

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UTIAD2-MEAC.004	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DISPNEIA	Emissão: 21/10/2025	Próxima revisão: 21/10/2027
		Versão: 2	

1. SIGLAS

MEAC:	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
PAC:	Pneumonia Adquirida na Comunidade
DRGE:	Doença do Refluxo Gastro-Esofágico
EAP:	Edema Agudo de Pulmão
ECG:	Eletrocardiograma
BNP:	Peptídeo natriurético do tipo B
IC:	Insuficiência cardíaca
FR:	Frequência respiratória
FC:	Frequência Cardíaca
IPM:	Incurções por minuto
SpO2:	Saturação Periférica de Oxigênio
PFE:	Prova de Função Expiratória
VEF1:	Volume Expiratório Forçado no primeiro minuto
LABA:	β 2-agonista de longa duração
SABA:	β 2-agonista de curta duração
CI:	Corticoide Inalatório

2. DEFINIÇÃO

Dispneia é o termo utilizado para sensação subjetiva de desconforto respiratório. A dispneia pode ser de diversas intensidades, como leve, moderada ou grave. Ela pode ter diversas causas, como asma, pneumonia e congestão, além de causas não pulmonares (síndrome coronariana aguda, embolia pulmonar, acidose metabólica, anemia, entre outras).

3. OBJETIVO

- Orientar quanto à identificação precoce e ao manejo da dispneia nas pacientes atendidas na MEAC a fim de reduzir o tempo de permanência hospitalar;
- Fornecer um material didático atualizado e de fácil acesso sobre o tema para os profissionais da instituição;
- Padronizar as condutas dos profissionais que lidam com o sintoma nos diversos setores do hospital, com base em evidências científicas;
- Racionalizar a utilização dos insumos ligados ao diagnóstico e ao tratamento da doença;
- Otimizar o planejamento das ações visando a redução do tempo de internamento hospitalar.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UTIAD2-MEAC.004	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DISPNEIA	Emissão: 21/10/2025	Próxima revisão: 21/10/2027
		Versão: 2	

4. JUSTIFICATIVA

Esse protocolo é de extrema importância para melhorar a assistência às pacientes da MEAC, uma vez que não é incomum a presença de pacientes dispneicas na emergência ou em outro setor do hospital. A dispneia é um sintoma que pode estar relacionada a causas pulmonares e não pulmonares, devendo ser identificada a causa adequadamente e tratada da forma correta para melhorar os desfechos.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

A abordagem da dispneia é multidisciplinar, coordenada pela equipe médica e deve incluir profissionais de fisioterapia, enfermagem e técnicos de enfermagem do setor em que o paciente esteja internado.

É responsabilidade de todos os profissionais de saúde (técnicos, enfermeiros, médicos etc) a identificação de uma paciente com dispneia e a sinalização à equipe assistente para suporte adequado da paciente.

É função da equipe de enfermagem a avaliação rápida dos sinais vitais, a comunicação ao médico assistente, a instalação rápida de oxigênio quando necessário e de medicações.

É função do médico prestar rápida assistência à paciente dispneica e realizar o manejo clínico adequado.

É função do fisioterapeuta auxiliar na abordagem do paciente com suporte de oxigênio, realizando manobras e ajustes de dispositivos de suporte de oxigênio (catéter de O₂, máscaras de venturi, catéter de alto fluxo, ventilador mecânico, por exemplo).

6. HISTÓRIA CLÍNICA

As pacientes que relatam dispneia podem ter suas patologias enquadradas em diversas causas bases: respiratória (asma, congestão, PAC); doença cardiovascular; DRGE; descondição físico ou quadros psicogênicos.

Sempre atentar para sinais e sintomas de doenças específicas, que nos direcionem à etiologia da dispneia. Nesse protocolo abordaremos as causas respiratórias.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UTIAD2-MEAC.004	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DISPNEIA	Emissão: 21/10/2025	Próxima revisão: 21/10/2027
		Versão: 2	

A classificação do órgão britânico MRC (Medical Research Council) (Tabela 1) parece ser a mais adequada para a avaliação da intensidade da dispneia.

▷ TABELA 1 Classificação MRC da dispneia (*Medical Research Council*)

Grau de dispneia	Esforço físico
0	Dispneia em esforços extremos como correr e subir escadas íngremes
1	Dispneia ao andar depressa ou em subidas leves
2	Dispneia ao caminhar normalmente
3	Dispneia ao caminhar menos de 100 metros
4	Dispneia para atividades habituais como tomar banho ou trocar de roupa

A dispneia divide-se em aguda (instala-se em minutos), subaguda (instala-se em horas) ou crônica (mais de 30 dias de instalação). Pode haver sinais e sintomas associados a ela, como tosse e sibilos (ex: doenças obstrutivas pulmonares); febre (ex: pneumonia); pirose e regurgitação (ex: doença do refluxo gastroesofágico), tromboembolismo venoso (vide - PRO.UOBT.021 - V5 PROTOCOLO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO NA GESTAÇÃO), entre outros.

