



B1

ISSN: 2595-1661

ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Bronquiolite em recém-nascidos e crianças: a atuação da enfermagem

Bronchiolitis in newborns and children: the role of nursing

DOI: 10.55892/jrg.v8i18.2424

ARK: 57118/JRG.v8i18.2424

Recebido: 07/08/2025 | Aceito: 26/08/2025 | Publicado *on-line*: 02/09/2025

Gleidsima Gomes de Carvalho da Silva¹

<https://orcid.org/0009-0006-7340-1923>

<https://lattes.cnpq.br/7282019242603376>

Faculdade Evangélica de Valparaíso-GO, FACEV- Brasil

E-mail: gleidsy.lulupita@hotmail.com

Maria Aparecida Rodrigues Neves²

<https://orcid.org/0009-0005-0247-7536>

<https://lattes.cnpq.br/3819552510621653>

Faculdade Evangélica de Valparaíso-GO, FACEV- Brasil

E-mail: email@email.com

Walquiria Lene dos Santos³

<https://orcid.org/0000-0001-6489-5243>

<https://lattes.cnpq.br/4723603129713855>

Centro Universitário do Planalto Central, UNICEPLAC, Brasil

E-mail: walquirialenedossantos@gmail.com

Sandra Godoi de Passos⁴

<https://orcid.org/0000-0002-6180-2811>

<https://lattes.cnpq.br/4574159500823027>

Faculdade Evangélica de Valparaíso-GO, FACEV- Brasil

E-mail: sandygodoi21@gmail.com



Resumo

A bronquiolite é uma infecção viral respiratória aguda comum em lactentes e representa uma das principais causas de internação hospitalar pediátrica, especialmente em prematuros e crianças com comorbidades. O manejo eficaz da doença requer uma abordagem multiprofissional, com destaque para a atuação da enfermagem em todos os níveis de cuidado. O presente trabalho teve como objetivo analisar, com base em estudos recentes, a importância da atuação da enfermagem no atendimento à criança com bronquiolite. Foi realizada uma revisão da literatura onde buscou-se responder a questão norteadora; Verificou-se que os profissionais de enfermagem desempenham papel central na avaliação clínica precoce, monitoramento contínuo dos sinais vitais, administração de oxigenoterapia e suporte respiratório não invasivo. Além disso, realizam intervenções preventivas, orientam os

¹ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Evangélica -FACEV

² Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Evangélica -FACEV

³ Enfermeira, Doutoranda Universidade Católica de Brasília (UCB); Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (UFG).

⁴ Enfermeira. Mestre em Gerontologia, Universidade Católica de Brasília (UCB).

cuidadores e atuam diretamente na promoção da higiene e no controle de infecções. Técnicas de reabilitação fisioterapêutica respiratória também se mostram relevantes em casos mais graves, com apoio da enfermagem especializada. A comunicação com a equipe multiprofissional e com a família é essencial para garantir cuidados integrados e seguros. Conclui-se que a atuação qualificada da enfermagem contribui significativamente para a redução da morbimortalidade, melhora dos desfechos clínicos e humanização do cuidado.

Palavras-chave: bronquiolite. recém-nascidos. crianças. enfermagem.

Abstract

Bronchiolitis is an acute respiratory viral infection common in infants and represents one of the main causes of pediatric hospitalization, especially in premature infants and children with comorbidities. Effective management of the disease requires a multi-professional approach, with an emphasis on nursing at all levels of care. The aim of this study was to analyze, based on recent studies, the importance of nursing care for children with bronchiolitis. A literature review was carried out in order to answer the guiding question; It was found that nursing professionals play a central role in early clinical assessment, continuous monitoring of vital signs, administration of oxygen therapy and non-invasive respiratory support. In addition, they carry out preventive interventions, guide caregivers and act directly in hygiene promotion and infection control. Respiratory physiotherapy rehabilitation techniques are also relevant in more serious cases, with the support of specialized nursing. Communication with the multi-professional team and the family is essential to ensure integrated and safe care. The conclusion is that qualified nursing care contributes significantly to reducing morbidity and mortality, improving clinical outcomes and humanizing care.

Keywords: bronchiolitis. newborns. children. nursing.

