

Sibilância recorrente do lactente e do pré-escolar

Fenótipos, índice preditivo de asma, prova terapêutica com corticoide inalatório, manejo da crise e critérios de encaminhamento em menores de 5 anos

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

Sibilância recorrente do lactente e pré-escolar é definida pela SBP como três ou mais episódios de sibilância entre 1 mês e 5 anos de idade (ou sibilância persistente por 30 dias ou mais). A maioria é desencadeada por vírus (VSR, rinovírus) e muitas crianças deixam de sibilar até os 3–6 anos; parte delas tem asma. O índice preditivo de asma (IPA) e a distinção entre sibilância episódica viral e por múltiplos desencadeantes ajudam a estimar o risco e a decidir o tratamento. Nas crises, o broncodilatador de escolha é o salbutamol spray com espaçador e máscara. Crianças com sintomas mais de duas vezes por semana, crises frequentes ou uma crise grave no último ano devem fazer prova terapêutica com corticoide inalatório diário em dose baixa por 2–3 meses (GINA) ou 8–12 semanas (NICE), com reavaliação obrigatória. A maior parte das crises é tratada em casa (●) ou com reavaliação em 24–48 h (●). Encaminhar ao pronto-socorro (●) se não houver resposta ao salbutamol em 1–2 h, FR > 40 irpm, SpO₂ < 92%, cianose, incapacidade de falar ou beber, ou sonolência.

1. O que é e como se apresenta

- **Definição (SBP 2017):** três ou mais episódios de sibilância em criança de 1 mês a 5 anos, ou sibilância persistente por 30 dias ou mais. A AEPap considera frequente a ocorrência de 3 ou mais episódios na mesma estação.
- **Etiologia e fatores associados:** infecções virais (VSR e rinovírus) são os principais desencadeantes; prematuridade, baixo peso ao nascer, tabagismo intrauterino e passivo, uso precoce de antibióticos e refluxo gastroesofágico podem comprometer a função pulmonar (SBP).
- **Fenótipos temporais (coorte de Tucson):**
 - Sibilância transitória precoce (40–60%): início no primeiro ano e remissão até os 3 anos; ligada a vias aéreas de menor calibre, não atópica.
 - Sibilância persistente não atópica: início no primeiro ano, frequentemente após bronquiolite.
 - Sibilância persistente atópica ou de início tardio: associada a atopia, com maior chance de asma na adolescência e na vida adulta.
- **Fenótipos clínicos (European Respiratory Society):**
 - Episódica viral: sibila apenas com infecções respiratórias e fica bem entre os episódios.
 - Múltiplos desencadeantes: sibila também com choro, riso, exercício, mudanças de tempo, poeira; mais relacionada à asma.

- **Diagnóstico de asma em ≤ 5 anos (GINA 2025):** episódios recorrentes de sibilância (ou um episódio com sintomas entre as crises), diagnóstico alternativo improvável e resposta ao tratamento (melhora em minutos com salbutamol ou durante prova de 2–3 meses com corticoide inalatório).

2. Classificação de gravidade

Classificação da **crise** em crianças ≤ 5 anos, adaptada do GINA 2025 e da SEUP (2024).

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Alerta, fala e brinca, alimenta-se; sibilos leves; tiragem ausente ou discreta; FR pouco aumentada; SpO ₂ $\geq$ 95%	Salbutamol spray com espaçador em casa; plano escrito; retorno programado
● Moderada	Tiragem subcostal e intercostal; FR aumentada (≤ 40 irpm acima de 1 ano); fala frases curtas ou mamadas interrompidas; SpO ₂ 92–94%; boa resposta ao salbutamol em 1 h	Salbutamol a cada 20 min na primeira hora no consultório; corticoide oral se necessário; alta com reavaliação em 24–48 h
● Grave	Agitação, confusão ou sonolência; incapacidade de falar ou beber; FR > 40 irpm; tiragem acentuada, gemência; cianose central; tórax silencioso; SpO ₂ $<$ 92%; ausência de resposta ao salbutamol em 1–2 h	Encaminhar ao PS com oxigênio e salbutamol contínuo durante o transporte

Fatores de risco para crises graves ou evolução para asma

- Crise grave, internação ou UTI no último ano.
- Sintomas diários ou despertares noturnos, uso frequente de salbutamol.
- IPA positivo, dermatite atópica, sensibilização a aeroalérgenos, asma nos pais.
- Prematuridade, displasia broncopulmonar.
- Tabagismo passivo, exposição a mofo e poluição, dificuldade de acesso ao serviço.
- Técnica inalatória inadequada ou baixa adesão ao tratamento de controle.

