

CAPÍTULO 15

ABORDAGEM DE QUEIXAS RESPIRATÓRIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: TRIAGEM SINDRÔMICA, ESTRATIFICAÇÃO DE GRAVIDADE E MANEJO BASEADO EM EVIDÊNCIAS

JAIR LÚCIO VARDIERO FILHO¹
FILIPE MARQUES DE SOUZA¹
IRANA OLIVEIRA SOARES¹
LUIZA ROCHA PINTO COELHO²

¹Discente - Unifaminas, Muriaé, Minas Gerais, Brasil.

²Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: *Queixas Respiratórias; Estratificação de Gravidade; Manejo na Atenção Primária.*

INTRODUÇÃO

Queixas respiratórias estão entre os motivos mais frequentes de consulta na atenção primária à saúde (APS) e concentram grande parte das decisões que determinam desfechos clínicos relevantes, como internações evitáveis, exacerbações de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), uso inadequado de antibióticos, atraso diagnóstico de tuberculose e falhas na identificação de pneumonia grave. Em cenários de alta demanda, o risco não está apenas em “errar o diagnóstico”, mas em falhar na triagem de gravidade, em subestimar sinais de deterioração clínica, ou em conduzir de forma padronizada apenas pela queixa principal, sem integração sindrômica e sem plano de seguimento.

A abordagem contemporânea para queixas respiratórias na APS converge para três princípios: primeiro, diferenciar risco imediato de condições autolimitadas por meio de sinais clínicos e parâmetros objetivos, com papel central de oximetria, frequência respiratória e estado mental, sempre contextualizados; segundo, classificar o quadro por síndrome clínica e por probabilidade etiológica, evitando exames e antibióticos de baixo valor em cenários como tosse aguda e bronquite; terceiro, organizar um plano longitudinal para doenças crônicas de vias aéreas, com prevenção de exacerbações, técnica inalatória correta e ação escrita, alinhado às recomendações de asma e DPOC (GINA, 2025; NICE, 2019; NICE, 2025).

Diretrizes atuais reforçam que, em asma, o cuidado efetivo exige tratamento contendo corticoide inalatório e estratégias de manutenção e alívio com ICS-formoterol quando indicado, reduzindo exacerbações e dependência de SABA

isolado (GINA, 2025). Em pneumonia, recomenda-se avaliação estruturada de gravidade e início oportuno de antibiótico após estabelecer o diagnóstico, evitando tanto atraso terapêutico quanto antibiótico indiscriminado em quadros compatíveis com infecções de vias aéreas superiores e bronquite aguda (NICE, 2019; NICE, 2025; METLAY *et al.*, 2019). No Brasil, a APS também é eixo estratégico na identificação de tuberculose e na redução de transmissão, por meio de rastreio clínico, investigação padronizada e encaminhamento oportuno, conforme diretrizes nacionais (BRASIL, 2024).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada, prática e reprodutível para queixas respiratórias na APS, integrando triagem de gravidade, classificação sindrômica, manejo baseado em evidências para condições agudas e crônicas mais prevalentes, racionalidade no uso de antibióticos e corticoides, além de critérios claros de encaminhamento e seguimento longitudinal.

Triagem sindrômica e avaliação inicial reprodutível

A primeira tarefa do especialista na APS, diante de qualquer queixa respiratória, é responder se há risco imediato de deterioração, necessidade de oxigênio, sepse, insuficiência ventilatória, tromboembolismo pulmonar ou outra condição tempo-dependente. Essa etapa deve ser padronizada para reduzir variação clínica entre profissionais e turnos, e depende mais de avaliação estruturada do que de exames sofisticados.

Sinais de gravidade e necessidade de encaminhamento imediato (**Quadro 15.1**):

Quadro 15.1 Sinais de gravidade em queixas respiratórias (APS)

• Saturação periférica de oxigênio baixa em ar ambiente ou abaixo do basal do paciente com doença pulmonar, associada a desconforto ou fadiga respiratória (NICE, 2025).
• Taquipneia persistente, uso de musculatura acessória, incapacidade de falar frases completas, cianose, exaustão.
• Alteração de estado mental, sonolência, confusão, incapacidade de manter hidratação ou alimentação.
• Dor torácica intensa com instabilidade, síncope, sinais de choque, suspeita de tromboembolismo pulmonar ou síndrome coronariana aguda.
• Hemoptise significativa, estridor, suspeita de obstrução alta.
• Suspeita de sepse ou deterioração rápida em poucas horas (NICE, 2019; NICE, 2025).
• Exacerbação grave de asma com piora progressiva apesar de broncodilatador de resgate e sinais de fadiga (GINA, 2025).

