

Resfriado comum e infecções de vias aéreas superiores

Diagnóstico clínico, tratamento sintomático seguro, o que não prescrever e quando suspeitar de complicação bacteriana ou gravidade

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

O resfriado comum é uma infecção viral autolimitada das vias aéreas superiores (rinovírus em 50–80% dos casos), com 4 a 8 episódios por ano na primeira década de vida. Os sintomas duram em geral 4 a 10 dias, mas a tosse residual pode persistir por até 3 semanas sem significar superinfecção. O diagnóstico é clínico e o tratamento é de suporte: lavagem nasal com soro fisiológico, hidratação, antitérmico/analgésico se houver desconforto e mel para a tosse em maiores de 1 ano. Antitussígenos, descongestionantes, anti-histamínicos e mucolíticos não têm eficácia comprovada em crianças pequenas e podem causar eventos graves: não usar abaixo de 4–6 anos (AAP, MHRA/NICE, AEP) e nunca abaixo de 2 anos (FDA). Antibiótico não encurta o quadro nem previne complicações. A grande maioria é tratada em casa (●). Reavaliar em 24–48 h (●) lactentes pequenos, febre > 3 dias ou que retorna após melhora, suspeita de otite ou sinusite. Encaminhar ao pronto-socorro (●) se houver desconforto respiratório, SpO₂ < 92%, desidratação, letargia, apneia ou febre em lactente < 3 meses.

1. O que é e como se apresenta

- **Definição:** infecção viral aguda da mucosa nasal e da faringe (rinofaringite). O termo "infecção de vias aéreas superiores" (IVAS) inclui ainda faringite, laringite, otite e sinusite, tratadas em documentos próprios.
- **Etiologia:** rinovírus (maioria), coronavírus, adenovírus, VSR, parainfluenza, metapneumovírus, influenza.
- **Faixa etária:** mais frequente em lactentes e pré-escolares, sobretudo na entrada na creche.
- **Quadro típico:** coriza (inicialmente hialina, podendo ficar espessa, amarelada ou esverdeada por alguns dias sem que isso indique infecção bacteriana), obstrução nasal, espirros, dor de garganta leve, tosse, febre geralmente baixa nos primeiros 2–3 dias, irritabilidade, redução do apetite e do sono. No lactente, a obstrução nasal dificulta a mamada.
- **Evolução:** pico entre o 2º e o 3º dia e melhora progressiva em 7–10 dias; tosse pode persistir até 3 semanas.
- **Complicações:** otite média aguda (a mais frequente), rinossinusite bacteriana, exacerbação de asma/sibilância, pneumonia e, nos lactentes, bronquiolite quando o agente é VSR ou metapneumovírus.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Bom estado geral; febre baixa ou ausente há ≤ 3 dias; FR normal para a idade (< 60 irpm até 2 meses; < 50 irpm de 2–11 meses; < 40 irpm de 1–5 anos); sem tiragem; aceita líquidos; $SpO_2 \geq 95\%$ (quando medida)	Tratamento domiciliar de suporte; orientação dos sinais de alerta; retorno se não melhorar em 7–10 dias ou se piorar
● Moderada	Febre > 3 dias ou que retorna após melhora; otalgia; coriza e tosse > 10 dias sem melhora; piora após melhora inicial; lactente < 6 meses com dificuldade para mamar; sibilância leve; aceitação hídrica reduzida sem desidratação	Examinar ouvidos, orofaringe e tórax; tratar complicação identificada (ver documentos de otite e sinusite); reavaliação em 24–48 h
● Grave	Taquipneia para a idade, tiragem, gemência, batimento de asas nasais, apneia, cianose ou $SpO_2 < 92\%$; letargia ou irritabilidade inconsolável; desidratação; recusa alimentar; febre em lactente < 3 meses; sinais de sepse; estridor em repouso; edema periorbitário ou sinais neurológicos	Encaminhar ao pronto-socorro após estabilização (ver seção de encaminhamento)

Os limites de frequência respiratória seguem a AIDPI (Ministério da Saúde).

