



PREFEITURA DE
ITARIRI
O NOVO TEMPO



TOSSE

NA EMERGÊNCIA

PROTOCOLO MUNICIPAL
DE ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO



DIAGNOSTICAR
Correta avaliação
clínica



IDENTIFICAR
Causas e
Red Flags



TRATAR
De forma segura
e racional



PREVENIR
Complicações
e agravamentos

CLASSIFICAÇÃO

- ✓ **TOSSE AGUDA** (< 3 SEMANAS)
- ✓ **TOSSE SUBAGUDA** (3-8 SEMANAS)
- ✓ **TOSSE CRÔNICA** (> 8 SEMANAS)

ATENÇÃO: RED FLAGS

- ✓ Hemoptise
- ✓ Perda de peso
- ✓ Tabagismo > 45 anos
- ✓ Sintomas sistêmicos
- ✓ Rouquidão persistente
- ✓ Pneumonia recorrente
- ✓ Alterações no exame



ASMA



DPOC



IVAS



INFECIOSAS



REFLUXO



OUTRAS CAUSAS



“A TOSSE É UM SINTOMA.
O MAIS IMPORTANTE É IDENTIFICAR A CAUSA
E TRATAR COM SEGURANÇA.”

EVIDÊNCIA • SEGURANÇA • QUALIDADE • HUMANIZAÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI

DEPARTAMENTO DE SAÚDE



TOSSE NA EMERGÊNCIA

Abordagem diagnóstica, red flags e tratamento baseado em evidências



**PREFEITURA DE
ITARIRI**
O NOVO TEMPO



**PROTOCOLO MUNICIPAL
TOSSE NA EMERGÊNCIA**
ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO



SUMÁRIO

	CAPÍTULO	TÓPICO	DESCRIÇÃO
	1	Introdução	Importância da tosse na emergência e objetivos de aprendizagem.
	2	Fisiologia da tosse	Mecanismos de defesa, sistema mucociliar e arco reflexo.
	3	Classificação temporal	Tosse aguda, subaguda e crônica segundo diretrizes.
	4	Red flags	Sinais de alerta que exigem investigação e manejo imediatos.
	5	Abordagem da tosse aguda	Fluxograma, causas frequentes e diagnóstico diferencial.
	6	Tosse subaguda e crônica	Causas tratáveis, exames e investigação dirigida.
	7	Manejo farmacológico	Princípios gerais e seleção racional de medicamentos.
	8	Antitussígenos	Fármacos periféricos e centrais: indicações e precauções.
	9	Mucolíticos	Mecanismos, indicações e limitações dos principais agentes.
	10	Outras medicações	Broncodilatadores, corticoides e anti-histamínicos.
	11	Condutas práticas	Protocolos por etiologia: abordagem passo a passo.
	12	Caso clínico comentado	Caso aplicado à prática com raciocínio clínico e conduta.
	13	Pérolas da emergência	Pontos-chave para decisões rápidas e seguras.
	14	Erros frequentes	Armadilhas comuns e como evitá-las.
	15	Mensagens finais	Resumo prático em cinco passos e considerações finais.
	16	Aplicação municipal	Algoritmo municipal, recursos e fluxos assistenciais.
		Anexos	Checklists, orientações ao paciente e indicações de exames.
		Referências	Evidências e diretrizes utilizadas na elaboração do protocolo.

PÚBLICO-ALVO

Médicos da APS e do Pronto-Socorro, residentes, internos, enfermeiros de urgência e equipes de Sala Vermelha.

1. INTRODUÇÃO

A **tosse** é um dos motivos mais frequentes de procura por atendimento na Atenção Primária e na urgência. Em muitos pacientes representa uma **resposta transitória a infecção viral**; em outros, é a primeira **manifestação de pneumonia, exacerbação de asma ou DPOC, insuficiência cardíaca, embolia pulmonar, tuberculose, neoplasia ou aspiração**. A segurança do atendimento depende menos da escolha imediata de um xarope e mais de uma avaliação clínica organizada.

O **objetivo inicial** é reconhecer gravidade, determinar a duração, identificar a síndrome clínica dominante e selecionar exames apenas quando capazes de modificar a conduta. O escarro amarelado ou esverdeado isoladamente **não comprova** infecção bacteriana. Da mesma forma, a ausência de febre **não exclui** doença grave em idosos, imunossuprimidos ou pessoas com comorbidades.


PREFEITURA DE ITARIRI
O NOVO TEMPO
 
SAÚDE ITARIRI
CUIDANDO DA NOSSA GENTE

PROTOCOLO MUNICIPAL
ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO


TOSSE NA EMERGÊNCIA

1. INTRODUÇÃO

A tosse é um dos motivos mais frequentes de procura por atendimento na **Atenção Primária e na urgência**. Em muitos pacientes representa uma resposta transitória a infecção viral; em outros, é a primeira manifestação de **pneumonia, exacerbação de asma ou DPOC, insuficiência cardíaca, embolia pulmonar, tuberculose, neoplasia ou aspiração**. A segurança do atendimento depende menos da escolha imediata de um xarope e mais de uma **avaliação clínica organizada**.

O objetivo inicial é reconhecer gravidade, determinar a duração, identificar a síndrome clínica dominante e selecionar exames apenas quando capazes de modificar a conduta. O **escarro amarelado ou esverdeado isoladamente não comprova infecção bacteriana**. Da mesma forma, a **ausência de febre não exclui doença grave** em idosos, imunossuprimidos ou pessoas com comorbidades.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

 Classificar a tosse
  Reconhecer red flags
  Construir diagnóstico diferencial
  Indicar radiografia e outros exames de forma racional
  Tratar causas frequentes
  Selecionar sintomáticos com segurança
  Orientar retorno, encaminhamento e transferência


LEMBRE-SE: A avaliação clínica completa e a identificação de sinais de gravidade salvam vidas.
Tratar a causa, e não apenas o sintoma.

01

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Classificar a tosse; reconhecer red flags; construir diagnóstico diferencial; indicar radiografia e outros exames de forma racional; tratar causas frequentes; selecionar sintomáticos com segurança; orientar retorno, encaminhamento e transferência.

Conceitos Fundamentais da Tosse

TOSSE

→ É um reflexo de defesa da via aérea
PROTEÇÃO

- eliminação de secreções
- proteção contra broncoaspiração
- defesa quando há disfunção ciliar

→ Porém, compõe o quadro clínico de diversas doenças:



Figura 1. Reflexo da tosse e seus mecanismos fisiológicos.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Classificar a tosse; reconhecer red flags; construir diagnóstico diferencial; indicar radiografia e outros exames de forma racional; tratar causas frequentes; selecionar sintomáticos com segurança; orientar retorno, encaminhamento e transferência.

2. FISILOGIA DA TOSSE

A tosse é um reflexo protetor destinado a preservar a permeabilidade das vias aéreas, remover secreções e reduzir o risco de broncoaspiração. O epitélio respiratório, o muco e o batimento ciliar constituem a primeira linha de depuração. Quando partículas, secreções ou mediadores inflamatórios superam essa barreira, receptores periféricos disparam o arco reflexo da tosse.

2.1 Sistema mucociliar

O ar inspirado é filtrado, aquecido e umidificado. Partículas aderem ao muco e são deslocadas em direção à faringe. Tabagismo, infecções virais, desidratação, doenças ciliares e alterações estruturais reduzem essa eficiência. Nesses cenários, a tosse torna-se um mecanismo compensatório importante; suprimi-la indiscriminadamente pode favorecer retenção de secreções.