Um ponto avançado importante é reconhecer limitações e vieses de medidas. Diretrizes recentes ressaltam que oxímetros podem ter menor acurácia em pessoas com pele pigmentada, exigindo interpretação clínica e reavaliação quando a medida não se alinha ao quadro (NICE, 2025). Na APS, a conduta segura é usar a oximetria como parâmetro, mas não substituir julgamento clínico quando há sinais de esforço respiratório, rebaixamento de consciência ou deterioração rápida (**Tabela 15.1**).

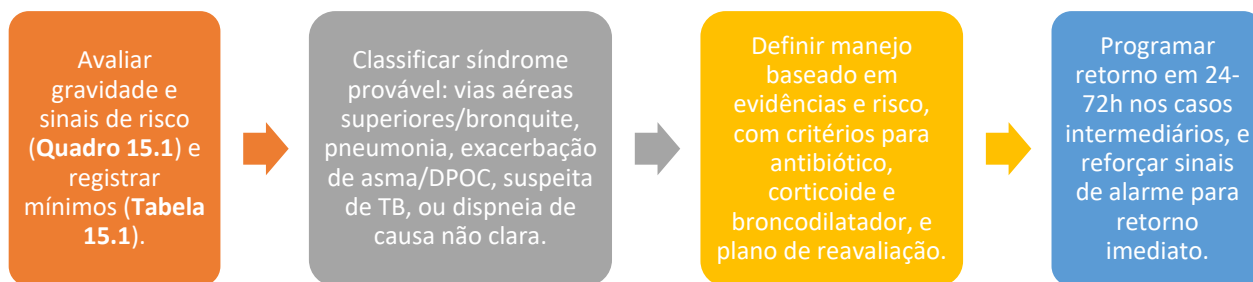
Tabela 15.1 Avaliação mínima padronizada em queixas respiratórias

Elemento	O que documentar	Por que muda conduta
Tempo e padrão	início, progressão, gatilhos, exposição, sazonalidade	diferencia agudo grave de crônico/exacerbação
Sintomas-chave	dispneia, febre, dor pleurítica, chiado, expectoração, hemoptise	orienta síndrome e risco
Sinais vitais	FR, FC, PA, temperatura	estratifica gravidade e sepse
Oximetria	SpO ₂ em ar ambiente e resposta ao repouso	define hipóxia e necessidade de encaminhamento
Exame pulmonar	sibilos, crepitações, assimetria, murmúrio vesicular	sugere asma/DPOC/pneumonia/derrame
Estado geral	fala, esforço respiratório, hidratação, estado mental	identifica risco imediato
Risco e comorbidades	asma/DPOC/DRC/IC, imunossupressão, tabagismo	muda limiar de antibiótico e encaminhamento
Plano e retorno	conduta, sinais de alarme, data de reavaliação	reduz falha de acompanhamento

A partir dessa avaliação, a APS deve classificar o quadro por síndrome clínica. Uma estrutura útil é separar: tosse aguda com sintomas de vias aéreas superiores, tosse/dispneia com sinais de via aérea inferior, suspeita de pneumonia, exacerbação de asma/DPOC, dispneia desproporcional com exame pobre ou dor torácica

pleurítica, e tosse subaguda ou crônica com perda ponderal e sintomas sistêmicos, cenário em que tuberculose entra com prioridade diagnóstica (**Figura 15.1**) (BRASIL, 2024; NICE, 2019; NICE, 2025).

Figura 15.1 Fluxo prático para APS: triagem → síndrome → conduta → retorno



Síndromes respiratórias prevalentes e manejo avançado na APS

Nesta seção, o foco é padronizar decisões de maior impacto e evitar armadilhas comuns: antibiótico rotineiro em tosse aguda, atraso terapêutico em pneumonia provável, subtratamento de asma por ausência de corticoide inalatório, e negligência de tuberculose em tosse subaguda/crônica.

Tosse aguda e bronquite: racionalidade antimicrobiana e segurança

A maior parte das tosse agudas na APS está associada a infecção viral de vias aéreas superiores ou bronquite aguda. Diretrizes NICE recomendam **não oferecer antibiótico** em tosse aguda de vias aéreas superiores em pessoas que não estejam sistemicamente muito doentes ou com alto risco de complicações, e desencorajam o uso de broncodilatador e corticoide inalatório em pessoas sem doença de via aérea subjacente (NICE, 2019). Em nível avançado, isso exige diferenciar “bronquite” de pneumonia e de exacerbação de asma/DPOC, e documentar motivos para não prescrever antibiótico, reforçando plano de retorno se houver piora.

Um recurso prático é orientar sinais de alerta e estabelecer reavaliação em casos com evolução atípica, idade avançada, imunossupressão, comorbidades graves ou deterioração funcional. A diretriz NICE inclui recomendação explícita para encaminhar ou buscar avaliação especializada se houver sinais de condição

mais grave, como sepse, tromboembolismo pulmonar ou câncer de pulmão, no contexto de tosse aguda com achados preocupantes (NICE, 2019).