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 3 meses (febre nessa faixa exige avaliação para infecção bacteriana grave) e < 6 meses (risco de apneia e dificuldade de alimentação).
- Prematuridade, displasia broncopulmonar, cardiopatia congênita, doença neuromuscular, imunodeficiência, doença pulmonar crônica.
- Asma ou sibilância recorrente; vacinação incompleta.
- Tabagismo passivo, desnutrição, dificuldade de retorno.

3. Diagnóstico no consultório

- **Clínico.** Anamnese com tempo de evolução, padrão da febre, aceitação alimentar, diurese, contatos doentes e vacinação.
- **Exame obrigatório:** estado geral, hidratação, FR contada em 1 minuto, padrão respiratório, ausculta, otoscopia, orofaringe e, quando disponível, oximetria.
- **Exames complementares:** desnecessários no resfriado típico. Teste para influenza ou SARS-CoV-2 só quando mudar a conduta. Hemograma, PCR e radiografia de seios da face não diferenciam vírus de bactéria.
- **A cor da secreção nasal não indica infecção bacteriana.** Coriza purulenta faz parte da evolução natural do resfriado.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Rinite alérgica (prurido, espirros, sem febre).
- Corpo estranho nasal (secreção unilateral e fétida).
- Coqueluche (tosse em acessos, guincho, apneia no lactente).
- Bronquiolite, pneumonia e crise de asma (taquipneia, tiragem, sibilos ou estertores).
- Rinossinusite bacteriana (> 10 dias sem melhora, piora após melhora, ou início grave).
- Otite média aguda (irritabilidade, otalgia, febre persistente).
- Doença sistêmica que começa como "resfriado": meningite, sepse, sarampo.

4. Tratamento em casa

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Soro fisiológico 0,9% nasal	Gotas, spray ou lavagem conforme idade	Várias vezes ao dia, antes das mamadas e do sono	Enquanto houver obstrução	Medida mais útil; aspiração suave no lactente
Mel (> 1 ano)	2 a 5 mL (AAP)	Conforme necessário, sobretudo à noite	Enquanto houver tosse	Contraindicado < 1 ano (botulismo)
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose (SBP)	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver febre com desconforto ou dor	Máximo 75 mg/kg/dia (SBP 2021), nunca > 4 g/dia
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose (SBP)	6–8 h, conforme bula	Enquanto houver febre com desconforto ou dor	A partir de 6 meses; evitar se desidratação ou vômitos
Dipirona	10–12 mg/kg/dose (SBP 2021)	6/6 h	Enquanto houver febre com desconforto	Máx. 4 doses/dia; "1 gota/kg" leva a superdosagem (SBP); bula: não usar < 3 meses ou < 5 kg

Paracetamol. Atenção ao efeito cumulativo: o uso repetido por 48–72 h, especialmente em doses no limite máximo, em criança desidratada, desnutrida, com jejum prolongado ou somando mais de um produto com paracetamol, aumenta o risco de hepatotoxicidade — não ultrapassar a dose diária, não usar por mais de 48–72 h sem reavaliação médica e conferir outros medicamentos que contenham paracetamol.

Não alternar antitérmicos: a SBP não recomenda, pelo risco de erro e superdosagem sem benefício.