3. Diagnóstico no consultório

- **Clínico e evolutivo.** Registrar número, gravidade e desencadeantes dos episódios, sintomas entre as crises, resposta ao broncodilatador, história pessoal e familiar de atopia, exposição a tabaco e ambiente domiciliar.
- **Índice preditivo de asma (IPA, Castro-Rodríguez), para crianças com sibilância recorrente:**

- Critérios maiores: asma em um dos pais; dermatite atópica diagnosticada por médico. A versão modificada, usada pela AEPap, acrescenta sensibilização a aeroalérgenos.
- Critérios menores: rinite alérgica; sibilância sem resfriado; eosinofilia $\geq 4\%$.
- IPA positivo: 1 critério maior e/ou 2 menores. Tem valor preditivo positivo modesto (cerca de 59%) e sensibilidade baixa (cerca de 42%) (SBP); é mais útil para afastar asma futura quando negativo.
- **Escore PIAMA:** alternativa que pontua sexo masculino, asma nos pais, prematuridade, frequência de sibilância e eczema (SBP).
- **Exames:** não são necessários na maioria. Radiografia de tórax se sibilância persistente, atípica ou com sinais focais (malformações, infecções, corpo estranho). Hemograma com eosinófilos e IgE específica ou teste cutâneo ajudam a caracterizar atopia, embora menos precisos nessa idade. Espirometria é possível apenas em alguns pré-escolares, com técnica adaptada.
- **Diagnóstico diferencial que não pode passar (SBP):**
 - Frequentes: bronquiolite viral aguda, asma.
 - Menos frequentes: refluxo com aspiração, bronquiolite obliterante, fibrose cística, displasia broncopulmonar, tuberculose.
 - Raros: aspiração de corpo estranho, anel vascular, fístula traqueoesofágica, traqueomalácia, cardiopatia com insuficiência cardíaca, discinesia ciliar, imunodeficiências.
 - Sinais que sugerem outro diagnóstico (GINA): falha de crescimento, início neonatal ou muito precoce, vômitos associados aos sintomas respiratórios, sibilância contínua, estridor ou tosse ladrante recorrente, ausência de resposta ao tratamento, sinais focais pulmonares ou cardiovasculares, baqueteamento digital, hipoxemia fora de infecção viral.

4. Tratamento em casa

Na crise

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Salbutamol spray 100 mcg/jato com espaçador e máscara	GINA 2025 (resumo para ≤ 5 anos): 4–6 jatos. SEUP por peso: 4 jatos (5–10 kg), 6 jatos (10–20 kg)	Crise leve: dose única, repetir conforme sintomas. Moderada: a cada 20 min, até 3 doses na 1ª hora	Depois a cada 4–6 h conforme necessidade, por poucos dias	Aplicar um jato por vez, com 5–6 respirações na máscara; nebulização só se espaçador indisponível
Prednisolona oral	1–2 mg/kg/dia	1 vez ao dia	3 a 5 dias	Máximo 20 mg/dia < 2 anos e 30 mg/dia de 2 a 5 anos (GINA). Reservar para crises moderadas a graves (AEPap, SBP 2025)

Controle (manutenção)