Pneumonia adquirida na comunidade: reconhecimento, gravidade e início oportuno de antibiótico

A pneumonia é um ponto de inflexão na APS porque erro de gravidade gera atraso terapêutico e internações evitáveis. NICE NG250 orienta diagnóstico e manejo de pneumonia em crianças e adultos e reforça iniciar antibiótico o mais rápido possível após estabelecer o diagnóstico, além de estratificar gravidade e considerar comorbidades e risco de complicações (NICE, 2025). Diretrizes ATS/IDSA 2019 abordam avaliação de local de cuidado, critérios de gravidade e escolhas de tratamento em adultos, com orientação a usar instrumentos validados e julgamento clínico para decisão de internação e UTI (METLAY *et al.*, 2019).

A gravidade pode ser estimada por sistemas como CRB-65/CURB-65. NICE NG250 descreve CURB-65 para avaliação de risco de mortalidade e integra a avaliação de gravidade com sinais clínicos, incluindo frequência respiratória e oximetria, destacando saturação <90% em ar ambiente como marcador de maior gravidade e necessidade de avaliação mais intensiva (NICE, 2025). Na APS, uma prática avançada é não depender apenas do score, mas integrar: saturação, esforço respiratório, estado mental,

capacidade de hidratação e estabilidade hemodinâmica.

Para a tomada de decisão, a APS precisa ter regras claras: pneumonia provável com instabilidade, hipoxemia ou deterioração rápida deve ser encaminhada; pneumonia leve em paciente estável pode ser manejada ambulatorialmente com antibiótico conforme protocolo local, com retorno curto e plano de alarme. NICE NG250 reforça também o papel de considerar comorbidades, imunossupressão e risco de complicações na definição do plano e da necessidade de exames adicionais (NICE, 2025).

Asma na APS: controle, técnica inalatória e manejo de exacerbações

Asma é condição em que a APS impacta diretamente desfechos por prevenção de exacerbações. O guia-resumo GINA 2025 reforça que a maior parte dos pacientes deve receber tratamento contendo corticoide inalatório e descreve estratégias de alívio e manutenção com ICS-formoterol, incluindo uso sob demanda em passos iniciais e regime MART em passos intermediários, além de destacar que ICS-formoterol não deve ser usado como resgate em pacientes em ICS-LABA com LABA não formoterol (GINA, 2025).

Na APS, o que diferencia um cuidado avançado é: checar aderência real, técnica inalatória, exposição a gatilhos e comorbidades, antes de rotular “asma grave”. O guia GINA descreve encaminhamento para avaliação especializada e fenotipagem em passos avançados e reforça que corticoide sistêmico de manutenção deve ser último recurso, pela carga de efeitos adversos (GINA, 2025).

No manejo de exacerbações, a APS deve padronizar reconhecimento precoce, intensificação de broncodilatadores de resgate, avaliação de resposta e decisão de encaminhamento conforme gravidade. GINA 2025 enfatiza que

exacerbações graves exigem cuidado urgente e podem evoluir para morte, sustentando a necessidade de plano de ação escrito e monitoramento após cada evento (GINA, 2025).

DPOC e exacerbações na APS: decisão segura e prevenção de recaídas

Em DPOC, o núcleo da APS é reconhecer exacerbações, excluir pneumonia e insuficiência cardíaca, tratar broncoespasmo e inflamação, avaliar necessidade de antibiótico, e organizar prevenção secundária com cessação tabágica, vacinação, reabilitação e terapia inalatória adequada. As atualizações do GOLD 2025 reforçam a centralidade de avaliação estruturada e tratamento baseado em evidência, com foco em reduzir exacerbações e melhorar qualidade de vida (GOLD, 2025; VENKATESAN, 2025; HALPIN *et al.*, 2025).

Uma regra prática avançada na APS é evitar tratar “exacerbação de DPOC” como diagnóstico automático em todo paciente tabagista com tosse: a presença de febre alta, crepitações focais, dor pleurítica e hipoxemia sugere pneumonia e muda conduta. Quando o quadro é compatível com exacerbação, a APS deve usar critérios clínicos para antibioticoterapia conforme gravidade e sinais de infecção bacteriana e definir retorno curto para confirmar resposta, reduzindo risco de falha terapêutica.

Tuberculose como diagnóstico prioritário em tosse subaguda/crônica

No Brasil, tuberculose deve estar sempre no radar clínico da APS diante de tosse persistente, perda de peso, sudorese noturna, febre vespertina, hemoptise ou contato com caso índice, especialmente em populações vulneráveis. O manual nacional atualizado em 2024 padroniza diretrizes e organização do cuidado, incluindo procedimentos clínicos e laboratoriais e a importância de identificar precocemente e interromper transmissão (BRASIL, 2024).

