

Tosse persistente e crônica

Abordagem da criança com tosse por mais de 4 semanas pelos algoritmos pediátricos, separando tosse úmida e seca e buscando sinais de alerta antes de qualquer tratamento empírico

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

Em pediatria, **tosse crônica é a que dura mais de 4 semanas** (CHEST 2017/2020, ERS 2020); a tosse de 3 a 4 semanas é "persistente" ou subaguda e, em geral, pós-viral. A criança **não é um adulto pequeno**: as causas e a conduta são outras, e devem ser usados **algoritmos pediátricos**. O primeiro passo é procurar **sinais de alerta (pointers)** — baqueteamento digital, déficit de crescimento, engasgo ou tosse com a alimentação, início no período neonatal, hemoptise, pneumonias de repetição, sinais de doença cardíaca ou imunodeficiência, suspeita de corpo estranho ou de tuberculose. Toda criança deve ter **radiografia de tórax** e, se colaborativa, **espirometria**. **Tosse úmida isolada** em criança bem, sem pointers, sugere **bronquite bacteriana persistente (BBP)**: amoxicilina-clavulanato por **2 semanas**, estendido para 4 se houver melhora parcial; se persistir, investigar bronquiectasias. **Não tratar asma, refluxo ou rinossinusite "às cegas"**. A maioria é tratada ambulatorialmente; desconforto respiratório, hipoxemia, hemoptise volumosa ou suspeita de corpo estranho com sintomas vão ao pronto-socorro.

1. O que é e como se apresenta

• Definições

- **Aguda**: até 2 semanas (em geral infecção viral).
- **Persistente/subaguda**: 2 a 4 semanas — quase sempre pós-infecciosa; o NICE (NG120, 2019) lembra que a tosse aguda pode levar 3 a 4 semanas para desaparecer.
- **Crônica**: **mais de 4 semanas** na criança até 14 anos (CHEST) — no adulto o corte é 8 semanas (ERS 2020). Documentos brasileiros mais antigos (SPSP) usam 8 semanas.

- **Tipo de tosse**: classificar como **úmida (produtiva)** ou **seca**. A criança pequena raramente expectora; "úmida" refere-se ao som da tosse, que tem boa concordância com secreção na via aérea.

• Causas mais comuns

- Pós-viral (inclusive coqueluche e *Mycoplasma*), que melhora espontaneamente.
- **Bronquite bacteriana persistente** — principal causa de tosse úmida crônica no lactente e pré-escolar; agentes: *H. influenzae* não tipável, *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*.
- **Asma** — geralmente com sibilância, dispneia aos esforços e atopia; tosse isolada como única manifestação é incomum.
- Rinite/rinossinusite (gotejamento pós-nasal), exposição ao tabaco (inclusive cigarro eletrônico) e poluição.

- Tosse somática/tique (tosse "de buzina", desaparece durante o sono), mais em escolares e adolescentes.
- **Causas que não podem passar:** corpo estranho, tuberculose, bronquiectasias (fibrose cística, discinesia ciliar, imunodeficiência), aspiração/distúrbio de deglutição, malformações (fístula traqueoesofágica, anel vascular), traqueobroncomalácia, cardiopatia.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Tosse de 2–4 semanas após infecção viral, em melhora; ou tosse crônica seca isolada, criança com bom estado geral, crescimento normal, exame normal, sem pointers	Observação vigilante, controle ambiental (tabaco), retorno programado em 2–4 semanas; radiografia se ultrapassar 4 semanas
● Moderada	Tosse úmida > 4 semanas; presença de algum pointer sem instabilidade (baqueteamento, baixo ganho de peso, pneumonias de repetição, tosse desde o nascimento, engasgo com alimentos, contato com tuberculose); falha de 4 semanas de antibiótico na BBP; > 3 episódios de BBP por ano	Radiografia, espirometria, investigação dirigida (tuberculose, suor, imunidade) e encaminhamento ao pneumologista pediátrico em prazo curto
● Grave	Desconforto respiratório, SpO ₂ < 92%, hemoptise significativa, suspeita de corpo estranho com sinais respiratórios , estridor, cianose, apneia ou paroxismos com cianose no lactente (coqueluche), toxemia, emagrecimento importante com febre	Encaminhar ao pronto-socorro/hospital com oxigênio se necessário; broncoscopia de urgência no corpo estranho

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 1 ano (coqueluche, malformações, aspiração).
- Prematuridade e displasia broncopulmonar; doença neuromuscular ou encefalopatia (aspiração).
- Imunodeficiência, HIV, desnutrição.
- Contato com tuberculose; residência em área de alta incidência.
- Tabagismo domiciliar; condições de moradia precárias.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese dirigida: idade de início (desde o nascimento sugere causa congênita ou aspiração), início súbito com engasgo (**corpo estranho**), caráter úmido ou seco, relação com

alimentação, sono, exercício e ambiente, sibilância e atopia, febre, perda de peso, sudorese noturna e contato com tuberculose, cartão vacinal (coqueluche), exposição a fumaça.