2.2 Arco reflexo

Receptores mecânicos e quimiossensíveis localizam-se na laringe, traqueia, carina e árvore brônquica. Estímulos na faringe, esôfago, pleura, pericárdio e diafragma também podem ativar vias aferentes, principalmente vagais. O tronco encefálico integra a resposta, modulada pelo córtex, e envia comandos à glote, ao diafragma, aos músculos intercostais e à parede abdominal.



**PREFEITURA DE
ITARIRI**
O NOVO TEMPO



**SAÚDE
ITARIRI**
CUIDANDO DA NOSSA GENTE

PROTOCOLO MUNICIPAL
ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

TOSSE NA EMERGÊNCIA

2. FISILOGIA DA TOSSE

A tosse é um reflexo protetor destinado a preservar a permeabilidade das vias aéreas, remover secreções e reduzir o risco de broncoaspiração. O epitélio respiratório, o muco e o batimento ciliar constituem a primeira linha de depuração. Quando partículas, secreções ou mediadores inflamatórios superam essa barreira, receptores periféricos disparam o arco reflexo da tosse.

2.1 SISTEMA MUCIOCILAR

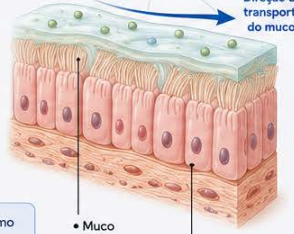
O ar inspirado é filtrado, aquecido e umidificado. Partículas aderem ao muco e são deslocadas em direção à faringe.

FATORES QUE REDUZEM A EFICIÊNCIA:

- Tabagismo
- Infecções virais
- Desidratação
- Doenças ciliares
- Alterações estruturais

DEPURAÇÃO MUCIOCILAR

Direção do transporte do muco

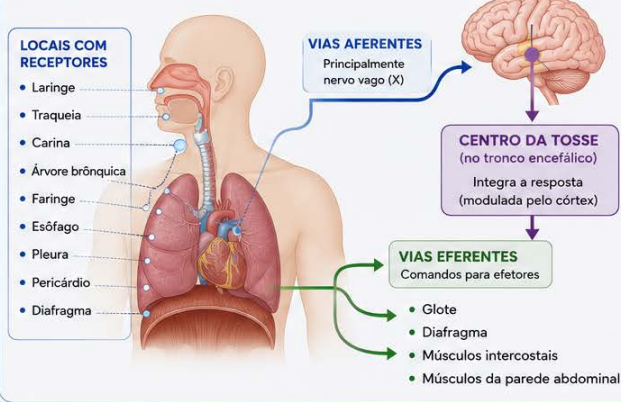


• Muco
Cílios em batimento
Epitélio respiratório

i Nesses cenários, a tosse torna-se um mecanismo compensatório importante; suprimi-la indiscriminadamente pode favorecer retenção de secreções.

2.2 ARCO REFLEXO DA TOSSE

Receptores mecânicos e quimiossensíveis localizam-se na laringe, traqueia, carina e árvore brônquica. Estímulos na faringe, esôfago, pleura, pericárdio e diafragma também podem ativar vias aferentes, principalmente vagais.



LOCAIS COM RECEPTORES

- Laringe
- Traqueia
- Carina
- Árvore brônquica
- Faringe
- Esôfago
- Pleura
- Pericárdio
- Diafragma

VIAS AFERENTES
Principalmente nervo vago (X)

CENTRO DA TOSSE
(no tronco encefálico)
Integra a resposta (modulada pelo córtex)

VIAS EFERENTES
Comandos para efetores

- Glote
- Diafragma
- Músculos intercostais
- Músculos da parede abdominal

FUNÇÕES DA TOSSE



Preservar a permeabilidade das vias aéreas



Remover secreções e partículas inaladas



Reduzir o risco de broncoaspiração



Responder a mediadores inflamatórios e irritantes



Mecanismo protetor essencial à defesa respiratória

Fase	Mecanismo
Inspiratória	Entrada de ar e aumento do volume pulmonar.
Compressiva	Fechamento glótico com elevação da pressão intratorácica.
Expulsiva	Abertura súbita da glote e fluxo expiratório de alta velocidade.

PÉROLA CLÍNICA

A tosse pode ser voluntariamente iniciada ou parcialmente suprimida, mas a persistência do estímulo periférico tende a vencer o controle cortical.

3. CLASSIFICAÇÃO TEMPORAL

Classificação da Tosse

Figura 2. Classificação temporal da tosse e sinais de alerta.

Categoria	Duração no adulto	Interpretação prática
Aguda	Menos de 3 semanas	Predomínio de IVAS, bronquite aguda, influenza/COVID-19 e exacerbações.
Subaguda	3 a 8 semanas	Tosse pós-infecciosa, hiper-reatividade, coqueluche, asma, UACS e outras causas.
Crônica	Mais de 8 semanas	Requer investigação estruturada de asma, UACS, refluxo, tabagismo/DPOC, IECA e doenças pulmonares.

A classificação temporal não substitui a avaliação de gravidade. Uma tosse com poucas horas de evolução pode representar embolia pulmonar ou edema agudo de pulmão; uma tosse crônica pode sofrer exacerbação aguda por pneumonia. Em crianças, os pontos de corte e o diagnóstico diferencial são distintos, devendo ser utilizado protocolo pediátrico específico.

TOSSE

dr.mariot

DURAÇÃO

- **AGUDA:** < 3 semanas
- **SUBAGUDA:** 3 a 8 semanas
- **CRÔNICA:** > 8 semanas

[Evidence-Based Medicine]

CHEST

Classification of Cough as a Symptom in
Adults and Management Algorithms
CHEST Guideline and Expert Panel Report



Richard S. Irwin, MD, Master FCCP; Cynthia L. French, PhD, RN, ANP-BC, FCCP; Anne B. Chang, MBBS, PhD, MPH;
Kenneth W. Altman, MD, PhD; on behalf of the CHEST Expert Cough Panel™

ATENÇÃO

Para fins deste material, “tosse com mais de 3 semanas” sinaliza necessidade de reavaliação ampliada e, na realidade municipal, forte consideração de radiografia de tórax. Tosse crônica no adulto é definida, em geral, como duração superior a 8 semanas.

4. RED FLAGS

Red flags são achados que aumentam a probabilidade de doença relevante e exigem investigação, observação, encaminhamento ou transferência. Elas não constituem diagnóstico isolado; devem ser interpretadas com sinais vitais, exame físico, idade, comorbidades e contexto epidemiológico.

Red flag	Significado clínico e ação
Hemoptise	Investigar neoplasia, tuberculose, pneumonia, bronquiectasia, TEP e outras causas; quantificar e avaliar estabilidade.
Tosse nova ou mudança em tabagista	Considerar neoplasia, DPOC, infecção e doença cardiovascular; indicar imagem conforme contexto.
Rouquidão persistente	Avaliar doença laríngea, lesão do nervo laríngeo recorrente e neoplasia.
Febre, calafrios ou toxemia	Aumentam suspeita de pneumonia, influenza, COVID-19, sepse ou outra infecção.
Dispneia, hipoxemia ou esforço	Prioridade de estabilização; pensar em pneumonia, asma/DPOC grave, IC, TEP e pneumotórax.
Edema, ganho ponderal, ortopneia	Sugere congestão e insuficiência cardíaca.
Perda ponderal ou sudorese noturna	Investigar tuberculose, neoplasia e doença sistêmica.
Pneumonias recorrentes	Considerar aspiração, obstrução, bronquiectasia e imunodeficiência.
Vômitos pós-tosse/paroxismos	Pode sugerir coqueluche; avaliar gravidade e epidemiologia.
Exame respiratório anormal	Crepitações, silêncio auscultatório, sopro tubário, assimetria ou sinais de derrame modificam a investigação.

