

Tosse na Emergência: Protocolo Rápido de Abordagem

Guia visual em 5 passos para diagnóstico, identificação de red flags e **prescrição racional** (Tempo de leitura: < 5 minutos).

Público-Alvo: Médicos da APS, Pronto-Socorro e Equipes de Sala Vermelha.



A tosse é um reflexo de proteção mecânica, não um diagnóstico isolado.

A Função Primária: Preservar a permeabilidade das vias aéreas, eliminar secreções e evitar broncoaspiração quando há falha do sistema mucociliar.

Inputs (Aferentes)

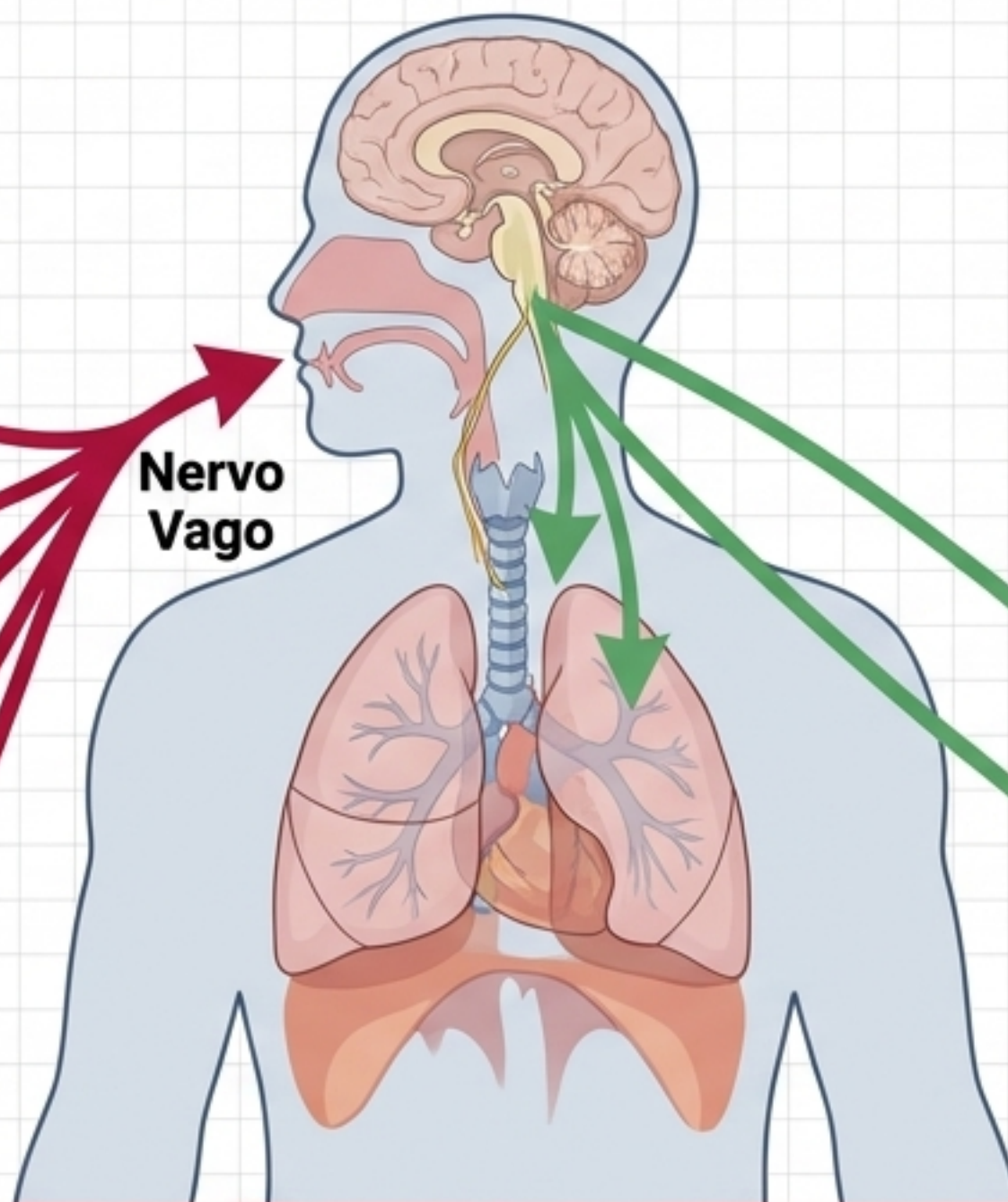
Faringe
Esôfago / Estômago
Laringe / Traqueia / Brônquios
Pleura / Diafragma
Coração / Pericárdio