Sinais de alerta (specific cough pointers) — CHEST e ERS

- Baqueteamento digital.
- Déficit de crescimento.
- Tosse úmida/produtiva crônica que não responde ao antibiótico, ou com expectoração purulenta diária.
- Tosse desde o período neonatal; tosse ou engasgo durante a alimentação.
- Hemoptise.
- Pneumonias de repetição; infecções graves ou incomuns (imunodeficiência).
- Dispneia de esforço ou crônica; hipoxemia.
- Deformidade torácica, sinais auscultatórios persistentes (crepitações, sibilo localizado).
- Anormalidades cardíacas; história sugestiva de aspiração de corpo estranho.
- Contato ou quadro sugestivo de tuberculose.

Exames iniciais (ERS 2020; algoritmos CHEST)

- **Radiografia de tórax** em toda criança com tosse crônica.
- **Espirometria** (com prova broncodilatadora) na criança colaborativa, geralmente a partir de 5–6 anos.
- Conforme pointers: prova tuberculínica/IGRA e radiografia (tuberculose), teste do suor (fibrose cística), hemograma e imunoglobulinas, pesquisa de coqueluche.
- **Tomografia de tórax e broncoscopia** ficam com o especialista: tosse úmida que persiste após 4 semanas de antibiótico, BBP recorrente (> 3 por ano), radiografia alterada, suspeita de corpo estranho.

4. Tratamento em casa

Tosse úmida sem pointers — suspeita de bronquite bacteriana persistente

A BBP é definida por tosse úmida contínua > 4 semanas, ausência de pointers e resolução com 2–4 semanas de antibiótico adequado (ERS, declaração de 2017). O CHEST (2017) recomenda **2 semanas de antibiótico** dirigido a *S. pneumoniae*, *H. influenzae* e *M. catarrhalis*, conforme a sensibilidade local.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Amoxicilina-clavulanato	22,5 mg/kg/dose de amoxicilina (Protocolo AEP 2017); o ensaio DACS usou 25–35 mg/kg/dose	12/12 h	2 semanas ; se melhora parcial, estender por mais 2 (total 4)	Primeira escolha em todas as referências
Alternativas (alergia à penicilina)	Cefalosporina oral, sulfametoxazol-trimetoprima ou macrolídeo, conforme bula	Conforme bula	2 semanas	ERS 2017

No ensaio **DACS** (Lancet Respir Med, 2021), 4 semanas não aumentaram a cura em 28 dias em relação a 2 semanas (62% × 70%), mas prolongaram o tempo até a próxima exacerbação — por isso a regra é começar com 2 semanas e estender apenas se a resposta for parcial.

Tosse seca sem pointers

- **Observar ("esperar e reavaliar")** por algumas semanas, sobretudo se pós-viral, com controle de tabagismo e irritantes.
- **Asma**: tratar apenas se houver **características de asma** (sibilância documentada, dispneia, atopia, espirometria com obstrução reversível). A ERS (2020) admite, de forma condicional, um **teste curto de corticoide inalatório (2–4 semanas)** em criança com tosse seca, com **reavaliação obrigatória**: se não houver resposta, suspender — não escalonar dose.
- **Refluxo gastroesofágico**: **não usar inibidor de bomba de prótons empiricamente** em criança sem sintomas digestivos (CHEST).
- **Rinossinusite**: tratar apenas se houver sinais clínicos (secreção, obstrução, rinite alérgica).
- **Tosse somática/tique**: explicar, tranquilizar, técnicas de supressão; encaminhar se impacto importante.

O que não usar

- Antitussígenos (codeína, dextrometorfano), mucolíticos e anti-histamínicos de primeira geração — sem benefício e com risco; o NICE (NG120) não recomenda xaropes em < 12 anos.
- Antibiótico em tosse seca, ou antibiótico "de repetição" sem diagnóstico.
- Broncodilatador, corticoide oral ou inibidor de bomba "de prova" sem critérios.
- Mel pode ser usado como sintomático acima de 1 ano (NICE); nunca abaixo de 1 ano.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Desconforto respiratório, SpO₂ < 92%, cianose, estridor.

- **Suspeita de aspiração de corpo estranho** com sinais respiratórios (engasgo testemunhado, sibilo ou diminuição localizada do murmúrio).
- **Hemoptise** além de raías.
- Lactente com paroxismos, apneia ou cianose (suspeita de coqueluche — veja o documento Coqueluche nesta Biblioteca).
- Toxemia, febre com emagrecimento importante, suspeita de tuberculose com comprometimento do estado geral.

Como encaminhar: oxigênio se $SpO_2 < 92\%$; criança em posição confortável (sentada no colo); **não tentar remover corpo estranho às cegas** e não oferecer alimentos; contatar o serviço de destino informando a suspeita (broncoscopia); transporte com oxigênio e acompanhante.

Encaminhamento eletivo ao pneumologista pediátrico: qualquer pointer; tosse úmida que persiste após 4 semanas de antibiótico; mais de 3 episódios de BBP por ano; radiografia ou espirometria alteradas; suspeita de fibrose cística, discinesia ciliar ou imunodeficiência; tosse seca que não se resolve após observação ou teste terapêutico.