ALERTA DE SALA VERMELHA

Instabilidade hemodinâmica, alteração do sensório, hipoxemia, exaustão respiratória, hemoptise volumosa, dor torácica sugestiva de SCA/TEP ou sinais de edema agudo exigem abordagem ABCDE e tratamento da causa, não prescrição sintomática isolada.

RED FLAGS

CRITÉRIOS DE ALERTA VERMELHO



Hemoptise



Fumante > 45 anos com tosse nova ou alteração da tosse



Rouquidão persistente



Sintomas sistêmicos



Edema periférico com ganho de peso



Vômitos recorrentes



Pneumonia recorrente



Exame respiratório ou radiografia anormal



Idade 55-80 anos com ≥30 maços-ano de tabagismo

5. ABORDAGEM DA TOSSE AGUDA

Fluxograma da Tosse Aguda

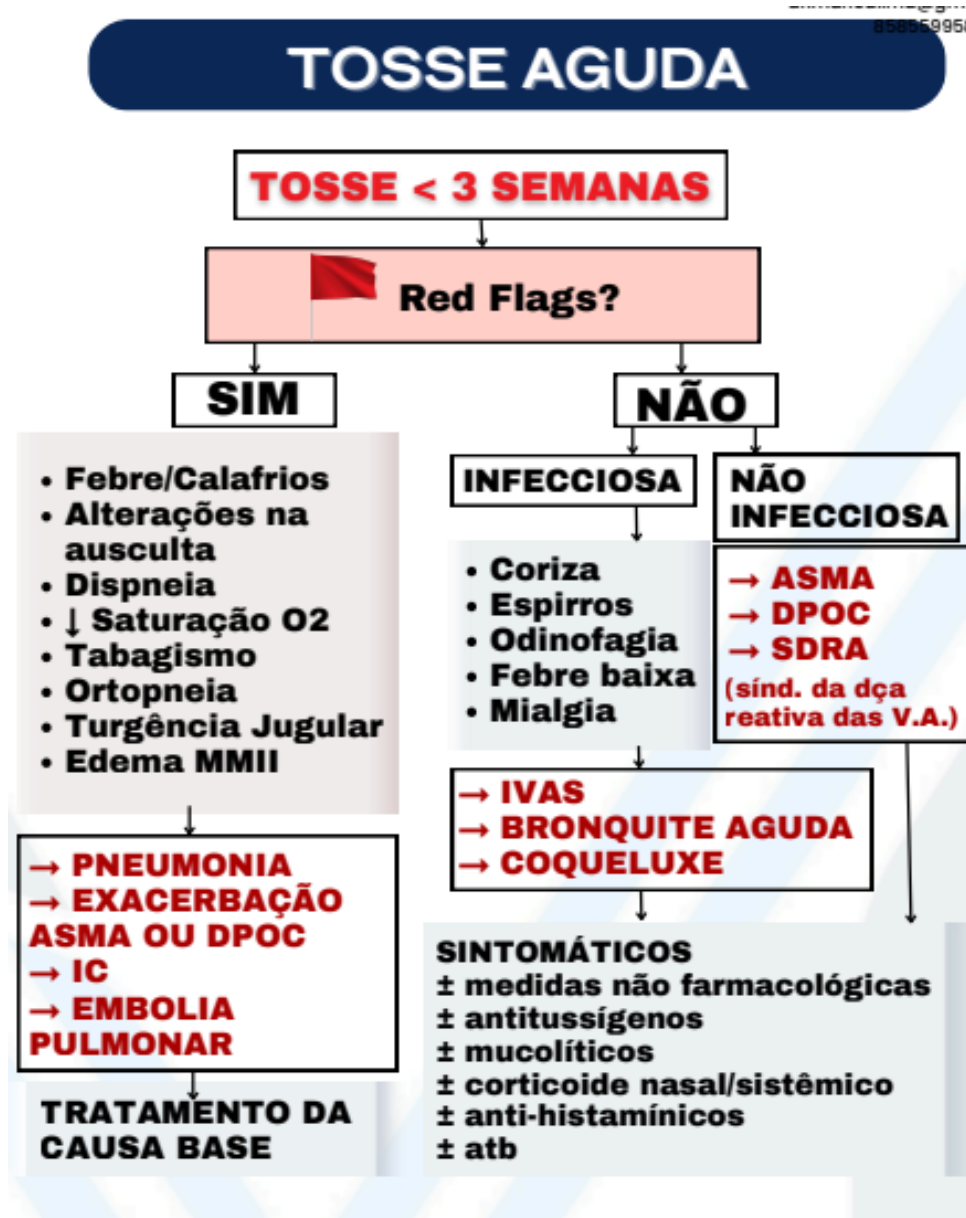


Figura 3. Algoritmo de abordagem da tosse aguda.

5.1 Avaliação inicial

- Início, evolução, caráter seco ou produtivo e impacto no sono/alimentação.
- Febre, calafrios, dispneia, dor torácica, hemoptise, síncope, sibilos e sintomas de vias aéreas superiores.
- Tabagismo, asma, DPOC, cardiopatia, tromboembolismo prévio, imunossupressão e exposições.
- Medicamentos, especialmente IECA; contato com influenza, COVID-19, coqueluche ou tuberculose.
- Sinais vitais, saturação, estado geral, trabalho respiratório, ausculta pulmonar e sinais de congestão.

5.2 Causas infecciosas

IVAS e bronquite aguda são predominantemente virais. Coriza, espirros, odinofagia, mialgia e febre baixa apoiam etiologia viral. Influenza e COVID-19 devem ser consideradas conforme circulação, epidemiologia e