Nervo Vago

Outputs (Eferentes)

Glote

Diafragma e Músculos Intercostais



Pérola Clínica: Suprimir a tosse indiscriminadamente (sem investigar a causa) pode favorecer a retenção de secreções graves e mascarar a evolução da doença base.

O Protocolo de Atendimento em 5 Passos

-  **1 Procurar Red Flags**
(Identificar sinais de gravidade e manejo imediato)
-  **2 Classificar pela Duração**
(Aguda, subaguda ou crônica)
-  **3 Identificar a Síndrome Dominante**
(Infecciosa, hiper-reatividade, refluxo, etc)
-  **4 Uso Racional de Imagem**
(Investigar apenas se o resultado modificar a conduta)
-  **5 Conduta e Prescrição**
(Tratar a causa, aliviar o sintoma e programar reavaliação)

Passo 1: Busca Ativa por Critérios de Alerta Vermelho (Red Flags)



Hemoptise (Sempre exige investigação imediata)



Idade 55-80 anos com carga tabágica ≥ 30 maços-ano



Fumante > 45 anos com tosse nova ou modificada



Pneumonias recorrentes ou alteração anormal no exame respiratório



Sintomas sistêmicos (perda ponderal, sudorese, anorexia)



Rouquidão persistente



Edema periférico, ganho de peso, ortopneia ou turgência jugular

A presença de qualquer Red Flag exige investigação, observação e bloqueia a prescrição puramente sintomática.

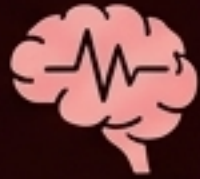
Alerta de Sala Vermelha: Acionamento do Protocolo ABCDE



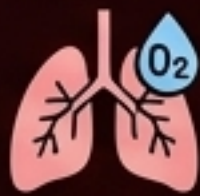
Critical Triggers



- **Instabilidade hemodinâmica**



- **Alteração aguda do sensório**



- **Hipoxemia** (Queda da saturação de O₂)



- **Exaustão ou esforço respiratório severo**



- **Dor torácica suspeita de SCA** (Síndrome Coronariana Aguda) ou TEP

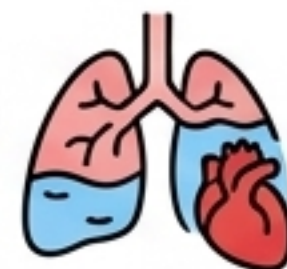
Directives



Pneumonia Grave: Requer internação e monitorização.