7. EXAME FÍSICO

O exame físico deve incluir a avaliação de cabeça e pescoço, do tórax, do coração e das extremidades inferiores. Sempre avaliar frequência respiratória, saturação de oxigênio, pressão arterial, uso de musculatura acessória, tiragem intercostal, batimento de asa de nariz, fala entrecortada, alteração do padrão respiratório (ex: taquipneia, dispneia), alteração na ausculta pulmonar, presença de cianose, de sudorese, de agitação psicomotora e de alteração do estado mental.

8. EXAMES DIAGNÓSTICOS

O primeiro passo na investigação diagnóstica de pacientes com dispneia é determinar o órgão primariamente envolvido, tarefa que pode ser difícil se considerarmos que em até um terço dos pacientes a causa da dispneia é multifatorial.

Em cerca de 80% dos pacientes a história e o exame físico são suficientes para realizar o diagnóstico. No entanto, conforme a suspeita diagnóstica aventada, os exames de triagem podem auxiliar. A radiografia de tórax é um exame que será utilizado na maioria dos casos. Seus achados serão dependentes da etiologia da dispneia e, se alterada, a avaliação da oximetria de pulso e da gasometria arterial serão obrigatórias.

Os exames de primeira linha na investigação da dispneia incluem ECG (eletrocardiograma), radiografia de tórax, espirometria, oximetria de pulso, hemograma e gasometria arterial. Atualmente, o BNP é considerado exame de primeira linha em alguns centros com disponibilidade do método. Vale

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UTIAD2-MEAC.004	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DISPNEIA	Emissão: 21/10/2025	Próxima revisão: 21/10/2027
		Versão: 2	

ressaltar que a indicação de radiografia de tórax durante a gestação deve ser bastante criteriosa e, se necessário, deve-se utilizar avental de chumbo para rádio-proteção do feto.

Vale salientar que, se a paciente estiver instável hemodinamicamente ou em uso de oxigênio suplementar, é necessária a monitorização contínua dos sinais vitais (frequência cardíaca, eletrocardiograma contínuo no monitor, pressão arterial não invasiva, frequência respiratória e saturação de oxigênio por oximetria de pulso). Essa monitorização será realizada de forma a complementar a avaliação clínica da paciente.

Em pacientes com dispneia aguda na emergência, o uso de marcadores hormonais tem demonstrado utilidade para a avaliação. A concentração de peptídeo atrial natriurético e do peptídeo natriurético do tipo B (BNP) aumenta em formas mais avançadas ou crônicas de IC, e o uso em particular do BNP foi estudado para diferenciar quadros cardíacos de pulmonares em unidades de emergência. Valores de BNP maiores do que 100 pg/mL apresentam sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo, respectivamente, de 90%, 76% e 83%. Quanto maiores os valores de BNP, maior é a probabilidade do diagnóstico de IC; quando maiores que 400 pg/mL, têm grande valor preditivo positivo, e se menores que 100 pg/mL, têm valor preditivo negativo.

9. TRATAMENTO

Todos os pacientes com dispneia devem receber as medidas iniciais de atendimento ao paciente grave, incluindo oxigênio suplementar ou intubação orotraqueal, se necessário.

Na primeira avaliação, alguns achados sugerem parada respiratória iminente, como rebaixamento do nível de consciência, incapacidade de manter o esforço respiratório e cianose. Pacientes com insuficiência respiratória necessitarão de suporte ventilatório.

Em pacientes sem contraindicação, a ventilação não invasiva é preferível, como em pacientes com exacerbação de DPOC, com congestão pulmonar e imunossuprimidos com infecção respiratória. O tratamento definitivo depende da etiologia da dispneia.

10. PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC)

Pode-se usar o escore de CURB-65 para avaliar se o tratamento da PAC deve ser ambulatorial ou internado. Esse escore divide-se em 5 fatores: confusão mental, Ureia > 50mg/dL, FR > 30ipm, PAS > 90mmHg ou PAD < 60mmHg e idade > 65 anos.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UTIAD2-MEAC.004
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DISPNEIA		Emissão: 21/10/2025
			Versão: 2
			Próxima revisão: 21/10/2027

