

Bronquiolite viral aguda

Gravidade por esforço respiratório, SpO₂, alimentação e apneia; o que não prescrever; quando encaminhar; prevenção do VSR com nirsevimabe e vacina materna

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

A bronquiolite viral aguda (BVA) acomete crianças menores de 2 anos, sobretudo no primeiro ano de vida, e é causada principalmente pelo vírus sincicial respiratório (VSR). Após 1 a 3 dias de coriza surgem tosse, taquipneia e/ou tiragem, com sibilos ou estertores; o pico ocorre entre o 3º e o 5º dia e a tosse pode durar 3 a 4 semanas. O diagnóstico é clínico e o tratamento é de suporte: higiene nasal com soro fisiológico, aspiração superficial, alimentação fracionada e antitérmico. Salbutamol, adrenalina, corticoide, antibiótico, salina hipertônica no ambulatório e fisioterapia respiratória de rotina não devem ser usados (AAP, NICE, Ministério da Saúde 2026). A maioria é tratada em casa (●), com orientação de sinais de alerta. Reavaliar em 24 h (●) lactentes com FR > 60 irpm, ingestão abaixo de 50–75% do habitual, SpO2 entre 90% e 92% ou fatores de risco (idade < 3 meses, prematuridade, cardiopatia, doença pulmonar crônica). Encaminhar ao pronto-socorro (●) se apneia, SpO2 persistentemente < 92% (NICE) ou < 90% (MS/AAP), esforço respiratório grave, FR > 70 irpm, cianose, letargia ou incapacidade de manter a hidratação.

Veja também, nesta Biblioteca: Como Proteger da Bronquiolite (VSR).

1. O que é e como se apresenta

- **Definição:** infecção viral aguda das vias aéreas inferiores, com inflamação, edema e obstrução dos bronquíolos, em crianças menores de 2 anos (MS 2026; NICE NG9).
- **Etiologia:** VSR (cerca de 75% dos casos nos picos sazonais), rinovírus, metapneumovírus, parainfluenza, adenovírus, influenza e SARS-CoV-2. No Sudeste, Sul e Nordeste o VSR circula sobretudo entre as semanas epidemiológicas 12 e 20.
- **Faixa etária:** menores de 2 anos, com maior incidência e gravidade abaixo de 6 meses.
- **Quadro típico (NICE):** pródromo de coriza por 1 a 3 dias, seguido de tosse persistente e taquipneia e/ou tiragem, com sibilos e/ou estertores crepitantes. Febre, quando presente, costuma ser inferior a 39 °C. Em lactentes muito pequenos, a apneia pode ser a primeira manifestação, mesmo sem desconforto evidente.
- **Evolução:** piora entre o 3º e o 5º dia, melhora na maioria em cerca de 10 dias; tosse em 90% por até 3 semanas e residual até 4 semanas (MS 2026).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Consciência normal; taquipneia ausente ou leve, sem tiragem ou tiragem discreta; alimentação normal (> 75% do habitual); sem apneia; SpO ₂ > 92% em ar ambiente	Tratamento domiciliar de suporte; orientar sinais de alerta; reavaliação se piora ou no pico (3º–5º dia) nos menores de 6 meses
● Moderada	Irritabilidade leve; tiragem moderada, sem gemência; FR > 60 irpm; alimentação com dificuldade (50–75% do habitual); SpO ₂ entre 90% e 92%; ou quadro leve em criança com fator de risco	Reavaliação em 12–24 h no consultório ou observação no PS; considerar encaminhamento (NICE) se FR > 60 ou ingestão inadequada; SpO ₂ persistentemente < 92% já é critério de encaminhamento imediato pelo NICE (a faixa 90–92% segue o MS)
● Grave	Letargia ou irritabilidade intensa; gemência, batimento de asas nasais, balancim toracoabdominal, tiragem acentuada; FR > 70 irpm; apneia (observada ou relatada); cianose central; recusa alimentar ou ingestão < 50%; desidratação; SpO ₂ < 90% (MS) ou persistentemente < 92% (NICE)	Encaminhar imediatamente ao PS/hospital com oxigênio (ver seção de encaminhamento)

Critérios do MS (2026), NICE NG9 (2021) e AAP (2014). O MS define taquipneia como FR > 60 irpm abaixo de 2 meses, > 50 irpm de 2 meses a 1 ano e > 40 irpm de 1 a 5 anos.