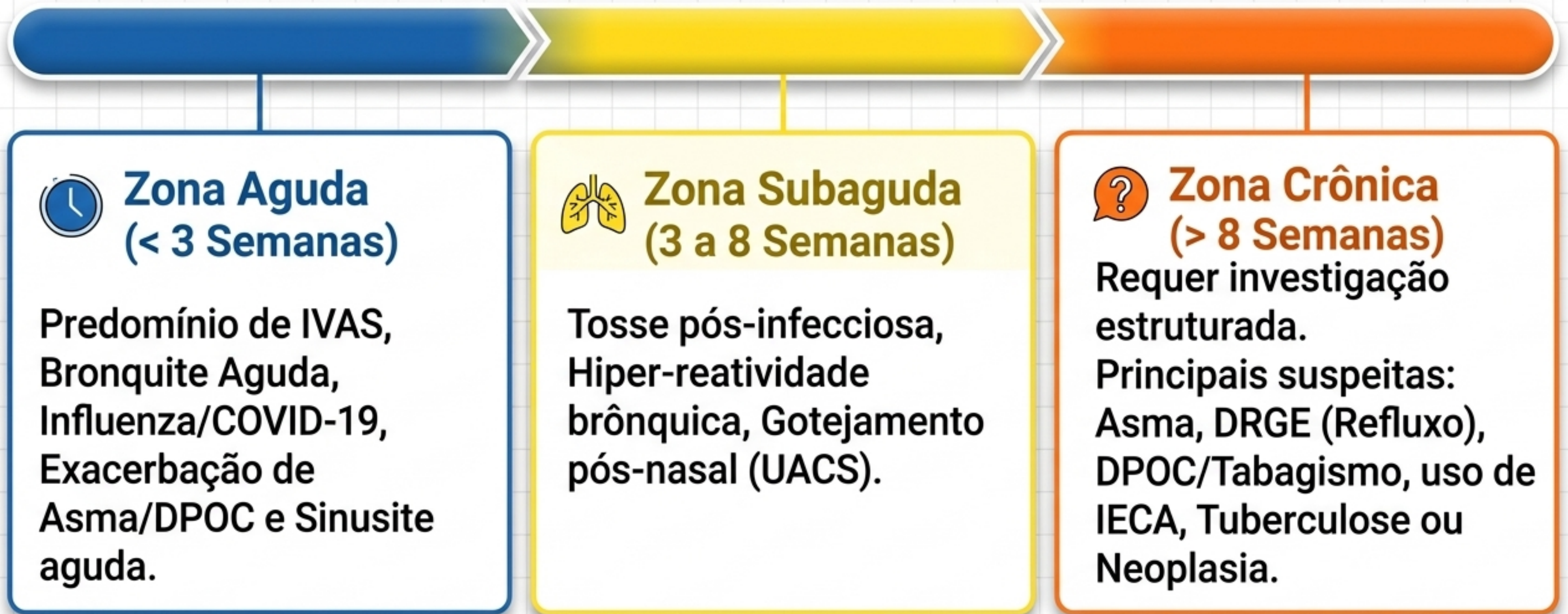


Suspeita de TEP: Dispneia súbita + **taquicardia** + **hipoxemia** = investigar imagem hospitalar.