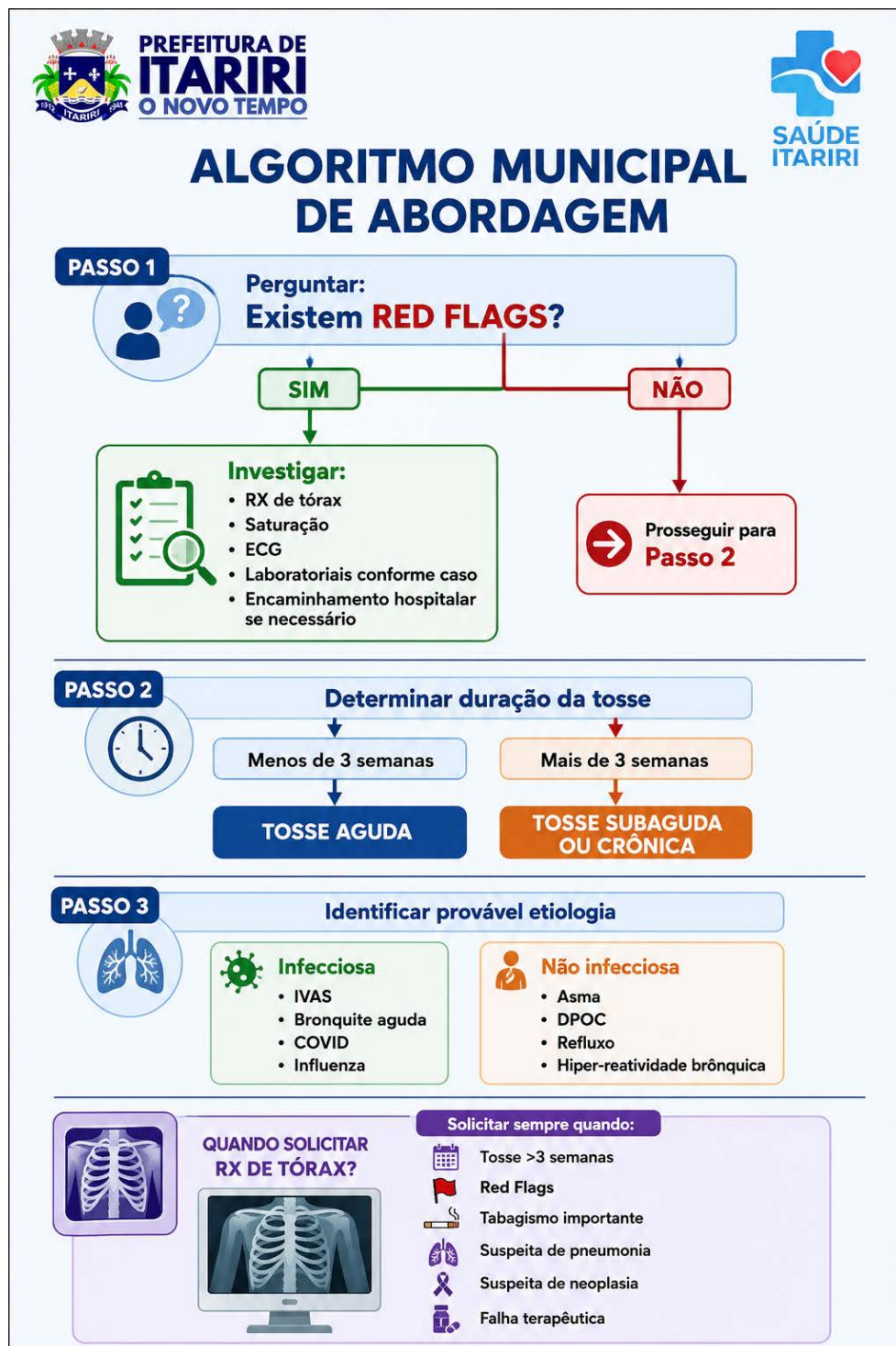
critérios locais. Pneumonia torna-se mais provável diante de febre persistente, taquipneia, hipoxemia, toxemia ou achados focais na ausculta.

5.3 Causas não infecciosas

Sibilância e dispneia sugerem asma, DPOC ou hiper-reatividade pós-viral. Tosse súbita associada a dispneia, dor pleurítica, taquicardia ou fatores de risco exige avaliação para TEP. Ortopneia, turgência jugular, estertores e edema periférico sugerem insuficiência cardíaca. Refluxo e medicamentos são menos prováveis em quadros muito agudos, mas podem coexistir.

ANTIBIÓTICOS

Não prescrever antibiótico de rotina para bronquite aguda não complicada. A cor do escarro, isoladamente, não diferencia etiologia viral de bacteriana.



6. TOSSE SUBAGUDA E CRÔNICA

Fluxograma da Tosse Subaguda e Crônica

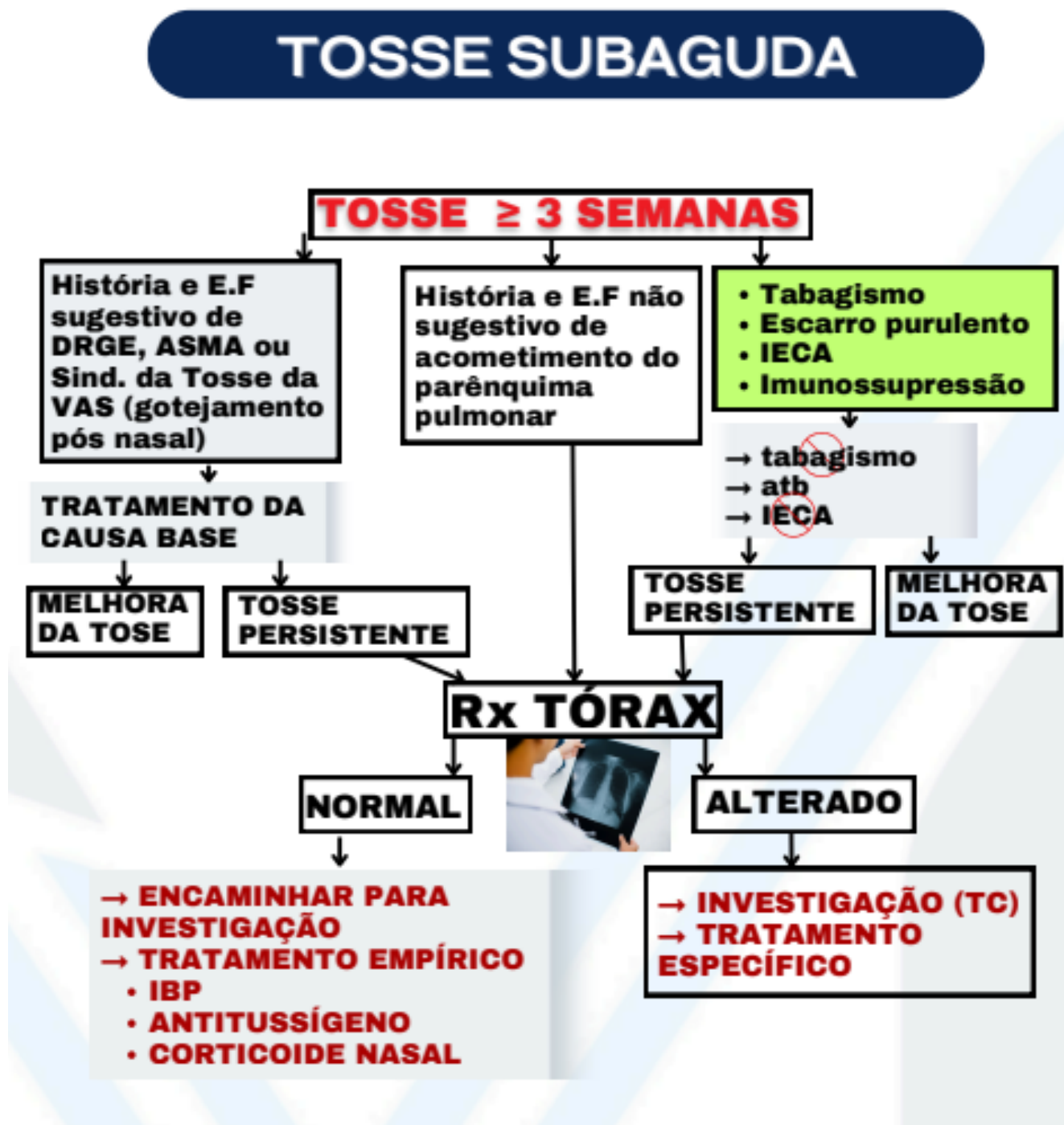


Figura 4. Investigação da tosse persistente.