O que não usar

- **Antitussígenos, expectorantes, mucolíticos, anti-histamínicos e descongestionantes (orais ou tópicos):**
 - FDA: nenhum produto para tosse e resfriado com descongestionante ou anti-histamínico em menores de 2 anos; os fabricantes nos EUA passaram a rotular "não usar em menores de 4 anos".
 - AAP (HealthyChildren, 2022): não recomendados abaixo de 4 anos; entre 4 e 6 anos só se indicados pelo médico.
 - MHRA (Reino Unido, 2009): não usar abaixo de 6 anos (antitussígenos como dextrometorfano, expectorantes como guaifenesina, descongestionantes e anti-histamínicos); de 6 a 12 anos, só após medidas básicas.
 - NICE NG120 (tosse aguda): medicamentos de venda livre para tosse apenas a partir de 12 anos.
 - AEP (Guía ABE / Pediatría Integral): sem eficácia abaixo de 6 anos e com eventos graves abaixo de 2 anos; descongestionantes contraindicados abaixo de 6 anos.
 - Vasoconstritores nasais (nafazolina, oximetazolina) em lactentes podem causar depressão do SNC, bradicardia e hipotermia.
- **Codeína e derivados opioides para tosse:** não usar em crianças (a AEMPS contraindica abaixo de 12 anos).
- **Antibióticos:** não encurtam o quadro nem previnem complicações; reservá-los para complicação bacteriana confirmada clinicamente.
- **Corticoide** sem sibilância e **ácido acetilsalicílico** (síndrome de Reye): não usar.

Medidas de suporte

- Hidratação; manter aleitamento materno.
- Ambiente sem fumaça de cigarro; lavagem das mãos; afastamento da creche enquanto houver febre.
- Vacinação em dia, incluindo influenza anual a partir dos 6 meses.

Quando pensar em complicação bacteriana

- Otolgia, irritabilidade noturna ou otorreia → otite média aguda.
- Coriza ou tosse diurna > 10 dias sem melhora; piora após melhora inicial ("dupla piora"); ou febre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ com secreção purulenta por ≥ 3 dias consecutivos → rinossinusite bacteriana (critérios da AAP 2013).

- Febre > 72 h ou que retorna após melhora, taquipneia ou estertores → otite, sinusite ou pneumonia.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Desconforto respiratório: taquipneia para a idade, tiragem subcostal, gemência, batimento de asas nasais.
- SpO₂ < 92% em ar ambiente, cianose ou apneia.
- Lactente < 3 meses com febre (temperatura axilar ≥ 37,5 °C, SBP; NICE: ≥ 38 °C), ou < 6 meses com recusa alimentar.
- Desidratação ou vômitos persistentes.
- Letargia, hipotonia, irritabilidade inconsolável, convulsão.
- Estridor em repouso ou sialorreia.
- Edema ou hiperemia periorbitária, cefaleia intensa, vômitos em jato, rigidez de nuca.
- Petéquias, púrpura ou sinais de sepse.
- Doença de base de alto risco com piora.

Como encaminhar

1. Posicionar a criança sentada ou no colo, em posição de conforto; não deitar se houver estridor ou esforço.
2. Aspirar secreções nasais com soro fisiológico.
3. Oferecer oxigênio se SpO₂ < 92% ou desconforto importante, mantendo-o no transporte.
4. Antitérmico se febre com desconforto; não atrasar o encaminhamento.
5. Não oferecer líquidos por boca se houver desconforto grave ou rebaixamento.
6. Contatar o serviço de destino (SAMU 192 se instável) e entregar relatório com peso, sinais vitais, SpO₂ e medicações.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "O resfriado é causado por vírus e melhora sozinho em cerca de uma semana. A tosse pode durar até 3 semanas."
- "Secreção amarela ou verde não significa, sozinha, infecção por bactéria."
- "Lave o nariz com soro fisiológico antes de mamar e dormir. Acima de 1 ano, mel ajuda a tosse. Não dê xaropes, antialérgicos ou descongestionantes."
- Retornar ao consultório se: febre por mais de 3 dias ou que volta depois de ter sumido; dor de ouvido ou secreção pelo ouvido; nariz escorrendo ou tosse que não melhora depois de

10 dias ou que piora depois de ter melhorado; chiado.