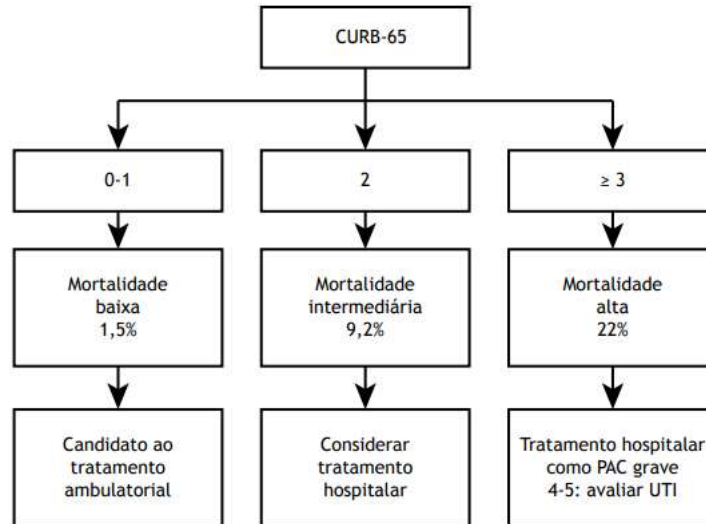


Figura 1. Escore CURB-65 e sugestões do local de tratamento de pacientes com pneumonia adquirida na comunidade. Adaptado de Corrêa et al.⁽⁵⁾ CURB-65: **C**onfusão mental; **U**reia > 50 mg/dl; frequência **R**espiratória > 30 ciclos/min; **B**lood pressure (pressão arterial sistólica) < 90 mmHg ou diastólica < 60 mmHg; e idade ≥ **65** anos; PAC: pneumonia adquirida na comunidade.

Tratamento ambulatorial:

Monoterapia de beta lactâmico (amoxicilina 1g 8/8h ou amoxicilina com clavulanato) ou macrolídeo (azitromicina 500mg/dia ou claritromicina 1g 1x/dia, se liberação prolongada, ou 500mg 12/12h) por 5 a 7 dias. Se paciente com fatores de risco ou uso recente de antibiótico ou doença mais grave: beta lactâmico + macrolídeo.

A prescrição de quinolona respiratória (levofloxacino ou moxifloxacino) nesse grupo de pacientes não é recomendada e deve ser desencorajada, por conta da indução de resistência bacteriana e do maior perfil de efeitos colaterais. O uso de quinolonas em pacientes ambulatoriais pode ser considerado em pacientes com fatores modificadores da doença como hepatopatia grave, DPOC entre outras situações

As diretrizes ATS/IDSA de 2019 sugerem que o subgrupo de pacientes ambulatoriais que apresentam fatores modificadores que aumentam probabilidade de resistência bacteriana necessitariam de terapia combinada antibiótica ou monoterapia com quinolonas. Os fatores modificadores são os seguintes: doença pulmonar crônica, insuficiência cardíaca, doença hepática crônica, doença renal, etilismo, neoplasia maligna e asplenia.

Nesses pacientes as diretrizes ATS/IDSA recomendam: A. Terapia combinada: Amoxicilina/clavulonato 500 mg 8/8 horas ou 875 mg 12/12 horas ou cefalosporina de segunda geração como cefuroxima 500 mg 12/12 horas combinada com: Macrolídeos como azitromicina 500 mg/dia ou claritromicina 1.000 mg dia; ou Monoterapia: Quinolona respiratória como levofloxacina 750 mg ao dia, moxifloxacina 400 mg ao dia ou gemifloxacina 320 mg ao dia. As quinolonas respiratórias em monoterapia por 5 a 7 dias apresentam boa cobertura tanto para os germes típicos quanto atípicos.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UTIAD2-MEAC.004
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DISPNEIA		Emissão: 21/10/2025
			Versão: 2
			Próxima revisão: 21/10/2027

Tratamento internado:

Em pacientes internados, a pneumonia não considerada grave pode ser tratada com terapia dupla ou monoterapia. No caso de terapia combinada, temos: Betalactâmico: ceftriaxone 1-2 g ao dia EV, cefotaxime 2 g a cada 8 horas EV ou ampicilina/sulabactam 1,5 a 3 g EV a cada 6 horas combinado com Macrolídeo como azitromicina 500 mg no primeiro dia e depois 250 mg/dia ou claritromicina 1.000 mg/ dia. Os macrolídeos nesse caso podem ser utilizados por via oral ou EV, idealmente via oral. No caso de monoterapia, são opções: Quinolona respiratória como levofloxacina 750 mg ao dia, moxifloxacina 400 mg ao dia ou gemifloxacina 320 mg ao dia. As quinolonas nesse caso podem ser utilizadas por via oral ou EV, idealmente via oral. Tempo de tratamento de 5 a 7 dias.

Em pacientes graves, mas sem fatores de risco para infecção por *P. aeruginosa* ou agentes MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à meticilina), a terapia combinada é recomendada: Terapia combinada com betalactâmico como em pacientes sem pneumonia grave e macrolídeos. As doses são similares às já citadas. Terapia combinada com betalactâmico como em pacientes sem pneumonia grave e quinolonas respiratórias. As doses são similares às já citadas. Tempo de tratamento de pelo menos de 7 dias. Se infecção complicada por meningite, endocardite, abscesso ou empiema ou infecções ósseas ou de partes moles associadas ou agentes menos comuns como *Burkholderia pseudomallei* ou *Mycobacterium tuberculosis*, o tempo de tratamento deve ser mais prolongado.