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade: < 3 meses (NICE, SBP), < 12 semanas (AAP) e, especialmente, < 6 semanas (NICE usa limiar de SpO₂ mais conservador nessa faixa).
- Prematuridade, sobretudo < 32 semanas (NICE, SBP); baixo peso ao nascer.
- Doença pulmonar crônica, principalmente displasia broncopulmonar.
- Cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica.
- Imunodeficiência, doença neuromuscular, síndrome de Down, fibrose cística.
- Tabagismo passivo, desmame precoce, poluição (MS 2026); condições sociais que dificultem o retorno.

3. Diagnóstico no consultório

- **Clínico.** Criança < 2 anos, pródrômo de coriza, tosse, taquipneia ou tiragem, sibilos ou crepitações (AAP, NICE, MS).

- **Exame essencial:** FR em 1 minuto com a criança calma, sinais de esforço, hidratação, consciência e **oximetria de pulso** com o nariz desobstruído. Perguntar sobre apneia, volume das mamadas e diurese.
- **Exames complementares:** não pedir radiografia de tórax nem exames de sangue de rotina (AAP, NICE, MS). Radiografia apenas se evolução desfavorável, gravidade ou suspeita de complicação; hemograma e proteínas de fase aguda nos casos graves ou com dúvida diagnóstica (MS). Pesquisa viral só se mudar a conduta (isolamento, coorte hospitalar).

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- **Pneumonia bacteriana:** considerar se febre > 39 °C e/ou crepitações focais persistentes (NICE).
- **Sibilância recorrente/asma:** episódios repetidos, atopia pessoal ou familiar, idade > 12 meses; ver o documento de sibilância recorrente.
- **Coqueluche:** tosse em acessos, guincho, apneia e cianose em lactente pequeno.
- **Insuficiência cardíaca/cardiopatia:** sopro, hepatomegalia, taquicardia desproporcional, dificuldade de ganho de peso.
- **Sepse e infecção bacteriana grave** no lactente < 3 meses febril.

4. Tratamento em casa

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Soro fisiológico 0,9% nasal	Gotas ou jato conforme idade	Antes das mamadas e do sono, e quando houver obstrução	Enquanto houver obstrução	Aspiração apenas superficial, quando há muita secreção; não aspirar profundamente (MS, NICE)
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver febre com desconforto	Antitérmico reduz o estresse metabólico (MS); máx. 75 mg/kg/dia, nunca > 4 g/dia
Ibuprofeno (≥ 6 meses, conforme bula)	5–10 mg/kg/dose	6–8 h, conforme bula	Enquanto houver febre com desconforto	Evitar se desidratação

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.

O que não usar

- **Salbutamol ou outros broncodilatadores:** não recomendados (AAP recomendação forte; NICE; MS 2026; SBP 2017). O MS não recomenda nem mesmo prova terapêutica de rotina.
- **Adrenalina inalatória:** não usar (AAP, NICE, MS).
- **Corticoide sistêmico ou inalatório:** não usar em nenhum cenário (AAP, evidência A; NICE; MS).
- **Antibiótico:** apenas se houver infecção bacteriana concomitante documentada ou fortemente suspeita (AAP, NICE, MS).
- **Salina hipertônica nebulizada:** não usar fora do hospital; NICE e MS não recomendam em nenhum cenário, e a AAP a contraindica no pronto-socorro, admitindo-a só em internados (recomendação fraca).
- **Montelucaste, brometo de ipratrópio:** não usar (NICE, MS).
- **Fisioterapia respiratória de rotina:** não indicada (AAP, NICE, SBP).