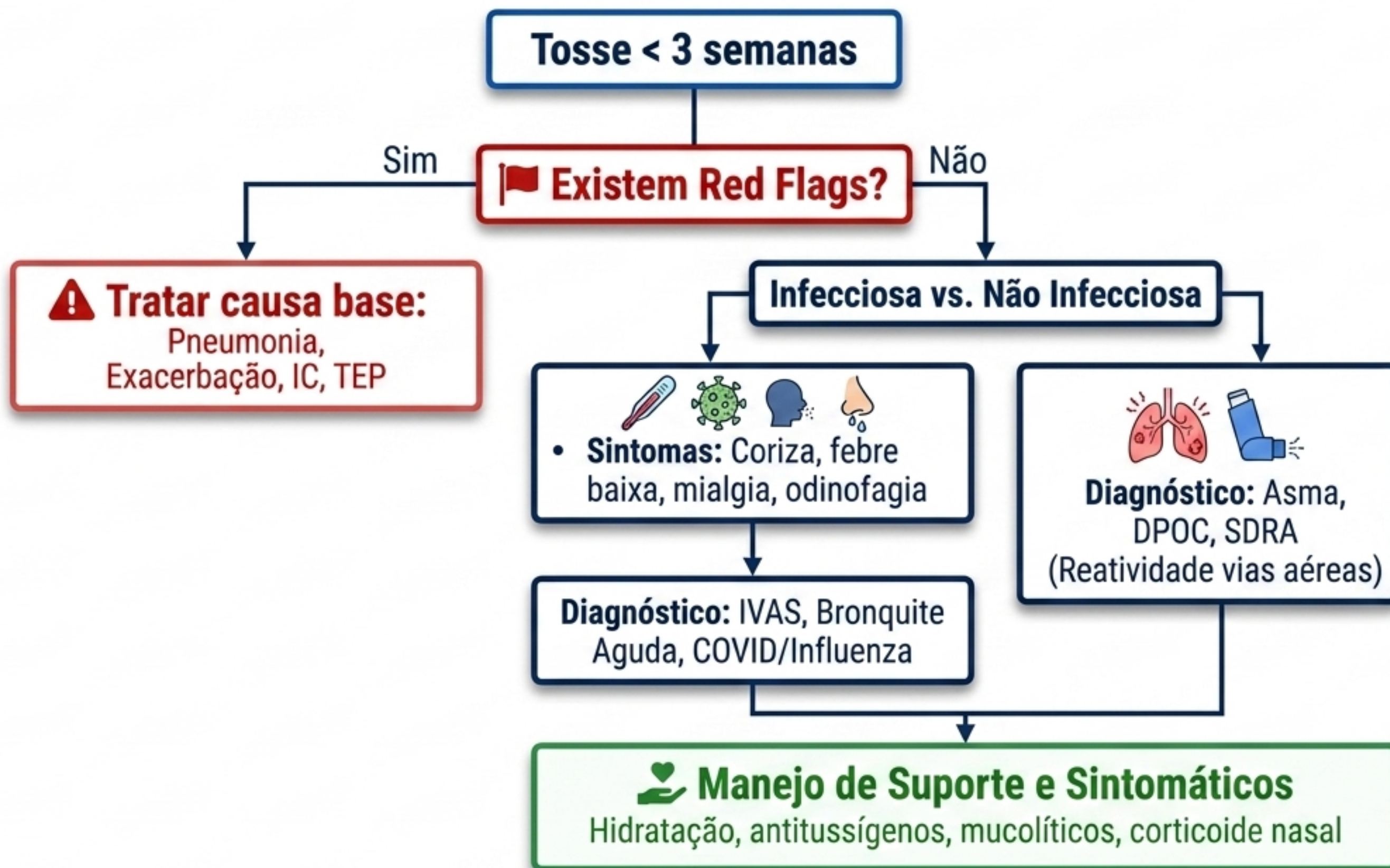
Edema Agudo de Pulmão (EAP): Não confundir e **não** tratar como bronquite!