Uma prática avançada é estabelecer um protocolo local: tosse por tempo definido ou sintomas sistêmicos persistentes acionam investigação com coleta adequada, radiografia quando indicada e busca ativa de contatos quando confirmado. A APS deve também integrar a investigação de TB com avaliação de outras causas de tosse crônica, como asma, DPOC, refluxo e uso de IECA, mas sem diluir o tempo diagnóstico quando o quadro é sugestivo ou quando há risco de transmissão.

Implementação, seguimento e critérios de encaminhamento

O valor clínico da APS em queixas respiratórias é maximizado quando cada consulta termina com: hipótese sindrômica clara, critérios objetivos de retorno, e registro que permita continuidade. Isso reduz a principal falha sistêmica em quadros respiratórios: deterioração sem reavaliação em tempo adequado (**Quadro 15.2**).

Quadro 15.2 Regras de retorno e segurança na APS

• Retorno imediato se surgirem sinais do Quadro 15.1.
• Retorno em 24-72 horas quando: há dispneia persistente, febre alta, piora progressiva, suspeita de pneumonia em manejo ambulatorial, ou resposta incompleta após ajuste terapêutico.
• Retorno programado em 2–6 semanas para: revisão de técnica inalatória, plano de ação de asma, prevenção de recaída após exacerbação de DPOC, e avaliação de tosse persistente.
• Toda prescrição de antibiótico deve ter diagnóstico provável registrado e critério de reavaliação.

CrITÉRIOS prÁTICOS DE ENCAMINHAMENTO E COGESTÃO

Encaminhamento deve ser decidido por gravidade, complexidade e risco de complicações: pneumonias com hipoxemia ou instabilidade, exacerbações graves de asma, suspeita de

tromboembolismo pulmonar, hemoptise significativa, suspeita de TB com repercussão clínica ou necessidade de investigação ampliada, suspeita de neoplasia ou sintomas persistentes sem explicação após manejo inicial. Diretrizes NICE para tosse aguda e pneumonia reforçam encaminhamento quando há sinais de doença mais grave e necessidade de investigação adicional (NICE, 2019; NICE, 2025).

Indicadores de qualidade na APS para queixas respiratórias

Para serviços e especialistas, vale monitorar: proporção de pacientes com tosse aguda que recebem antibiótico, taxa de reavaliação em 48–72h em pneumonias ambulatoriais, proporção de asmáticos com tratamento contendo corticoide inalatório e plano de ação escrito, e proporção de suspeitas de TB com investigação iniciada conforme protocolo. Esses indicadores traduzem desfechos importantes: menos resistência bacteriana, menos internações e menos atraso diagnóstico.

A abordagem avançada de queixas respiratórias na APS depende de método: triagem de gravidade com parâmetros objetivos, classificação sindrômica pragmática, condutas baseadas em evidências para quadros prevalentes e plano de seguimento. Diretrizes recentes sustentam reduzir antibióticos em tosse aguda quando não há gravidade, iniciar antibiótico prontamente em pneumonia após diagnóstico com estratificação de risco, tratar asma com terapias contendo corticoide inalatório e estratégias modernas de manutenção e alívio, manejar exacerbações de DPOC com foco em redução de recaídas, e manter tuberculose como diagnóstico prioritário em tosse persistente no contexto brasileiro (GINA, 2025; NICE, 2019; NICE, 2025; METLAY *et al.*, 2019; BRASIL, 2024).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações e Controle da Tuberculose no Brasil – 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2026.

GINA. Global Initiative for Asthma. Summary Guide for Asthma Management and Prevention: for adults, adolescents and children 6–11 years. Updated 2025. Disponível em: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2025/11/GINA-Summary-Guide-2025-WEB_FINAL-WMS.pdf. Acesso em: 24 mar. 2026.

GOLD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2025 GOLD Report: Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. 2025. Disponível em: <https://goldcopd.org/2025-gold-report/>. Acesso em: 24 mar. 2026.

HALPIN, D.M.G. *et al.* What's new in the 2025 GOLD report. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/PXfRCwQXBzkFJcNWvRRZhvP/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 24 mar. 2026.

METLAY, J.P. *et al.* Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia: An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 200, p. e45–e67, 2019.

NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Cough (acute): antimicrobial prescribing (NG120). London, 2019. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng120>. Acesso em: 24 mar. 2026.

NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Pneumonia: diagnosis and management (NG250). London, 2025. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng250>. Acesso em: 24 mar. 2026.

VENKATESAN, P. GOLD COPD report: 2025 update. *Lancet Respiratory Medicine*, v. 13, n. 1, p. e7–e8, 2025.