A tosse persistente exige uma história clínica mais ampla e revisão sistemática de causas tratáveis. Deve-se perguntar sobre exposição ao tabaco, uso de IECA, rinite e sinusopatia, asma, DPOC, sintomas de refluxo, aspiração, tuberculose, ocupação, imunossupressão e neoplasia. A radiografia de tórax é um exame inicial importante quando a tosse ultrapassa três semanas na realidade assistencial descrita, especialmente se houver tabagismo, falha terapêutica ou qualquer red flag.

6.1 Principais fenótipos tratáveis

Fenótipo	Pistas clínicas	Próximo passo
Síndrome da tosse das vias aéreas superiores	Congestão nasal, pigarro, rinorreia, sensação de secreção, rinite	Tratamento nasal dirigido e reavaliação.
Asma/bronquite eosinofílica	Sibilos, variabilidade, sintomas noturnos, atopia	Espirometria; prova terapêutica conforme protocolo.
DPOC/tabagismo	Exposição, dispneia progressiva, expectoração	Espirometria após estabilização e manejo específico.
Refluxo	Pirose, regurgitação, relação com refeições/decúbito	Medidas comportamentais; tratar refluxo documentado ou sintomático.
IECA	Início após captopril, enalapril ou similar	Substituir quando clinicamente possível e observar resolução.

6.2 Exames

A tomografia não deve ser solicitada rotineiramente quando radiografia e exame físico são normais. Ela é reservada para alteração radiográfica, suspeita de doença intersticial, bronquiectasia, neoplasia, complicação ou tosse refratária sem diagnóstico. Espirometria é central na suspeita de asma ou DPOC. Broncoscopia é exame especializado para obstrução, corpo estranho, hemoptise, lesão endobrônquica, coleta dirigida ou investigação de casos selecionados.


**PREFEITURA DE
ITARIRI**
O NOVO TEMPO
 
**SAÚDE
ITARIRI**
CUIDANDO DA NOSSA GENTE


**PROTOCOLO MUNICIPAL
TOSSE NA EMERGÊNCIA**
ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

6.1 PRINCIPAIS FENÓTIPOS TRATÁVEIS

FENÓTIPO	PISTAS CLÍNICAS	PRÓXIMO PASSO
 Síndrome da tosse das vias aéreas superiores	Congestão nasal, pigarro, rinorreia, sensação de secreção, rinite	→ Tratamento nasal dirigido e reavaliação.
 Asma/bronquite eosinofílica	Sibilos, variabilidade, sintomas noturnos, atopia	→ Espirometria; prova terapêutica conforme protocolo.
 DPOC/tabagismo	Exposição, dispneia progressiva, expectoração	→ Espirometria após estabilização e manejo específico.
 Refluxo	Pirose, regurgitação, relação com refeições/decúbito	→ Medidas comportamentais; tratar refluxo documentado ou sintomático.
 IECA	Início após captopril, enalapril ou similar	→ Substituir quando clinicamente possível e observar resolução.

6.2 EXAMES


TOMOGRAFIA
Não deve ser solicitada rotineiramente quando radiografia e exame físico são normais. É reservada para alteração radiográfica, suspeita de doença intersticial, bronquiectasia, neoplasia, complicação ou tosse refratária sem diagnóstico.


ESPIROMETRIA
É central na suspeita de asma ou DPOC. Avaliar obstrução, resposta broncodilatadora e variabilidade, orientando tratamento e seguimento.


BRONCOSCÓPIA
Exame especializado para obstrução, corpo estranho, hemoptise, lesão endobrônquica, coleta dirigida ou investigação de casos selecionados.


EXAMES DEVEM SER SOLICITADOS COM OBJETIVO CLARO: RESULTADOS QUE MODIFICAM A CONDUTA DO PACIENTE.


7. ALGORITMO MUNICIPAL DE ABORDAGEM

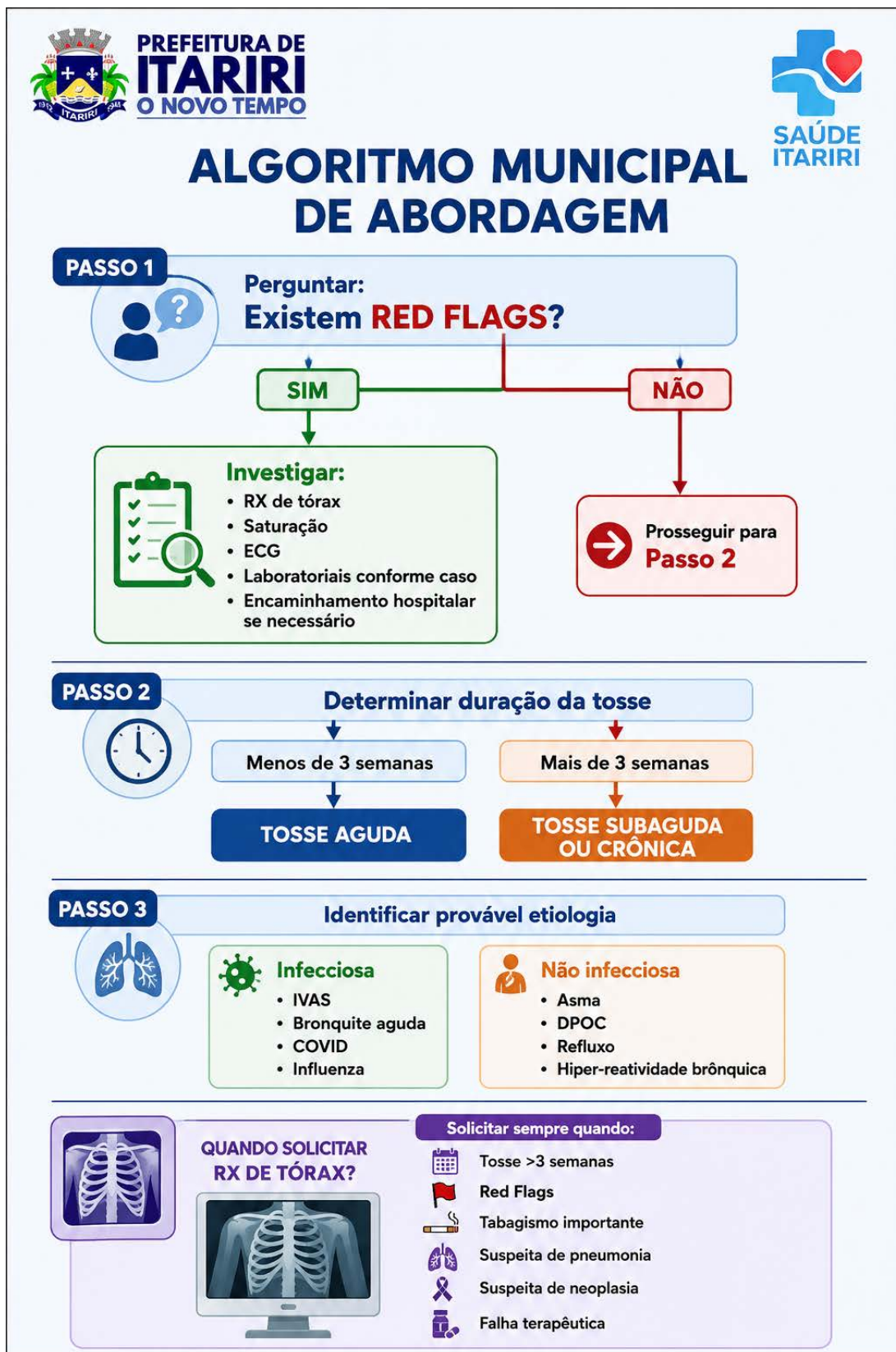


Figura 5. Fluxograma municipal simplificado para atendimento da tosse.

