 7.4 Encaminhamento: mínimo essencial

● Queixa principal e tempo de início
● Acuidade visual em cada olho
● Dor e fotofobia
● Uso de lente de contato
● Achados de córnea e fluoresceína
● Pupila e padrão de hiperemia
● Trauma ou química
● Condutas já realizadas
● Comorbidades relevantes e medicações

Fonte: NICE, [s.d.]; BMJ Best Practice, 2025; UFMG, 2016.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. Bacterial Keratitis Preferred Practice Pattern®. 2024. Disponível em: <https://www.aao.org/Assets/6dd86c3a-c71f-44c8-aec1-fd833faca6d2/638434423305070000/bacterial-keratitisppp-pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. Irrigation of chemical burns. s.d. Disponível em: <https://www.aao.org/education/image/irrigation-of-chemical-burns>. Acesso em: 23 fev. 2026.

AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. Retinal and Ophthalmic Artery Occlusions Preferred Practice Pattern®. 2024. Disponível em: <https://www.aao.org/education/preferred-practice-pattern/retinal-ophthalmic-artery-occlusions-ppp>. Acesso em: 23 fev. 2026.

AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. Primary Open-Angle Glaucoma Preferred Practice Pattern®. 2025. Disponível em: <https://www.aao.org/education/preferred-practice-pattern/primary-open-angle-glaucoma-ppp>. Acesso em: 23 fev. 2026.

BMJ BEST PRACTICE. Assessment of red eye. 2025. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/496/pdf/496.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Retinopatia Diabética. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/pcdt_retinopatia_diabetica_cp_12_2020.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

HAYNES, A.B. *et al.* A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine*, v. 360, p. 491-499, 2009.

LIM, J.I. *et al.* Diabetic Retinopathy Preferred Practice Pattern®. *Ophthalmology*, v. 132, n. 4, p. P75-P162, 2025.

MAC GRORY, B. *et al.* Management of Central Retinal Artery Occlusion: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*, v. 52, n. 6, p. e282-e294, 2021.

MIRANDA, B.A. *et al.* Importância do diagnóstico diferencial de olho vermelho não traumático na atenção primária: uma revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 31, p. e-31202, 2021.

NHS. Detached retina (retinal detachment). s.d. Disponível em: <https://www.nhs.uk/conditions/detached-retina-retinal-detachment/>. Acesso em: 23 fev. 2026.

NICE. Red eye. Clinical Knowledge Summaries, s.d. Disponível em: <https://cks.nice.org.uk/topics/red-eye/>. Acesso em: 23 fev. 2026.

NICE. Corneal superficial injury. Clinical Knowledge Summaries, s.d. Disponível em: <https://cks.nice.org.uk/topics/corneal-superficial-injury/>. Acesso em: 23 fev. 2026.

RACGP. Flashes and floaters: a practical approach to assessment and management. *Australian Family Physician*, 2014. Disponível em: <https://www.racgp.org.au/afp/2014/april/flashes-and-floaters>. Acesso em: 23 fev. 2026.

RAMALHO, A. Atlas de oftalmologia. 1. ed. Loures: Théa Portugal, 2015.

RHEE, M.K. *et al.* Bacterial Keratitis Preferred Practice Pattern®. *Ophthalmology*, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38349295/>. Acesso em: 23 fev. 2026.

UFMG. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Oftalmologia na Atenção Básica à Saúde. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2016. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Oftalmologia-na-ABS-2016.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

UNASUS. Abordagem a problemas de olhos e visão. 2022. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/30011/1/Eixo%2004%20-%20M%C3%B3dulo%2024%20-20Abordagem%20a%20problemas%20de%20olhos%20e%20visao.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Surgical Safety Checklist. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598590-eng-checklist.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.