A presença de um fator de risco específico de MRSA (infecção prévia por MRSA ou colonização, hemodiálise a longo prazo, ou insuficiência cardíaca) e outro fator de risco específico para pneumonia pode justificar cobertura para agentes MRSA. No caso de pacientes com fatores de risco localmente validados para agentes MRSA, as opções incluem: Vancomicina 15 mg/kg EV 12/12 horas com dose ajustada pela vancocinemia ou Linezolida 600 mg EV 12/12 horas. Em pacientes com abscesso pulmonar ou empiema, incluir cobertura anaeróbia com clindamicina ou metronidazol. Em pacientes com suspeita de infecção por influenza é recomendado introduzir oseltamivir 75 mg VO 12/12 horas por 5 dias ou outra opção de agente antiviral. Lembrar de oferecer o suporte ventilatório e hemodinâmico necessário.

Outro tipo de pneumonia comum no ambiente hospitalar é a pneumonia associada ou relacionada à assistência à saúde. Destacando-se a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), que consiste na infecção pulmonar que não estava presente ou que estava em incubação no momento da intubação endotraqueal, iniciando os sintomas de 48 a 72 horas após a instituição de ventilação mecânica invasiva (Vide PROTOCOLO PRO.SCIH.004 – V1 MANEJO DA PNEUMONIA RELACIONADA À ASSISTÊNCIA EM SAÚDE EM ADULTOS)

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UTIAD2-MEAC.004	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DISPNEIA	Emissão: 21/10/2025	Próxima revisão: 21/10/2027
		Versão: 2	

Tratamento antibiótico empírico para pneumonia adquirida na comunidade.

Tratamento de pacientes ambulatoriais	Duração, dias
Sem comorbidades, sem uso recente de antibióticos, sem fator de risco para resistência, sem contraindicação ou história de alergia a essas drogas	
Amoxicilina ou amoxicilina + ácido clavulânico ou macrolídeos: azitromicina ou claritromicina	7 3-5 7
Com fatores de risco, doença mais grave, uso recente de antibióticos	
B-lactâmico + macrolídeo	5-7
Em caso de alergia a B-lactâmicos/macrolídeos	
Moxifloxacino ou levofloxacino ou gemifloxacino	5-7
Tratamento de pacientes internados em enfermaria	
Cefalosporinas de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima) ou ampicilina/sulbactam + um macrolídeo (azitromicina ou claritromicina) ou	7-10
Cefalosporinas de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima) ou amoxicilina + ácido clavulânico ou	7-10
Levofloxacino ou moxifloxacino ou gemifloxacino em monoterapia	5-7
Tratamento de pacientes internados em UTI	
Cefalosporinas de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima) ou ampicilina/sulbactam + um macrolídeo (azitromicina ou claritromicina) ou	7-14
Cefalosporinas de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima) + quinolona respiratória	
Terapia alvo-específica	
Pneumococo resistente à penicilina	
Não grave: B-lactâmico em alta dose (amoxicilina 3 g/dia ou amoxicilina + ácido clavulânico 4 g/dia; alternativas: ceftriaxona, cefotaxima, cefepima ou ceftazolidina) + macrolídeo ou fluoroquinolona respiratória	5-7
Grave: ceftriaxona, cefotaxima, cefepima ou ceftazolidina	7-10
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina: adquirida na comunidade	
Clindamicina ou linezolida ou vancomicina	7-21
<i>S. aureus</i> resistente a meticilina	
Linezolida ou vancomicina	7-21
Enterobactérias produtoras de betalactamase de espectro estendido	
Ertapenem	7-14
<i>Pseudomonas</i> spp.	
Fluoroquinolonas antipseudomonas, piperacilina/tazobactam, meropenem, polimixina B (monoterapia ou terapia combinada)	10-14
Pacientes com suspeita de pneumonia aspirativa	
Pneumonia aspirativa: quinolonas ou cefalosporina de 3ª geração	7-10
Aspiração de conteúdo gástrico, pneumonia necrosante, abscesso pulmonar ou doença periodontal grave:	
B-lactâmico + inibidor de betalactamase, piperacilina-tazobactam, clindamicina ou moxifloxacina	7-21

11. CONGESTÃO

O sucesso terapêutico depende de diagnóstico precoce e preciso, assim como, de um tratamento agressivo. Baseia-se nos seguintes pilares: reduzir o retorno venoso (pré-carga), reduzir a resistência vascular sistêmica (pós-carga), suporte inotrópico em pacientes hipotensos ou uso de vasopressores em pacientes hipertensos, suporte ventilatório adequado.

Todo paciente com edema agudo de pulmão (EAP) deve ser colocado sob monitorização cardíaca e oximetria contínua. O fator desencadeante deve ser investigado, enquanto o EAP é tratado.

- Oxigenoterapia e Suporte ventilatório:

Iniciar com administração de oxigênio a 100% por meio máscara facial ou cânula nasal. Quando o tratamento inicial não atinge a estabilidade clínica e/ou respiratória adequadas (SatO₂ > 94%), a

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UTIAD2-MEAC.004	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DISPNEIA	Emissão: 21/10/2025	Próxima revisão:
		Versão: 2	21/10/2027

ventilação não invasiva (VNI) está indicada, com o objetivo de prevenir o colapso alveolar durante a expiração. Pacientes que, apesar das medidas iniciais instituídas, evoluírem com falência respiratória, devem ser submetidos à intubação orotraqueal.