O algoritmo municipal organiza a decisão em três perguntas: existem red flags? qual a duração da tosse? qual a etiologia provável? Esse modelo reduz a chance de tratar apenas o sintoma e facilita a comunicação entre APS, Pronto-Socorro e regulação.

ALGORITMO DESCRITIVO

PASSO 1: procurar red flags e estabilizar. PASSO 2: classificar como aguda, subaguda ou crônica. PASSO 3: identificar padrão infeccioso, obstrutivo, cardíaco, gastrointestinal, medicamentoso ou neoplásico. PASSO 4: solicitar exames que mudem conduta. PASSO 5: tratar a causa, oferecer alívio responsável e definir prazo de reavaliação.

8. MANEJO FARMACOLÓGICO



Figura 6. Principais grupos terapêuticos utilizados.

Medicamentos sintomáticos podem ser considerados depois da exclusão razoável de causas graves e da definição do contexto clínico. O benefício costuma ser modesto e deve ser ponderado contra sedação, interações, retenção de secreção, risco de quedas, constipação e uso inadequado. Hidratação, cessação do tabagismo, higiene nasal, mel em adultos e maiores de um ano, umidificação ambiental adequada e educação sobre a duração esperada do quadro são componentes relevantes.

PRINCÍPIO DE SEGURANÇA

Não associar múltiplos antitussígenos ou combinações comerciais sem revisar princípios ativos. Evitar duplicidade, sedação cumulativa e exposição desnecessária.

9. ANTITUSSÍGENOS

dr.marioalima@gmail.com
85855995887

ANTITUSSÍGENOS

→ **AÇÃO PERIFÉRICA**

DROPROPIZINA

- 30mg (10ml) 3-4 x AO DIA

LEVODROPROPIZINA

- 60mg (10ml) 3x AO DIA

→ **AÇÃO CENTRAL**

NÃO OPIOIDE

DEXTROMETORFANO

- 30mg (15ml) 3-4 x AO DIA

CLOPERASTINA

- 3,54mg/ml 3x AO DIA (10ml + 10ml + 20ml)

CLOBUTINOL

- 4mg/ml (10ml) 4 x AO DIA

APREPITANTO

- 125mg D1; 80mg D2 e D3

OPIOIDE

CODEÍNA

- 30mg (10ml) 4 x AO DIA



• Evitar com IMAO/ISRS
(risco de síndrome serotoninérgica)

• Risco ↑ int. QT

• Sonolência
• Constipação
• Dependência

Figura 7. Antitussígenos periféricos e centrais.

Antitussígenos periféricos reduzem a excitabilidade de receptores das vias aéreas; os centrais modulam circuitos do tronco encefálico. A evidência para tosse aguda viral é limitada e heterogênea. A escolha deve considerar intensidade, caráter da tosse, presença de secreção, atividades que exigem atenção e comorbidades.

Fármaco/classe	Uso possível	Principais cautelas
Dropropizina/levodropropizina	Tosse seca selecionada; menor efeito central	Conferir idade, formulação, contraindicações e disponibilidade.
Dextrometorfano	Tosse seca incômoda em adultos selecionados	Sedação; interação serotoninérgica com IMAO e outros fármacos; risco de abuso.
Cloperastina	Opção em alguns mercados	Sedação e efeitos anticolinérgicos; revisar bula.
Clobutinol	Não deve ser opção rotineira	Histórico de preocupação com prolongamento de QT e retirada regulatória em mercados.
Codeína/opioides	Situações muito selecionadas, frequentemente paliativas	Sedação, depressão respiratória, constipação, dependência e restrições legais; evitar uso rotineiro.
Aprepitanto	Uso investigacional/especializado	Não é terapia padrão de tosse aguda; custo e interações.

ATENÇÃO

A imagem reproduz conteúdo da aula. A prescrição real deve seguir registro sanitário vigente, bula, protocolos locais e avaliação individual. Codeína e outros opioides não são tratamento rotineiro da tosse aguda viral.

10. MUCOLÍTICOS E EXPECTORANTES

dr.marioalima@gmail.com
85855995887

MUCOLÍTICOS



GUAIFENESINA
• 200mg (15ml) 4/4h



• UM DOS MAIS ESTUDADOS E UTILIZADOS NOS EUA



XAROPE DE GUACO
• 5ml 3x AO DIA



BROMEXINA
• 16mg (10ml) 3x AO DIA



CLORIDRATO DE AMBROXOL
• 30mg (5ml) 3x AO DIA

• METABÓLITO ATIVO DA BROMEXINA
• NÃO APROVADO PELO FDA



N-ACETILCISTEÍNA
• 200 - 400mg 3x AO DIA

• EVITAR EM PACIENTES COM DIFICULDADE DE EXPECTORAR

Figura 8. Principais mucolíticos utilizados na prática clínica.

Mucolíticos e expectorantes procuram reduzir viscosidade ou facilitar mobilização de secreções. O benefício em tosse aguda não complicada é variável. Não devem ser prescritos automaticamente para qualquer tosse produtiva. Em pessoas frágeis, acamadas, com tosse ineficaz, disfagia, cifose importante ou doença neuromuscular, o aumento do volume de secreção fluida pode piorar a retenção.

Agente	Comentário prático	Cautelas
Guaifenesina	Expectorante bastante utilizado; benefício modesto em alguns estudos	Hidratação, efeitos gastrointestinais, combinações comerciais.
Guaco	Fitoterápico disponível em alguns serviços	Evidência e padronização variáveis; conferir concentração e contraindicações.
Bromexina/ambroxol	Secretolíticos usados em vários países	Conferir faixa etária, formulação e segurança; evitar automedicação pediátrica.
N-acetilcisteína	Mucolítico; papel específico em algumas doenças respiratórias	Broncoespasmo, náusea; cautela se tosse ineficaz.

PÉROLA CLÍNICA

O problema não é apenas “afinar” o muco: o paciente precisa ter força, coordenação e capacidade para expectorar.

11. OUTRAS MEDICAÇÕES

dr.marioalima@gmail.com
 85855995887

OUTROS

SALBUTAMOL

- 100 - 200 mcg 4/4h



• somente se presença de sibilos

IPRATRÓPIO

- 40 gotas (= 0,5mg) 6/6h



• ação anticolinérgica



CORTICOIDE NASAL

- BUDESONIDA 50mcg/DOSE 2 aplicações em cada narina 2x/dia

ANTI-HISTAMÍNICO

- DEXCLORFENIRAMINA 2-4mg 3x AO DIA
- DOXALAMINA
- CLEMASTINA



• embora mais sedativos, têm efeitos anticolinérgicos mais fortes do que os agentes de segunda geração

Figura 9. Medicamentos adjuvantes no tratamento da tosse.

11.1 Salbutamol

Broncodilatador de curta ação deve ser reservado a broncoespasmo, sibilância ou doença obstrutiva com indicação clínica. Não há justificativa para uso rotineiro em tosse sem evidência de obstrução. Técnica inalatória e uso de espaçador são fundamentais.

11.2 Ipratrópio

O anticolinérgico inalatório pode ser útil em situações selecionadas, especialmente quando há componente obstrutivo ou tosse pós-infecciosa, mas não substitui o tratamento etiológico.

11.3 Corticoide nasal

É opção para rinite e síndrome da tosse das vias aéreas superiores. O início do efeito não é imediato; orientação de técnica e adesão melhora a resposta. Corticoide sistêmico não deve ser usado rotineiramente na bronquite aguda não complicada.