- **Sibilância episódica viral leve e pouco frequente:** apenas salbutamol nas crises. O GINA prevê, como opção, curso curto de corticoide inalatório no início das viroses; a AEPap não recomenda o uso intermitente por falta de evidência convincente.
- **Prova terapêutica com corticoide inalatório diário em dose baixa:** indicada se sintomas mais de duas vezes por semana, crises frequentes ou uma crise grave no último ano (GINA). Duração: 2–3 meses (GINA) ou 8–12 semanas (NICE). Dose inicial: budesonida ≤ 200 mcg/dia ou equivalente (AEPap), por spray com espaçador e máscara.
- **Reavaliação ao fim da prova:** se houve boa resposta, manter; o NICE sugere suspender após 8–12 semanas se os sintomas resolveram e rever em 3 meses, reiniciando se houver recaída. Se não houve resposta, checar técnica e adesão, reconsiderar o diagnóstico e não aumentar a dose automaticamente.
- **Se controle insuficiente com dose baixa:** dobrar a dose (GINA); o NICE/BTS/SIGN (2024) passa para dose moderada pediátrica e, só se ainda sem controle, associa antileucotrieno (montelucaste) por 8–12 semanas; a SBP e o GINA aceitam montelucaste como alternativa ao corticoide inalatório, lembrando o alerta da agência norte-americana (FDA, caixa-preta de 2020) sobre efeitos neuropsiquiátricos.
- **Encaminhar ao especialista** se não houver controle com dose moderada ou houver sinais de diagnóstico alternativo.

O que não usar

- Beta-2 agonista de longa ação (salmeterol, formoterol) abaixo de 4 anos (SBP).
- Inaladores de pó seco em menores de 5 anos (dependem de fluxo inspiratório).
- Xaropes broncodilatadores (salbutamol oral), antitussígenos, anti-histamínicos e mucolíticos.

- Antibiótico nas crises virais; azitromicina ainda sem evidência suficiente para uso rotineiro (SBP).
- Corticoide oral repetido para qualquer chiado leve: aumenta efeitos adversos sem benefício.

Medidas de suporte

- Ensinar e rever a técnica do espaçador em todas as consultas; máscara bem acoplada abaixo de 4 anos.
- Ambiente livre de tabaco e mofo; vacinação contra influenza anual a partir de 6 meses e COVID-19 conforme calendário.
- Plano escrito com o que fazer na crise e quando procurar o serviço.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Ausência de resposta a salbutamol repetido em 1–2 h (GINA).
- Criança incapaz de falar ou beber, agitada, confusa ou sonolenta.
- FR > 40 irpm, tiragem acentuada, gemência ou tórax silencioso.
- Cianose ou SpO₂ < 92% em ar ambiente.
- Necessidade de salbutamol em intervalos menores que 2 horas (SEUP).
- Condições sociais que impeçam observação e retorno.

Como encaminhar

1. Manter a criança sentada ou no colo, em posição confortável.
2. **Oxigênio** para SpO₂ ≥ 94%, por máscara ou cateter.
3. **Salbutamol** com espaçador a cada 20 min (ou nebulização com oxigênio) durante a espera e o transporte.
4. **Prednisolona** 1–2 mg/kg (máx. 20 mg < 2 anos; 30 mg de 2 a 5 anos) se ainda não recebeu, desde que consiga engolir.
5. Contatar o serviço de destino com SpO₂, FR, doses e horários; SAMU (192) se sinais de gravidade.

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

- "Muitas crianças cham com viroses nos primeiros anos e melhoram com o crescimento. Algumas têm asma; o acompanhamento mostra qual é o caso."
- "Use a bombinha com espaçador e máscara: um jato de cada vez, contando cinco a seis respirações."