Medidas de suporte: alimentação fracionada, manter o aleitamento materno, decúbito elevado, ambiente sem fumaça, higiene das mãos com álcool em gel (AAP) e afastamento da creche na fase aguda.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Encaminhamento imediato (NICE, MS)

- Apneia observada ou relatada.
- Aspecto de criança gravemente doente, letargia ou alteração de consciência.
- Desconforto respiratório grave: gemência, tiragem acentuada, batimento de asas, balancim, FR > 70 irpm.
- Cianose central.
- SpO₂ persistentemente < 92% em ar ambiente (NICE, na atenção primária) ou < 90% (MS, critério absoluto de internação).

Considerar encaminhamento (NICE, SBP)

- FR > 60 irpm.
- Dificuldade para mamar ou ingestão de 50–75% do volume habitual; ausência de diurese por 12 h (SBP).
- Desidratação clínica.
- Fatores de risco (ver acima), considerando também a fase da doença (1º–3º dia tende a piorar) e a capacidade dos cuidadores de reconhecer sinais de alerta.

Como encaminhar

1. Desobstruir o nariz com soro fisiológico e aspiração suave antes de medir a SpO2 e antes do transporte.
2. Oferecer **oxigênio** por cateter nasal ou máscara se SpO2 < 92% ou desconforto importante, mantendo-o no trajeto.
3. Posição semissentada ou no colo; suspender a via oral se houver desconforto grave ou rebaixamento.
4. Não administrar broncodilatador, corticoide ou antibiótico "para o caminho".
5. Contatar o serviço de destino, informando idade, idade gestacional, SpO2, FR, apneias e ingestão; em apneia, cianose ou esforço grave, acionar o SAMU (192).

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

- "A bronquiolite é causada por vírus. Costuma piorar entre o 3º e o 5º dia e depois melhora; a tosse pode durar 3 a 4 semanas."
- "Nenhum remédio encurta a doença; xaropes, inalação com broncodilatador, corticoide e antibiótico não ajudam. Lave o nariz com soro, ofereça o peito ou a mamadeira em menores quantidades e mais vezes e mantenha a casa sem fumaça."
- Retorno em 24–48 h para menores de 3 meses, prematuros ou quadro com menos de 3 dias.
- Ir ao pronto-socorro se: pausas na respiração; lábios ou pele arroxeados; respiração muito rápida, com gemido ou afundamento das costelas; bebê que mama menos da metade do habitual ou recusa; menos fraldas molhadas (nenhuma em 12 h); sonolência excessiva, choro fraco, vômitos frequentes ou convulsão (MS 2026).

Prevenção do VSR (para orientar a família e as próximas gestações)

- **Vacina materna (Abrysvo, VSR A e B recombinante):** no calendário da gestante do SUS desde novembro de 2025; dose única de 0,5 mL IM a partir da 28ª semana, em cada gestação. Protege o bebê nos primeiros meses por anticorpos transplacentários.
- **Nirsevimabe (anticorpo monoclonal de dose única):** disponível no SUS desde fevereiro de 2026 (Nota Técnica nº 109/2025-CGICI/DPNI/SVSA/MS) para prematuros com ≤ 36 semanas e 6 dias (de preferência na maternidade, o ano todo) e para crianças < 24 meses com comorbidades (cardiopatia, displasia broncopulmonar, imunocomprometimento, síndrome de Down, fibrose cística, doença neuromuscular, anomalias de via aérea), no período sazonal. Doses na primeira sazonalidade: 50 mg se < 5 kg e 100 mg se ≥ 5 kg; na segunda sazonalidade, 200 mg apenas para crianças com comorbidades (documento técnico da SMS-SP, 2026). O PNI não recomenda intercambiar palivizumabe e nirsevimabe na mesma temporada.
- **Medidas gerais:** aleitamento materno exclusivo até 6 meses, ambiente livre de tabaco e higiene das mãos (AAP).