- Diuréticos:

Promovem diurese e natriurese, reduzindo a congestão venosa pulmonar e o edema, o que melhora os sintomas relacionados à sobrecarga de volume. Diurético de escolha: furosemida, na dose 1 mg/kg, tem pico de ação em cerca de 30 minutos. Pode repetir outras doses de até 2 mg/kg. É fundamental quantificar a diurese para ter parâmetro de eficácia do tratamento. Assim como estar atento às escórias nitrogenadas para posteriores ajustes na farmacoterapia.

- Vasodilatadores:

- Nitroglicerina: Vasodilatador endovenoso que diminui principalmente a pré-carga, reduzindo a resistência vascular periférica, a congestão pulmonar e, conseqüentemente, melhorando o débito cardíaco. Não deve ser utilizado em pacientes hipotensos (PA sistólica < 90 mmHg). Dose recomendada: 10 a 20 mcg/min, aumentando 5 a 10 mcg/min a cada 5 minutos, até a dose máxima de 100 mcg/min. Diluição: 25 mg diluídos em 250 mL de solução fisiológica 0,9% ou solução glicosada a 5%.

- Nitroprussiato de sódio: Potente vasodilatador arterial de uso endovenoso, útil no EAP de origem hipertensiva. Não deve ser utilizado em pacientes hipotensos (PA sistólica < 90 mmHg). Dose recomendada: 0,2 mcg/kg/min, aumentando progressivamente a cada 3 a 5 minutos, até o efeito desejado, dose máxima: 10 mcg/kg/min. É sensível à luz, frasco e equipo devem ser cobertos.

- Morfina:

Alivia os sintomas de ansiedade e dispneia. Não utilizar se paciente hipotenso. Dose recomendada: 2 a 4 mg, a cada 5 a 30 minutos, observando possível redução do nível de consciência ou depressão respiratória.

- Inotrópicos:

Indicados apenas quando há sinais de baixo débito. O mais utilizado é a dobutamina. Dose inicial: 5 a 10 mcg/kg/min. Dose recomendada: 2 a 20 mcg/kg/min. Diluição: 4 ampolas em 170 mL de solução fisiológica 0,9% ou solução glicosada pra a 5%.

12. ASMA

Exacerbações de asma são episódios de piora dos sintomas de forma progressiva ou de forma abrupta que podem necessitar de tratamento no departamento de emergência.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UTIAD2-MEAC.004	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DISPNEIA	Emissão: 21/10/2025	Próxima revisão: 21/10/2027
		Versão: 2	

A classificação da intensidade das exacerbações, para fins de manejo de emergência, é verificada a partir dos dados clínicos e funcionais apresentados na tabela seguinte:

Classificação da intensidade das exacerbações em crianças e adultos.

Achado ^a	Intensidade das exacerbações		
	Leve a moderada	Grave	Muito grave (insuficiência respiratória)
Impressão clínica geral	Sem alterações	Sem alterações	Cianose, sudorese, exaustão
Estado mental	Normal	Normal ou agitação	Agitação, confusão, sonolência
Dispneia	Ausente ou leve	Moderada	Intensa
Fala	Frases completas	Frases incompletas	Frases curtas ou monossilábicas.
		No lactente: choro curto, dificuldade alimentar	No lactente: dificuldade alimentar
Musculatura acessória ^b	Retrações leves/ausentes	Retrações acentuadas	Retrações acentuadas
Sibilância	Ausentes com MV normal, localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV diminuído
FR, ciclos/min ^c	Normal ou aumentada	Aumentada	Aumentada
FC, bpm	≤ 110	> 110	> 140 ou bradicardia
PFE, % previsto	> 50	30-50	< 30
SpO ₂ , %	> 95	91-95	≤ 90
PaO ₂ , mmHg	Normal	Ao redor de 60	< 60
PaCO ₂ , mmHg	< 40	< 45	≥ 45

MV: murmúrio vesicular. ^aA presença de vários parâmetros, mas não necessariamente de todos, indica a classificação geral da crise. ^bMúsculos intercostais, fúrcula ou esternocleidomastoideo. ^cFR em crianças normais: < 2 meses, < 60 ciclos/min; 2-11 meses, < 50 ciclos/min; 1-5 anos, < 40 ciclos/min; 6-8 anos, < 30 ciclos/min; e > 8 anos, igual a FR para adultos. Fontes: Global Initiative for Asthma, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e Turner.⁽⁴⁻⁶⁾

Oxigênio suplementar deve ser ofertado somente para pacientes hipoxêmicos, com alvo de saturação maior do que 92%. Em crianças e em gestantes o objetivo é saturação arterial periférica de oxigênio acima de 95%. Em geral, 1-3 L de fluxo são suficientes, e é recomendado utilizar o menor fluxo possível para atingir o alvo.

Os agonistas beta-2-adrenérgicos inalatórios de curta ação são a pedra fundamental no tratamento de pacientes com exacerbação aguda de asma e devem ser administrados imediatamente à apresentação. O uso de uma bombinha com dose calibrada com um espaçador é tão eficaz quanto a utilização de um nebulizador pressurizado.