11.4 Anti-histamínicos

Podem ajudar quando há rinite ou componente de vias aéreas superiores. Os de primeira geração têm maior ação anticolinérgica, mas também mais sedação, risco de queda, retenção urinária e confusão, especialmente em idosos. A escolha deve ser individualizada.

12. CONDUTAS PRÁTICAS

CONDUTA PRÁTICA

→ BRONQUITE AGUDA

- DEXTROMETORFANO
- CODEÍNA
- GUAIFENASINA (CONTROVERSO)
- CORTICOIDE (PARECE NÃO TER BENEFÍCIO)
- NÃO PRESCREVER ATB DE ROTINA

→ SÍNDROME DA TOSSE DA VIA AÉREA SUPERIOR

- BUDESONIDA NASAL
- DEXTROMETORFANO
- GUAIFENASINA

→ SÍNDROME DA REATIVIDADE DAS VIAS AÉREAS

- CORTICOIDE ORAL
- DEXTROMETORFANO
- ANTI-HISTAMÍNICOS

→ IVAS

- LEVRODROPROPIZINA
- ANTI-HISTAMÍNICOS

Figura 10. Condutas práticas por etiologia.

Síndrome	Conduta essencial
Bronquite aguda	Excluir pneumonia e exacerbação obstrutiva; explicar duração; medidas de suporte; evitar antibiótico e corticoide sistêmico de rotina.
IVAS	Hidratação, analgesia/antitérmico quando necessário, higiene nasal e tratamento de rinite; considerar antitussígeno apenas se tosse seca incapacitante.
UACS	Corticoide nasal, lavagem nasal, controle de rinite e reavaliação.
Hiper-reatividade pós-viral	Pesquisar sibilos; broncodilatador apenas se broncoespasmo; considerar terapia anti-inflamatória conforme avaliação e protocolo.

CHECKLIST PRONTO-SOCORRO

1) Sinais vitais e saturação. 2) Red flags. 3) Ausculta e trabalho respiratório. 4) Duração. 5) Contexto infeccioso, obstrutivo, cardíaco, tromboembólico, medicamentoso e tabágico. 6) Exames apenas se indicados. 7) Orientações escritas e prazo de retorno.

13. CASO CLÍNICO COMENTADO

CASO CLÍNICO



PACIENTE GUMERCINDA, 48 ANOS, COM QUEIXA DE TOSSE HÁ 6 DIAS. TEVE FEBRE NO INÍCIO DO QUADRO E DOR OROFARÍNGEA NOS PRIMEIROS 2 DIAS. NEGA DOENÇAS PRÉVIAS.

RECEITA



1. DEXTROMETORFANO 15ml 4x DIA
(Antitussígeno)



2. GUAIFENESINA 15ml 4x DIA
(Expectorante)



3. SALBUTAMOL 100mcg 2 PUFFS
6/6h POR 5 DIAS
(Broncodilatador)

④ CODEÍNA 30mg (VO) 6/6h

LEVODROPROPIZINA 10mg 6/8h

Figura 11. Caso clínico aplicado à prática da emergência.

13.1 História e exame

Mulher de 48 anos com tosse há seis dias, febre apenas no início e dor orofaríngea nos primeiros dois dias. Encontra-se afebril, hidratada, sem esforço respiratório, com saturação preservada e sibilos finos difusos. Não apresenta edema, ortopneia, taquicardia importante ou sinais focais de consolidação.

13.2 Raciocínio clínico

A sequência temporal sugere infecção viral de vias aéreas superiores seguida de tosse pós-infecciosa e hiperreatividade. Pneumonia é menos provável pela estabilidade, ausência de febre atual, saturação normal e ausência de crepitações focais, embora o retorno deva ser orientado se houver piora. O sibilo justifica considerar broncodilatador de curta ação, após avaliar contraindicações e ensinar técnica.

13.3 Conduta comentada

- Explicar que tosse pós-viral pode persistir por duas a três semanas.
- Medidas de suporte e hidratação.
- Broncodilatador somente pelo broncoespasmo documentado.
- Antitussígeno pode ser discutido se tosse seca e incapacitante, após revisão de interações.
- Evitar antibiótico na ausência de pneumonia ou outra infecção bacteriana definida.
- Reavaliar se febre, dispneia, dor torácica, hemoptise, hipoxemia, piora do estado geral ou persistência além do esperado.

CORREÇÃO DE SEGURANÇA

A receita exibida na imagem é material da aula e não deve ser copiada automaticamente. Associações de antitussígenos, expectorantes e broncodilatadores precisam de indicação individual; opioides não devem ser acrescentados rotineiramente.

14. PÉROLAS DA EMERGÊNCIA

- A tosse é sintoma e reflexo protetor; trate a causa sempre que identificada.
- Escarro purulento isoladamente não indica antibiótico.
- Hemoptise é red flag até esclarecimento.
- Mudança da tosse habitual em tabagista exige investigação.
- Rouquidão persistente pode indicar doença laríngea ou torácica.
- Hipoxemia ou esforço respiratório mudam a prioridade para estabilização.
- Tosse, dispneia súbita e dor pleurítica exigem pensar em TEP.
- Ortopneia, edema e ganho ponderal sugerem insuficiência cardíaca.
- Bronquite aguda costuma ser viral e pode tossir por até três semanas.
- Salbutamol não é xarope para tosse; use apenas com broncoespasmo.
- Corticoide sistêmico não é rotina na bronquite aguda simples.
- Tosse após IVAS pode refletir hiper-reatividade ou UACS.
- IECA é causa clássica de tosse persistente.
- Radiografia normal não encerra investigação se houver red flags.
- TC não é exame rotineiro de toda tosse crônica com RX normal.
- Espirometria é essencial na suspeita de asma ou DPOC.
- Mucolítico pode ser prejudicial quando a tosse é ineficaz.
- Anti-histamínicos sedativos exigem cautela em idosos.
- Combinações comerciais favorecem duplicidade de princípios ativos.
- Orientação sobre duração e sinais de alarme reduz retorno inseguro.

15. ERROS FREQUENTES

- Prescrever xarope antes de avaliar red flags.
- Tratar escarro colorido como prova de bactéria.
- Deixar de medir saturação em paciente dispneico.
- Não auscultar ou não avaliar esforço respiratório.
- Ignorar tabagismo e alteração da tosse habitual.
- Não perguntar sobre IECA.
- Solicitar antibiótico de rotina para bronquite aguda.
- Usar salbutamol sem sibilância ou obstrução.
- Usar corticoide sistêmico indiscriminadamente.
- Associar vários antitussígenos sem revisar princípios ativos.
- Usar opioide como tratamento rotineiro.
- Prescrever mucolítico a paciente incapaz de expectorar.
- Solicitar TC como primeiro exame em toda tosse crônica.
- Não orientar duração provável e retorno.
- Confundir alívio sintomático com resolução diagnóstica.

16. MENSAGENS FINAIS

RESUMO EM CINCO PASSOS

1. Procurar red flags. 2. Classificar pela duração. 3. Identificar síndrome clínica dominante. 4. Investigar apenas quando o resultado modificar a conduta. 5. Tratar a causa, aliviar o sintoma com prudência e programar reavaliação.

O atendimento da tosse deve ser simples sem ser superficial. A maioria dos quadros agudos é benigna, mas a mesma queixa pode ocultar doenças graves. O profissional seguro reconhece o contexto, evita terapias de baixo valor, orienta a evolução esperada e cria uma rede de segurança para retorno.