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Limiar de SpO ₂	O ₂ se SpO ₂ ≤ 92%; < 90% é critério absoluto de internação; alta com > 92% (MS)	Pode não usar O ₂ se SpO ₂ > 90%	Encaminhar se < 92% persistente; internar/O ₂ se < 92% (< 6 semanas ou < 90% (≥ 6 semanas) (2021)	Segue o NICE	Alvo 90–92% conforme a clínica
Broncodilatador, corticoide, adrenalina, antibiótico	Não recomendados	Não usar (salbutamol, adrenalina, corticoide)	Não usar	Segue o NICE	Não rotineiros; broncodilatador só em teste seletivo
Salina hipertônica	Não recomendada (MS); "pode ser considerada" em internados (SBP 2017)	Não no PS; pode em internados (fraca)	Não usar	Segue o NICE	Não no pronto-socorro
Crterios de encaminhamento	Apneia, SpO ₂ < 90%, esforço grave, letargia, recusa alimentar; relativos < 2–3 meses, prematuridade	Avaliar risco (< 12 semanas, prematuridade, cardiopulmonar, imunodeficiência)	Apneia, FR > 70, cianose, SpO ₂ < 92%; considerar se FR > 60 ou ingestão 50–75%	Segue o NICE	< 6 semanas, prematuros, doença crônica, ingestão inadequada
Prevenção VSR	Abrysvo ≥ 28 semanas; nirsevimabe para prematuros ≤ 36s6d e comorbidades < 24 meses	Palivizumabe restrito (2014); hoje CDC indica anticorpo para todo < 8 meses sem vacina materna	Fora do escopo do NG9	Segue o NHS	Nirsevimabe universal < 6 meses

Leitura: as referências convergem em tratar a bronquiolite como doença de suporte, com diagnóstico clínico e sem broncodilatador, corticoide, adrenalina, antibiótico ou fisioterapia de rotina. A principal divergência é o limiar de SpO₂: a AAP aceita SpO₂ > 90% sem oxigênio, o

NICE usa 92% para encaminhamento na atenção primária e mantém 92% abaixo de 6 semanas, e o MS brasileiro adota 90% como critério absoluto e 92% para indicação de oxigênio e para a alta. Na salina hipertônica, a AAP ainda permite uso em internados, enquanto NICE e MS não recomendam. Na prevenção, o Brasil adotou um modelo intermediário (vacina materna a partir de 28 semanas e nirsevimabe para prematuros e comorbidades), enquanto os EUA (CDC) indicam anticorpo a todo lactente < 8 meses cuja mãe não foi vacinada ≥ 14 dias antes do parto e a Espanha o oferece de forma universal, com redução de cerca de 80% nas internações.

PONTOS PRÁTICOS

1. Oximetria de pulso e FR contada em 1 minuto são obrigatórias em todo lactente com suspeita de bronquiolite; desobstrua o nariz antes de medir.
2. Não prescreva salbutamol, corticoide, antibiótico ou salina hipertônica; explique à família o motivo para reduzir a pressão por "remédio".
3. Pergunte o volume das mamadas: ingestão abaixo de 50–75% do habitual é critério de encaminhamento.
4. Apneia, mesmo relatada, é critério de encaminhamento imediato, sobretudo em menores de 3 meses e prematuros.
5. Menores de 3 meses e prematuros nos primeiros 3 dias de doença devem ser reavaliados em 24 h, pois o pico ainda está por vir.
6. Verifique na consulta de pré-natal e na primeira consulta do recém-nascido a vacina materna contra VSR e a indicação de nirsevimabe.

8. Fontes

- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de Manejo Clínico da Bronquiolite Viral Aguda, 2026. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR), 2017. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 109/2025-CGICI/DPNI/SVSA/MS (nirsevimabe), 2025. [PDF](#)
- Prefeitura de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde. Imunização contra o VSR para crianças prematuras e com comorbidades — documento técnico nirsevimabe, 2026. [PDF](#)
- Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Nota Técnica nº 064/2025 — Introdução da vacina VSR no calendário vacinal da gestante, 2025. [PDF](#)

- American Academy of Pediatrics. Ralston SL et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. Pediatrics, 2014 (cópia institucional). [PDF](#)
- Centers for Disease Control and Prevention. RSV immunization guidance for infants and young children. [cdc.gov](https://www.cdc.gov)
- NICE. NG9 — Bronchiolitis in children: diagnosis and management, 2015, atualizado em 2021. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- Martín Ruano J, Alcubilla García L. Bronquiolitis aguda y bronquitis en pediatría. Pediatría Integral (SEPEAP), 2026. [pediatriaintegral.es](https://www.pediatriaintegral.es)
- 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.