- Ir ao pronto-socorro se: respiração rápida ou com esforço, costelas marcando, gemido, lábios roxos, pausas na respiração, bebê que não consegue mamar, criança muito sonolenta ou difícil de acordar, sem urinar há mais de 8 horas, manchas roxas na pele, qualquer febre em bebê com menos de 3 meses.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Diagnóstico	Clínico; tosse costuma resolver sem medicação (SBP)	Clínico; melhora em cerca de 1 semana	Clínico	Segue o NICE	Clínico; tosse residual até 3 semanas
Xaropes para tosse e resfriado	AIDPI: evitar antitussígenos, expectorantes, descongestionantes e anti-inflamatórios	Não < 4 anos; 4–6 anos só com indicação médica (FDA: nenhum < 2 anos)	Venda livre só ≥ 12 anos (NG120); MHRA: não < 6 anos	Segue o NICE	Sem eficácia < 6 anos; descongestionantes contraindicados < 6 anos
Mel	AIDPI: aliviar tosse com mel se ≥ 1 ano	2–5 mL se ≥ 1 ano	Recomendado > 1 ano	Segue o NICE	Único com superioridade sobre placebo; > 1 ano
Antibiótico	Não indicado	Não indicado; só se complicação bacteriana	Não rotineiro; considerar em alto risco de complicação	Segue o NICE	Não indicado; critérios restritivos
Sinais para reavaliar	Tosse > 4 semanas, < 6 meses, dificuldade respiratória (SBP)	Febre > 3 dias, otalgia, dificuldade respiratória, febre < 3 meses	Suspeita de pneumonia ou sepse	Segue o NICE	Dificuldade respiratória, curso prolongado

Leitura: há ampla convergência. Todas as referências tratam o resfriado como doença viral autolimitada, recomendam suporte (soro fisiológico, hidratação, analgésico) e mel acima de 1 ano, e desaconselham antibiótico. A divergência está no corte etário dos medicamentos de venda livre para tosse e resfriado: FDA (< 2 anos), AAP (< 4 anos, com cautela até 6), MHRA e AEP (< 6 anos) e NICE (< 12 anos para medicamentos de tosse). O Ministério da Saúde, pela

AIDPI, orienta evitar esses produtos na faixa de 2 meses a 5 anos. No Brasil, onde associações com anti-histamínicos e descongestionantes são de venda livre, a regra prática mais segura é não prescrevê-los na infância.

PONTOS PRÁTICOS

1. Contar a frequência respiratória em 1 minuto e fazer otoscopia em toda criança com "resfriado" e febre.
2. Coriza purulenta não é critério de antibiótico; usar os critérios de tempo e gravidade para sinusite e o exame da membrana timpânica para otite.
3. Não prescrever antitussígenos, descongestionantes, anti-histamínicos ou mucolíticos para menores de 6 anos (anti-histamínicos sedativos de 1ª geração: não usar em nenhuma idade, exceto por problema social); nunca vasoconstritor nasal em lactente.
4. Mel apenas acima de 1 ano; soro fisiológico nasal em qualquer idade.
5. Febre em lactente < 3 meses exige avaliação para infecção bacteriana grave, mesmo com coriza.
6. Explicar à família a duração esperada (tosse até 3 semanas) reduz retornos desnecessários e pressão por antibiótico.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria. Tosse (Pediatria para Famílias), 2023. sbp.com.br
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamentos de Pediatria Ambulatorial e Infectologia. Manejo da febre aguda (Documento Científico), 2021. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. AIDPI Criança 2 meses a 5 anos — Manual de quadros de procedimentos, 2017. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics (HealthyChildren.org). Coughs and Colds: Medicines or Home Remedies?, 2022. healthychildren.org
- American Academy of Pediatrics (HealthyChildren.org). How to Care for Your Child's Cold, 2023. healthychildren.org
- U.S. Food and Drug Administration. Use Caution When Giving Cough and Cold Products to Kids, 2018. fda.gov
- NICE. NG120 — Cough (acute): antimicrobial prescribing, 2019. nice.org.uk
- MHRA/CHM. Over-the-counter cough and cold medicines for children (comunicado reproduzido pelo NHS Scotland), 2009. [PDF](#)

- Guia-ABE (AEPap). Catarro de vías altas, atualização 2023. guia-abe.es
- Pediatría Integral (SEPEAP). Infecciones de vías respiratorias altas-1: resfriado común, 2022. pediatriaintegral.es

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.