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

- A tosse após um resfriado pode durar 3 a 4 semanas; **se passar de 4 semanas, a criança deve ser reavaliada.**
- No tratamento da bronquite bacteriana, dar o antibiótico pelo tempo indicado e **retornar ao final de 2 semanas:** a tosse deve desaparecer; se só melhorou, o médico pode prolongar.
- Manter a casa e o carro **livres de fumaça** (cigarro comum e eletrônico).
- **Procurar atendimento imediato se:**
 - Falta de ar, respiração rápida ou lábios arroxeados.
 - Engasgo súbito com objeto pequeno ou alimento (amendoim, grãos, peças de brinquedo), mesmo que a tosse melhore depois.
 - Sangue na tosse.
 - No bebê: crises de tosse que deixam roxo, pausas na respiração, guincho ao inspirar.
 - Febre persistente, perda de peso ou suor noturno.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Definição de crônica	Documento SPSP antigo: ≥ 8 semanas; tendência atual de adotar 4 semanas	Sem diretriz própria; segue CHEST: > 4 semanas (≤ 14 anos)	NG120 trata só da tosse aguda (3–4 semanas); sem diretriz de tosse crônica infantil	Segue o NICE; ERS 2020: > 4 semanas	> 4 semanas
Exames iniciais	Investigação dirigida	CHEST: radiografia e espirometria	Reavaliar se não melhora em 3–4 semanas	Segue o NICE	Radiografia; broncoscopia/TC se falha
Tosse úmida	Tratar causa de base	CHEST: 2 semanas de antibiótico	—	Segue o NICE	Amoxicilina-clavulanato 2 (até 4) semanas
Asma/refluxo empírico	Teste de asma se sugestivo	CHEST: não tratar empiricamente sem sinais	Sem corticoide ou broncodilatador sem doença de via aérea	Segue o NICE	Não empírico
Antitussígenos	Evitar opioides e dextrometorfano	Não recomendados (CHEST)	Não em < 12 anos	Segue o NICE	Não recomendados

Leitura. Há convergência forte em quatro pontos: tosse crônica infantil exige **abordagem pediátrica própria**, a **busca de pointers** é o eixo da consulta, a tosse úmida isolada responde a **amoxicilina-clavulanato por 2 semanas** e antitussígenos não têm lugar. A principal divergência é a **definição**: 4 semanas nas diretrizes internacionais atuais contra 8 semanas em documento brasileiro mais antigo. Outra nuance: a ERS admite um teste curto de corticoide inalatório na tosse seca, enquanto o CHEST enfatiza não tratar asma empiricamente sem características clínicas — ambos exigem reavaliação e suspensão se não houver resposta. Não localizamos documento científico recente da SBP específico sobre tosse crônica.

PONTOS PRÁTICOS

1. Tosse crônica na criança é a que passa de 4 semanas; a maioria das tosses de 2–4 semanas é pós-viral.
2. Procure ativamente os pointers — baqueteamento, déficit de crescimento, engasgo, tosse desde o nascimento, hemoptise, contato com tuberculose.
3. Radiografia de tórax para toda tosse crônica; espirometria na criança colaborativa.
4. Tosse úmida isolada em criança bem: amoxicilina-clavulanato por 2 semanas; persistência após 4 semanas pede especialista (bronquiectasias).
5. Não prescreva corticoide inalatório, inibidor de bomba ou antitussígeno "de prova" sem critérios; se tentar corticoide inalatório na tosse seca, reavalie em 2–4 semanas e suspenda se não houver resposta.
6. Engasgo testemunhado com sinais respiratórios localizados é corpo estranho até prova em contrário.

8. Fontes

- Chang AB et al. Management of children with chronic wet cough and protracted bacterial bronchitis: CHEST Guideline and Expert Panel Report, 2017. [Guideline Central](#)
- Chang AB et al. Managing chronic cough as a symptom in children and management algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report, 2020. [Johns Hopkins \(resumo\)](#)
- Morice AH et al. ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. Eur Respir J, 2020. [eprints.gla.ac.uk](#)
- Kantar A et al. ERS statement on protracted bacterial bronchitis in children. Eur Respir J, 2017. [ersnet.org](#)
- Ruffles TJC et al. Duration of amoxicillin-clavulanate for protracted bacterial bronchitis in children (DACS). Lancet Respir Med, 2021. [ScienceDirect](#)
- NICE. Cough (acute): antimicrobial prescribing (NG120), 2019. [nice.org.uk](#)
- AEP, Protocolos de Neumología. Tos húmeda: bronquitis bacteriana persistente, enfermedad supurativa bronquial y bronquiectasias, 2017. [aeped.es](#)
- Sociedade de Pediatria de São Paulo. Manejo da tosse crônica na infância (recomendações). [spsp.org.br](#)
- Childhood chronic cough made easy: a simplified approach for the primary care setting. Allergologia et Immunopathologia, 2021. [all-imm.com](#)

- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed., Oxford University Press, 2021 (obra de referência).

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.