A administração pode ser repetida até três vezes dentro da primeira hora após a apresentação; posteriormente, as doses devem ser espaçadas com um período mínimo entre inalações de 1 hora. Quatro a oito puffs de salbutamol podem ser administrados a cada 20 minutos e depois a cada 1 a 4 horas, conforme necessário. Quando nebulizador for utilizado, a dose usual é de 10-20 gotas (2,5 a 5 mg) de fenoterol (berotec) ou albuterol diluídos em 3-5 mL de solução fisiológica.

A dose ideal de brometo de ipratrópio é controversa, mas a dose de 500 µg parece obter dilatação brônquica máxima. Assim, recomendamos a adição de brometo de ipratrópio ao beta-2-agonista, em dose de 40 gotas (500 µg) repetida em todas as inalações oferecidas ao paciente. Em aerossol, a dose usual é de 2 a 3 puffs (400 a 600 µg) com intervalo de 3 a 8 horas.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UTIAD2-MEAC.004	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DISPNEIA	Emissão: 21/10/2025	Próxima revisão: 21/10/2027
		Versão: 2	

Os corticosteroides sistêmicos estão indicados na maioria dos pacientes com exacerbações que precisam de tratamento na emergência. A exceção é o paciente que tem uma resposta rápida à terapia inicial com um beta-2- adrenérgico inalatório. As doses recomendadas são:

1. Prednisona: a dose inicial é de 40 a 80 mg ao dia em dose única ou dividida em duas tomadas.
2. Metilprednisolona: dose de 20 a 60 mg a cada 6/6 h ou 12/12 h. Tem melhor penetração pulmonar e menor efeito mineralocorticoide. Em geral, o uso de glicocorticoide endovenoso não deve ultrapassar 3 dias.
3. Hidrocortisona: dose inicial de 200 a 300 mg EV ao dia seguida por 100 mg EV a cada 8/8 h ou 6/6 h.

Todos os pacientes na alta hospitalar devem receber corticosteroide por via oral por 5 a 7 dias, pois o processo inflamatório que causa a exacerbação aguda de asma tem geralmente essa duração, e a retirada do corticoide é associada com piora dos sintomas. Não é necessário desmame de glicocorticoide em pacientes que o utilizaram por períodos menores do que 3 semanas.

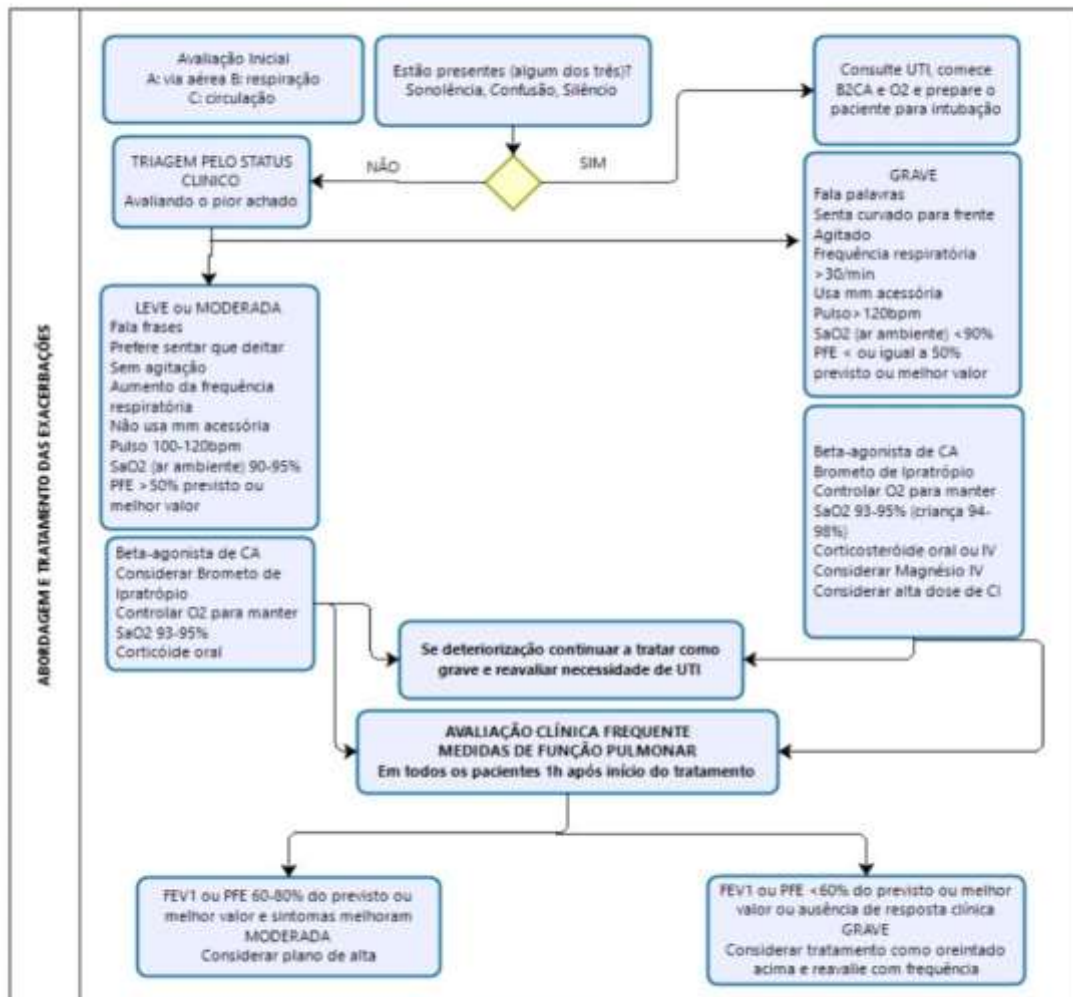
A terapia parenteral deve ser considerada apenas em pacientes em que houve falha da terapia inalatória, que estão impossibilitados de seu uso ou que estejam na iminência de parada cardiorrespiratória (PCR).