PREFEITURA DE
ITARIRI
O NOVO TEMPO





16. MENSAGENS FINAIS

RESUMO EM CINCO PASSOS



1

PROCURAR RED FLAGS.

Identifique sinais de gravidade que exigem investigação e manejo imediato.



2

CLASSIFICAR PELA DURAÇÃO.

Aguda (< 3 semanas), subaguda (3–8 semanas) ou crônica (> 8 semanas).



3

IDENTIFICAR SÍNDROME CLÍNICA DOMINANTE.

Infecções, asma, DPOC, refluxo, IC, fármacos, neoplasias e outras causas.



4

INVESTIGAR APENAS QUANDO O RESULTADO MODIFICAR A CONDUTA.

Evite exames desnecessários. Solicite com objetivo claro.



5

TRATAR A CAUSA, ALIVIA O SINTOMA COM PRUDÊNCIA E PROGRAMAR REAVALIAÇÃO.

Orientar, estabelecer retorno e garantir segurança.

O atendimento da tosse deve ser simples sem ser superficial. A maioria dos quadros agudos é benigna, mas a mesma queixa pode ocultar doenças graves.

O profissional seguro reconhece o contexto, evita terapias de baixo valor, orienta a evolução esperada e cria uma rede de segurança para retorno.





PREVENIR • IDENTIFICAR • TRATAR • ORIENTAR • ACOMPANHAR

SEGURANÇA DO PACIENTE EM PRIMEIRO LUGAR

17. APLICAÇÃO MUNICIPAL EM ITARIRI

17.1 Atenção Primária

- Avaliar duração, red flags, tabagismo, medicamentos e sinais vitais.
- Manejar IVAS, bronquite aguda não complicada, rinite/UACS e casos estáveis.
- Solicitar RX para tosse persistente, tabagismo importante, falha terapêutica, suspeita de pneumonia/neoplasia ou red flags.
- Programar reavaliação e encaminhar para pneumologia quando houver persistência sem diagnóstico, espirometria alterada ou imagem suspeita.

17.2 Pronto-Socorro

- Priorizar ABCDE quando houver instabilidade, hipoxemia, esforço respiratório, hemoptise relevante ou alteração do sensório.
- Realizar ECG e exames laboratoriais quando houver suspeita cardíaca, tromboembólica ou sistêmica.
- Tratar pneumonia, asma/DPOC, insuficiência cardíaca, TEP e outras causas conforme protocolos próprios.
- Acionar regulação/CROSS quando o paciente necessitar de tomografia, broncoscopia, internação especializada ou suporte não disponível.

TEXTO SUGERIDO PARA REGULAÇÃO

Paciente com tosse [aguda/subaguda/crônica], associada a [red flags], sinais vitais [informar], exame pulmonar [informar], RX [resultado], tratamentos realizados e resposta [informar]. Necessita avaliação/transferência por suspeita de [diagnóstico], recurso indisponível localmente.

ANEXO 1 – CHECKLIST DE RED FLAGS

- Hemoptise
- Hipoxemia, dispneia ou esforço respiratório
- Febre persistente, calafrios ou toxemia
- Dor torácica, síncope ou início súbito
- Rouquidão persistente
- Perda ponderal, sudorese noturna ou anorexia
- Edema, ortopneia ou turgência jugular
- Pneumonias recorrentes
- Tabagista com tosse nova ou modificada
- Exame pulmonar focal ou muito anormal

ANEXO 2 – INDICAÇÕES PRÁTICAS DE RX DE TÓRAX

- Tosse persistente por mais de três semanas no contexto municipal
- Qualquer red flag
- Suspeita clínica de pneumonia
- Tabagismo importante ou mudança de padrão
- Falha terapêutica ou evolução atípica
- Suspeita de neoplasia, tuberculose ou insuficiência cardíaca

ANEXO 3 – ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

A tosse após infecção viral pode persistir por algumas semanas. Manter hidratação, evitar fumaça e irritantes, usar os medicamentos somente conforme prescrição e retornar imediatamente se houver falta de ar, febre persistente, dor torácica, sangue no escarro, confusão, queda da saturação, piora importante ou dificuldade para alimentar-se e hidratar-se.



PREFEITURA DE
ITARIRI
O NOVO TEMPO



TOSSE NA EMERGÊNCIA

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA, RED FLAGS E TRATAMENTO
BASEADO EM EVIDÊNCIAS



ANEXO 1 CHECKLIST DE RED FLAGS



Hemoptise



Hipoxemia, dispneia ou esforço respiratório



Febre persistente, calafrios ou toxemia



Dor torácica, síncope ou início súbito



Rouquidão persistente



Perda ponderal, sudorese noturna ou anorexia



Edema, ortopneia ou turgência jugular



Pneumonias recorrentes



Tabagista com tosse nova ou modificada



Exame pulmonar focal ou muito anormal



ATENÇÃO:

A presença de qualquer red flag requer investigação imediata.



ANEXO 2 INDICAÇÕES PRÁTICAS DE RX DE TÓRAX



Tosse persistente por mais de três semanas no contexto municipal



Qualquer red flag



Suspeita clínica de pneumonia



Tabagismo importante ou mudança de padrão



Falha terapêutica ou evolução atípica



Suspeita de neoplasia, tuberculose ou insuficiência cardíaca



PRINCÍPIO:

Solicitar RX somente quando o resultado tiver potencial para modificar a conduta clínica do paciente.



ANEXO 3 ORIENTAÇÕES AO PACIENTE



A tosse após infecção viral pode persistir por algumas semanas.



Manter hidratação adequada.



Evitar fumaça e irritantes ambientais.



Usar os medicamentos somente conforme prescrição médica.



RETORNAR IMEDIATAMENTE ou procurar serviço de saúde se houver:

- Falta de ar ou piora da respiração
- Febre persistente ou alta
- Dor torácica
- Sangue no escarro
- Confusão ou sonolência
- Queda da saturação de O₂
- Piora importante do estado geral
- Dificuldade para alimentar-se e hidratar-se



AVALIAR • INVESTIGAR • TRATAR • ORIENTAR • ACOMPANHAR
Segurança do paciente começa com uma avaliação clínica completa e criteriosa.



REFERÊNCIAS

1. Irwin RS, French CL, Chang AB, Altman KW. Classification of cough as a symptom in adults and management algorithms. Chest. 2018;153(1):196-209.
2. Morice AH, Millqvist E, Bieksiene K, et al. ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. Eur Respir J. 2020;55(1):1901136.
3. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2025 update.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD. 2025 report.
5. Smith MP, Lown M, Singh S, et al. Acute cough and bronchitis: evidence syntheses and clinical guidance. Cochrane Database and related systematic reviews.
6. BMJ Best Practice. Evaluation of chronic cough and acute bronchitis. Updated clinical topics.
7. UpToDate. Evaluation of subacute and chronic cough in adults; treatment of acute bronchitis in adults. Current clinical reviews.
8. Ministério da Saúde. Protocolos e diretrizes para síndromes respiratórias, tuberculose, influenza e COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde.
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Bulário eletrônico e situação regulatória de medicamentos. Brasília: Anvisa.

FONTES E LIMITAÇÕES

Esta apostila utiliza a transcrição da aula como fonte didática principal e diretrizes internacionais para revisão crítica. Não substitui julgamento clínico, protocolos específicos, bula, avaliação de interações ou atualização regulatória.