

10 de fevereiro de 2026

<http://justnews.pt/noticias/bronquite-aguda-nos-adultos>



## Bronquite aguda nos adultos

Filipe Froes

Assist. graduado de Pneumologia e Medicina Intensiva Coord. da UCIMC, Depart. do Tórax, Hospital Pulido Valente, ULSSM. Professor da FMUC

A bronquite aguda é uma infeção do aparelho respiratório inferior, envolvendo as vias aéreas de maior diâmetro, os brônquios, sem evidência de pneumonia e na ausência de patologia prévia traqueobrônquica (por exemplo, DPOC ou doença pulmonar obstrutiva crónica), instrumentação na via aérea ou imunocompromisso.

É uma das condições mais frequentes na prática clínica, estimando-se que todos os anos possa representar até 10% das consultas por doenças respiratórias em ambulatório. A sua incidência é maior nos meses mais frios, em particular no final do Outono e durante o Inverno, coincidindo com a circulação dos vírus respiratórios.

A bronquite aguda é habitualmente autolimitada e as queixas resolvem após uma a três semanas. Os sintomas resultam da inflamação dos brônquios, que, na quase totalidade dos casos, é devida a infeção viral. A queixa dominante é a tosse, persistente e muito incómoda para o doente e familiares mais próximos, geralmente com eliminação de expectoração, sobretudo nas fases iniciais. Apesar da expectoração poder ser purulenta, esta característica não é indicadora de infeção bacteriana ou de resposta a antibióticos.

Os vírus mais frequentemente envolvidos são o influenza A e B, o parainfluenza, os coronavírus comuns (HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, HCoV-229E), os rinovírus, o metapneumovírus humano, o vírus sincicial respiratório e o SARS-CoV-2.



Filipe Froes

As bactérias são causas incomuns de bronquite aguda e as mais frequentemente isoladas são *Bordetella pertussis*, *Mycoplasma pneumoniae* e *Chlamydia pneumoniae*. Não há evidência convincente que sustente o conceito de “bronquite bacteriana aguda”, causada por patógenos como *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* ou outros bacilos gram-negativos em adultos sem instrumentação das vias aéreas (por exemplo, traqueostomia, intubação endotraqueal) ou DPOC.

O diagnóstico é clínico e pressupõe a exclusão de infeção das vias aéreas superiores (supraglóticas), que podem condicionar rinorreia posterior, asma brônquica, exacerbação aguda da DPOC, doença do refluxo gastroesofágico, insuficiência cardíaca, medicação associada a tosse (por exemplo, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina e mais recentemente o sacubitril) e a pneumonia.

A pneumonia é pouco provável na ausência de sinais focais à auscultação torácica, se a frequência cardíaca for inferior a 100 bpm, se a frequência respiratória for inferior a 24 com e se a temperatura corporal inferior a 38° C, sem antipiréticos. Um valor de oximetria de pulso superior a 95% bem como uma procalcitonina inferior a 0,25 ng/mL também contribuem para excluir a pneumonia.

O tratamento é sintomático, deve abordar as expectativas do doente, para maior adesão, e representa sempre uma oportunidade de literacia e educação do doente, relativamente à utilização indevida da antibioterapia e os seus efeitos indesejáveis, tais como o desenvolvimento de resistência antimicrobiana, que representa uma ameaça de saúde pública.

Publicações  
**justNews**  
www.justnews.pt  
**A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS ENTRE TODAS AS UNIDADES DO SNS**



**Helena Pité**  
Avaliação funcional respiratória  
■ P. 4



**Jaime Correia de Sousa**  
Será asma, DPOC ou ambas?  
■ P. 8

**Joel Lopes dos Reis**  
Urticária e outras comichões  
■ P. 11

**JORNAL MÉDICO**  
ESPECIAL CONGRESSO

Director: José Alberto Soares  
Distribuição gratuita  
6 de fevereiro 2026

**ALLERGY & RESPIRATORY SUMMIT 2026**  
CENTRO DE CONGRESSOS - HOTEL GARDEN PORTO  
6 E 7 DE FEVEREIRO

Esta reunião é agora creditada pelo EACCME\* com 15,5 créditos CME europeus.

**NOVO** **Recigarum®**  **25 dias para respirar melhor uma vida inteira** **COMPARTICIPADO + económico** **TECNIPAR**

# "Acreditamos no poder da Educação Médica"

O médico de família Rui Costa, cocoordenador do Allergy & Respiratory Summit, afirmou ontem, na sessão de abertura da sua 3.ª edição, que este evento formativo tem um propósito claro: "Reunimo-nos para partilhar conhecimento, inspirar novas ideias e transformar a evidência científica em impacto real na vida das pessoas que vivem com doenças alérgicas e respiratórias." Rui Costa reconheceu que o número de participantes – mais de mil – "reflete a confiança depositada neste encontro e confirma a sua relevância científica e profissional". E mais: "Demonstra que, juntos, acreditamos no poder da educação médica, da colaboração e da inovação para

enfrentar os desafios atuais de saúde respiratória." Expressou ainda o desejo de que este Summit "seja um ponto de partida para novas soluções, novas abordagens e uma prática clínica cada vez mais centrada no doente". Na foto pequena, Rui Costa com o imunologista Mário Morais de Almeida, com quem partilha a coordenação do Allergy & Respiratory Summit.



**ENTREVISTA A EURICO SILVA**



Há 20 anos dedicado à formação, especialmente na área das doenças respiratórias  
■ P. 6/8

**NOVO** **Recigarum®**  **25 dias para respirar melhor uma vida inteira** **COMPARTICIPADO + económico** **TECNIPAR**

Artigo originalmente publicado no Jornal do Allergy & Respiratory Summit (fev 2026).