- "O remédio de manutenção (corticoide inalatório) é diário e não serve para a crise; não pare por conta própria."
- Retornar em 24–48 h após uma crise moderada e ao fim da prova terapêutica (2–3 meses).
- Ir ao pronto-socorro se: a bombinha não alivia ou o alívio dura menos de 2–3 horas; respiração muito rápida, afundamento das costelas, gemido; lábios arroxeados; criança não consegue falar, mamar ou beber; sonolência ou agitação intensa.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Definição e predição	≥ 3 episódios de 1 mês a 5 anos; IPA e PIAMA (SBP 2017)	Sem diretriz própria; segue NAEPP/NHLBI (atualização de 2020)	"Asma suspeita" abaixo de 5 anos; testes objetivos a partir dos 5 anos (NG245, 2024)	Segue o NICE	Fenótipos de Tucson; IPA modificado (AEPap)
Broncodilatador na crise	Salbutamol spray com espaçador e máscara	Salbutamol com espaçador	SABA conforme necessidade	Segue o NICE	Salbutamol por peso com espaçador (SEUP)
Controle	CI ou montelucaste nos persistentes; LABA não < 4 anos	NAEPP prevê curso curto de CI no início das viroses em 0–4 anos	Prova de 8–12 semanas com CI em dose baixa pediátrica; suspender e rever	Segue o NICE	CI diário (budesonida ≤ 200 mcg/dia); intermitente não recomendado
Prova terapêutica (GINA)	Adota GINA	—	8–12 semanas	Segue o NICE	Avaliar em 4–6 semanas; manter 2–3 meses se eficaz
Corticoide oral	1–2 mg/kg/dia por 3–5 dias nas crises moderadas a graves (SBP 2025)	Conforme NAEPP	Não abordado no NG245	Segue o NICE	Nas crises moderadas a graves
Encaminhamento ao especialista	Dúvida diagnóstica, falha terapêutica, sinais atípicos	—	Sem controle com CI moderado + montelucaste	Segue o NICE	Falha, dúvida, início nas primeiras semanas de vida

Leitura: todas as referências tratam a sibilância pré-escolar como um grupo heterogêneo, recomendam salbutamol com espaçador nas crises e reservam o corticoide inalatório diário para os que têm sintomas frequentes ou crises graves, sempre como prova terapêutica com reavaliação. As divergências estão no uso intermitente de corticoide inalatório nas viroses

(aceito pelo GINA e pelo NAEPP, não recomendado pela AEPap), na duração da prova (2–3 meses no GINA, 8–12 semanas no NICE) e no segundo passo (dobrar a dose no GINA; no NICE, dose moderada e depois montelucaste). A AAP não publicou diretriz própria de asma ou sibilância; nos EUA a referência é o NAEPP/NHLBI.

PONTOS PRÁTICOS

1. Nem todo chiado recorrente é asma: registre fenótipo, desencadeantes e sintomas entre as crises antes de rotular.
2. Salbutamol spray com espaçador e máscara é tão eficaz quanto a nebulização e deve ser a primeira escolha, inclusive no consultório.
3. Corticoide inalatório diário é prova terapêutica com data para reavaliar (2–3 meses); sem resposta, cheque técnica e adesão e reconsidere o diagnóstico.
4. Limite o corticoide oral às crises moderadas a graves e respeite as doses máximas por idade.
5. Sibilância desde o período neonatal, falha de crescimento, vômitos, sinais focais ou baqueteamento exigem investigação e especialista.
6. Entregue plano escrito e revise a técnica inalatória em toda consulta.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Pneumologia. Guia prático de atualização — Sibilância recorrente do lactente e pré-escolar, 2017. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Alergia. Uso de corticosteroides sistêmicos em doenças alérgicas em pediatria (Documento Científico nº 220), 2025. [PDF](#)
- Global Initiative for Asthma. Management of asthma in children under 5 — GINA 2025 (resumo publicado por Practice Nurse). [practicenurse.co.uk](https://www.practicenurse.co.uk)
- NICE, BTS e SIGN. NG245 — Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management, 2024. [NCBI Bookshelf](#)
- NHS Scotland Right Decisions. Pharmacological management in children under 5 (BTS/NICE/SIGN). rightdecisions.scot.nhs.uk
- NHLBI. Clinician's Guide — 2020 Focused Updates to the Asthma Management Guidelines, 2020. [nhlbi.nih.gov](https://www.nhlbi.nih.gov)
- Úbeda Sansano MI, Murcia García J. Sibilancias recurrentes en los primeros años de vida. Algoritmos AEPap, 2018. [PDF](#)
- Paniagua Calzón N, Benito Fernández J. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias. Protocolos SEUP, 4ª ed., 2024. [PDF](#)

- 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.