A terbutalina pode ser usada via SC ou IM em dose de 250 a 500 µg até de 4 em 4 horas. A dose inicial intravenosa é de 25 µg/minuto. Ela pode ser aumentada em 5 a 10 µg/minuto de 10 em 10 minutos.

O sulfato de magnésio pode ser usado em pacientes com: VEF1 < 30%, falha em responder à terapêutica inicial ou VEF1 < 60% sem melhora após 1ª hora de tratamento. A dose recomendada é de 1,2-2,0 g diluídos em solução fisiológica de 100-500 mL endovenosa com infusão em 20 minutos. O uso de sulfato de magnésio em nebulização substituindo solução salina fisiológica parece ser benéfico.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UTIAD2-MEAC.004
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DISPNEIA		Emissão: 21/10/2025
			Versão: 2
			Próxima revisão: 21/10/2027

ABORDAGEM E TRATAMENTO DAS EXACERBAÇÕES



Fonte: Adaptado de Global Initiative for Asthma, www.ginasthma.org, 2024

O tratamento de controle da asma é dividido em etapas de I a V, nas quais a dose de CI é aumentada progressivamente e/ou outros tratamentos de controle são adicionados. Paciente deve fazer acompanhamento regular com médico na atenção primária ou com especialista, se indicado.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UTIAD2-MEAC.004	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DISPNEIA	Emissão: 21/10/2025	Próxima revisão: 21/10/2027
		Versão: 2	