Passo 2: A Classificação Temporal Direciona o Diagnóstico

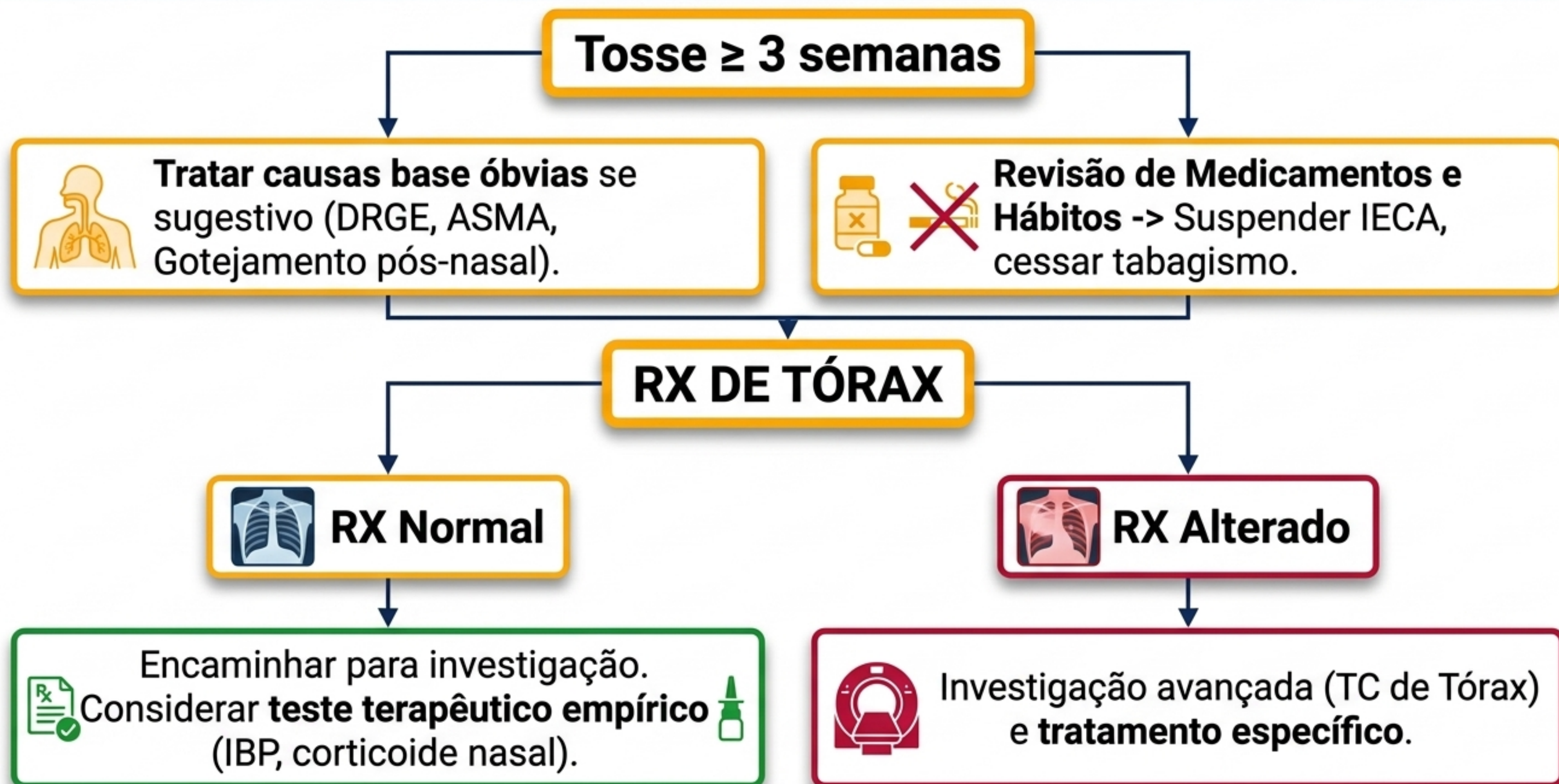


Atenção na APS! Para fins de protocolo municipal, tosse ultrapassando 3 semanas já sinaliza forte necessidade de reavaliação ampliada e radiografia de tórax.

Passo 3: Fluxograma Mental para Tosse Aguda (< 3 semanas)



Passo 3: Fluxograma Mental para Tosse Persistente (≥ 3 semanas)



Passo 4: O Uso Racional da Radiografia de Tórax



Princípio: Solicite RX de tórax SOMENTE quando o resultado tiver potencial real para modificar a conduta clínica do paciente.



QUANDO SOLICITAR



Tosse persistente por mais de 3 semanas



Tabagismo importante ou mudança de padrão da tosse no tabagista



Presença de **QUALQUER** Red Flag



Suspeita de neoplasia



Suspeita clínica de Pneumonia, Tuberculose ou IC



Falha terapêutica ou evolução atípica



Tomografia Computadorizada (TC) **NÃO** deve ser solicitada rotineiramente se o RX e exame físico são normais na emergência.