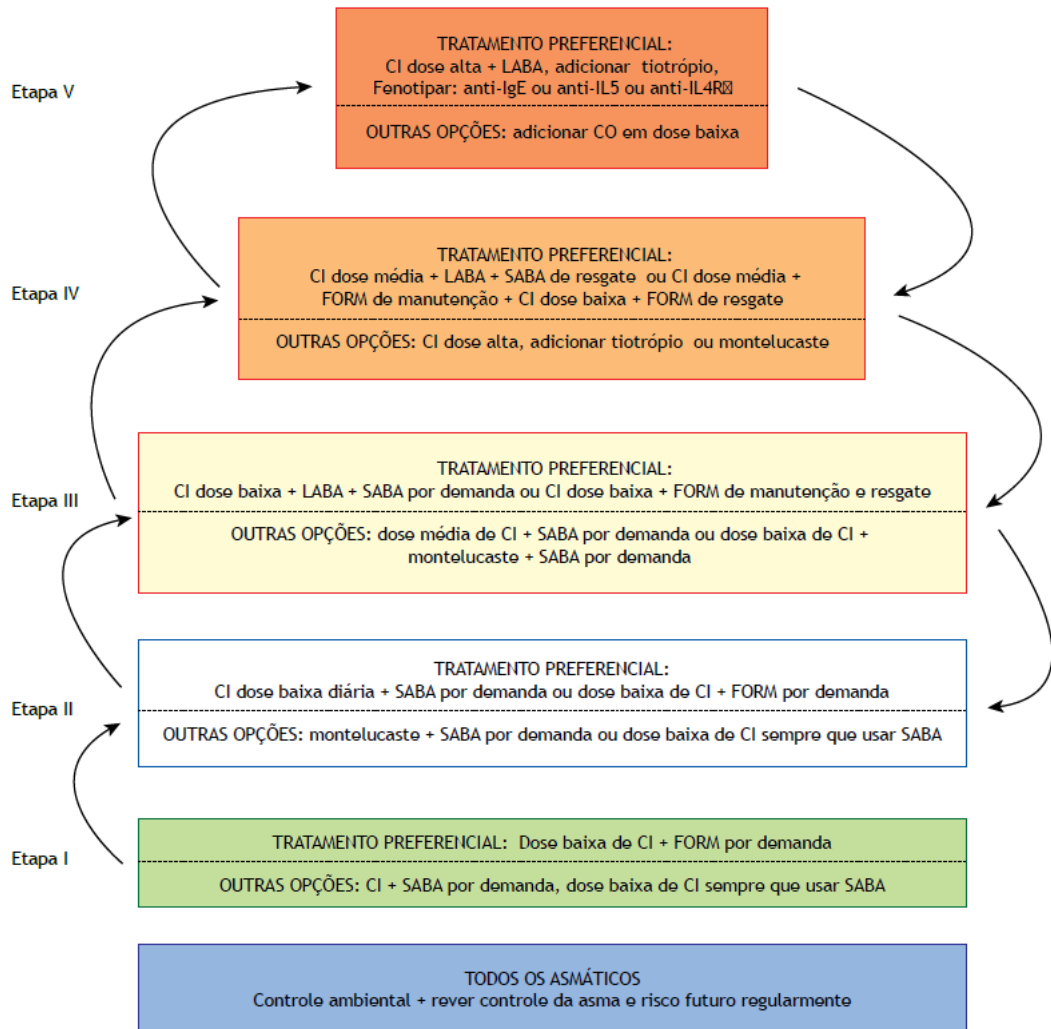


Figura 1. Manejo da asma em pacientes com idade ≥ 12 anos. CI: corticoide inalatório; LABA: *long-acting β_2 agonist* (β_2 -agonista de longa duração); CO: corticoide oral; SABA: *short-acting β_2 agonist* (β_2 -agonista de curta duração); e FORM: fumarato de formoterol.

13. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

A mudança terapêutica vai depender da identificação de critérios de falha de resposta.

Em relação à PAC, falha de resposta pode ocorrer por: resistência bacteriana, germes infrequentes (ex: tuberculose, vírus, fungos), neoplasia, obstrução brônquica, corpo estranho, empiema, abscesso pulmonar, metástase, endocardite, superinfecção, pneumonia hospitalar, infecção de catéter, infecções urinárias nosocomiais, resposta inflamatória disseminada.

Em relação à congestão, o tratamento deve ser agressivo e a mudança de terapêutica se justifica pela manutenção da instabilidade clínica.

Em relação à asma, o tratamento deverá ser alterado ou mantido baseado no controle da doença.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UTIAD2-MEAC.004	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DISPNEIA	Emissão: 21/10/2025	Próxima revisão: 21/10/2027
		Versão: 2	

Manejo da asma baseado no nível de controle:	
Nível do controle	Ação
Controlada	Manter o tratamento e identificar a menor dose para manter o controle
Parcialmente controlada	Considerar aumentar a dose para atingir o controle
Não controlada	Aumentar etapas até conseguir o controle
Exacerbada	Tratar com exacerbação

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma 2012.

14. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

Em relação à PAC, pacientes sem febre há 48h, que tenham seus sintomas respiratórios controlados, com provas laboratoriais inflamatórias em declínio ou normalizadas, que tolerarem a mudança para antibioticoterapia oral e que não apresentem necessidade de outros suportes como oxigênio ou drogas vasoativas são candidatos a alta hospitalar.

Em relação à congestão, os pacientes devem ser manejados, preferencialmente, em Unidade de Terapia Intensiva, devendo receber alta para a enfermaria quando houver controle da sintomatologia e estabilidade dos sinais vitais.

Em relação à asma, os pacientes com boa resposta ao tratamento que não apresentam sinais de gravidade, com SpO₂ > 95% e que atingiram PFE ou VEF1 ≥ 70% do valor previsto podem ser liberados para o domicílio;

15. REFERÊNCIAS

1. Medicina de emergência. Abordagem prática. Velasco IT et al. 16ª edição. Editora Manole. Capítulos 45 e 47.
2. Carvalho CRR et al, Jornal Brasileiro de Pneumologia. v.38, Suplemento 1, p.S1-S46 Abril 2012.
3. Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade 2018. Correa RA et al. J Bras Pneumol. 2018;44(5):405-424.
4. Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia- 2020. Pizzichini MMM et al. J Bras Pneumol. 2020; 46(1):e20190307.
5. Soeiro, A M et al. Manual de condutas práticas da unidade de emergência do Incor. 1 ed. Barueri, SP: Manole, 2015.
6. Timerman, A et al. Condutas terapêuticas do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2014.
7. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. www.ginasthma.org, 2024

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UTIAD2-MEAC.004	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DA DISPNEIA	Emissão: 21/10/2025	Próxima revisão: 21/10/2027
		Versão: 2	

16. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2	21/10/2025	Ajuste de dose de antibioticos no tratamento da PAC, fluxograma de tratamento de exacerbação de asma

17. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Lilian Monteiro de Albuquerque, Elana Couto de Alencar Daniel.	
VALIDAÇÃO	
Raquel Cavalcante Mota Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.035816/2025-06, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Maria da Piedade Albuquerque Chefe da Unidade de Terapia Intensiva Adulto da Meac	Conforme Processo SEI nº 23533.035816/2025-06, assinado eletronicamente.
Zeus Peron Barbosa do Nascimento Chefe do Setor Materno-Infantil	Conforme Processo SEI nº 23533.035816/2025-06, assinado eletronicamente.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br