Passo 5: Matriz de Condutas Práticas por Síndrome

Síndrome	Conduta Essencial (O que Fazer) ✓	Armadilhas (O que NÃO Fazer) ✗
Bronquite Aguda 	Explicar duração, hidratação, dextrometorfano/codeína se tosse severa.	Antibiótico rotineiro; Corticoide sistêmico.
IVAS (Resfriado) 	Higiene nasal, analgesia, anti-histamínicos, levodropropizina.	Excesso de xaropes combinados.
Síndrome da Tosse da Via Aérea Superior (UACS) 	Corticoide nasal (Budesonida), lavagem nasal, dextrometorfano.	—
Hiper-reatividade Pós-Viral 	Broncodilatador apenas se presença de sibilos; considerar corticoide oral se refratário.	—

Arsenal Farmacológico: Seleção de Antitussígenos

Ação Periférica

Primeira Linha

- **Levodropropizina (60mg 8/8h)** - Vantagem: Não causa sonolência. ✓
- **Dropropizina (30mg 6/6h)** - Não sedativa. ✓

Ação Central Não-Opioide

Monitorar

- **Dextrometorfano (30mg 6/6h)** - Melhor evidência científica. Atenção: Evitar com IMAO/ISRS (risco de síndrome serotoninérgica). ⚠
- **Clobutinol** - Risco: Aumenta intervalo QT. ⚠

Uso de Exceção

Opioides

- **Codeína (30mg 6/6h)** - Efeitos adversos severos: Sonolência, constipação, dependência. Não usar como tratamento rotineiro.



Arsenal Farmacológico: Mucolíticos e Adjuvantes



Farmacológico



Guaifenesina (200mg 4/4h)

Um dos mais estudados. Benefício modesto. Exige hidratação adequada.



N-Acetilcisteína (200-400mg 8/8h)

Alerta crítico: Evitar em pacientes com dificuldade ou incapacidade de expectorar (risco de afogamento em secreção).



Bromexina / Xarope de Guaco

Verificar padronização e contraindicações locais.

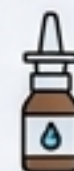


Corticoide Nasal



Salbutamol (100-200mcg 4/4h)

Regra de ouro: Prescrever SOMENTE se houver presença de sibilos!



Corticoide Nasal (Budesonida)

Essencial para componente de vias aéreas superiores.



Anti-histamínicos (Dexclorfeniramina)

Primeira geração tem maior efeito anticolinérgico, útil para secar secreção pós-nasal, mas causa sedação.

Erros Frequentes e Armadilhas na Emergência

O Mito do Escarro



Escarro purulento isoladamente **NÃO** significa infecção bacteriana e **NÃO** indica antibiótico para bronquite aguda.

O Erro Vital



Avaliar o paciente sem aferir a frequência respiratória e a saturação de O₂.

A Ilusão Sintomática



Avaliar o paciente sem aferir a frequência respiratória e a saturação de O₂.

Polifarmácia Respiratória



Associar vários xaropes, antitussígenos e expectorantes **sem revisar princípios ativos** e sobreposição de efeitos.

Negligência Tabágica



Ignorar a história de tabagismo em pacientes com tosse nova.

Checklist Final: Alta Segura ou Regulação



Segurança para Alta

- ☐ Saturação de O2 adequada e estável.
- ☐ Sem sinais de insuficiência respiratória ou exaustão.
- ☐ Sem hemoptise ou suspeita de sepse/TEP.

Orientação ao Paciente:

A tosse viral pode durar semanas.
Retornar **IMEDIATAMENTE** se houver febre nova, dispneia, confusão mental ou sangue no escarro.



Critérios de Regulação/CROSS

Acionar regulação para avaliação especialista/imagem avançada quando houver:

- Pneumonia Grave / Hipoxemia persistente.
- Suspeita de TEP ou EAP.
- Massa pulmonar suspeita ou Derrame pleural volumoso.
- Hemoptise de grande volume.