Introdução

Os pulmões, localizados na caixa torácica, são órgãos esponjosos e importantes para a troca gasosa, garantindo a oxigenação do organismo. Eles são divididos em lobos pulmonares por fissuras chamadas cissura. A respiração acontece em duas etapas: a inspiração, que permite a entrada de ar rico em oxigênio (O₂) com a expansão da caixa torácica, e a expiração, que elimina o dióxido de carbono (CO₂) resultante das reações metabólicas, com a retração da caixa torácica. O oxigênio transportado pelo sangue é essencial para a produção de energia nas células, enquanto o gás carbônico é eliminado como subproduto desse processo, mantendo o equilíbrio do organismo.¹

A bronquiolite é uma infecção respiratória viral comum na infância, principalmente em bebês com menos de dois anos. O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é o principal agente causador, responsável por 50% a 90% dos casos. A doença provoca inflamação e obstrução das pequenas vias aéreas, resultando em sintomas como tosse, sibilância, dificuldade para respirar e, em casos mais graves, hipoxemia.²

A gravidade do quadro pode variar de sintomas leves a formas mais severas que exigem suporte ventilatório e internação hospitalar. Estima-se que até 30% dos lactentes acometidos necessitem de hospitalização, o que sobrecarrega o sistema de saúde e impõe desafios emocionais e financeiros às famílias. Além disso, a incidência

da doença apresenta um padrão sazonal, com aumento nos meses mais frios, intensificando a demanda por leitos pediátricos.³

No Brasil, entre 2017 e 2022, houve uma variação significativa nas internações por bronquiolite viral aguda em crianças menores de quatro anos. As médias de internação nos últimos dez anos foram mais elevadas no Sudeste (3.044 internações), seguido pelo Nordeste (1.127), Sul (1.026), Norte (528,27) e Centro-Oeste (461,1). Entre 2017 e 2019, foram registradas 156.105 internações, enquanto no período de 2020 a 2022 esse número caiu para 115.583. A maior prevalência ocorreu na região Sudeste, sendo mais comum em bebês de 1 a 6 meses, no sexo masculino e em crianças de raça parda. A taxa de letalidade foi mais alta em 2020 (0,28%), ano em que os óbitos chegaram a 34, enquanto em 2017 foram 75 e em 2022 aumentaram para 129.^{4,5}

Conforme informações da plataforma Infogripe, da Fiocruz, até o dia 20 de julho de 2024, foram registrados mais de 22 mil casos de infecção respiratória em crianças com até 2 anos, resultando em quase 200 óbitos. Entre o início de fevereiro e a Semana Epidemiológica de 13 a 19 de março, houve um crescimento expressivo no número de casos semanais, que passou de aproximadamente 970 para cerca de 1.870. Já na faixa etária de 5 a 11 anos, a média móvel apresentou um aumento de 216% no mesmo intervalo, saltando de cerca de 160 para uma média estimada de 506 casos por semana.⁶

O problema deste estudo está na seguinte questão norteadora: A enfermagem desenvolve ações para promoção em saúde de forma a prevenir bronquiolite?

A justificativa deste estudo está no fato de que se faz necessário conhecer as dificuldades encontradas na classificação e assistência para bronquiolite

Carla e Borges (2023)⁷ citam que a bronquiolite é uma das principais causas de hospitalização no grupo etários estudados, representando um desafio significativo para os profissionais de saúde, especialmente para a equipe de enfermagem, que desempenha um papel fundamental tanto na prevenção quanto no manejo da doença. A alta incidência justifica a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre sua abordagem, destacando a importância da assistência de enfermagem no controle e tratamento adequado da condição. A atuação da enfermagem é essencial para a identificação precoce dos sinais clínicos, a implementação de cuidados de suporte e a orientação dos responsáveis sobre medidas preventivas, como a higienização das mãos, a amamentação e a redução da exposição a fatores de risco.

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo geral compreender a atuação da enfermagem no atendimento de pacientes com bronquiolite. Dentre os objetivos específicos citam-se: Fornecer uma visão abrangente e atualizada da bronquiolite em recém-nascidos e crianças; Compreender os fatores que influenciam a gravidade dos casos de bronquiolite e destacar as principais estratégias adotadas pela enfermagem.

Métodos:

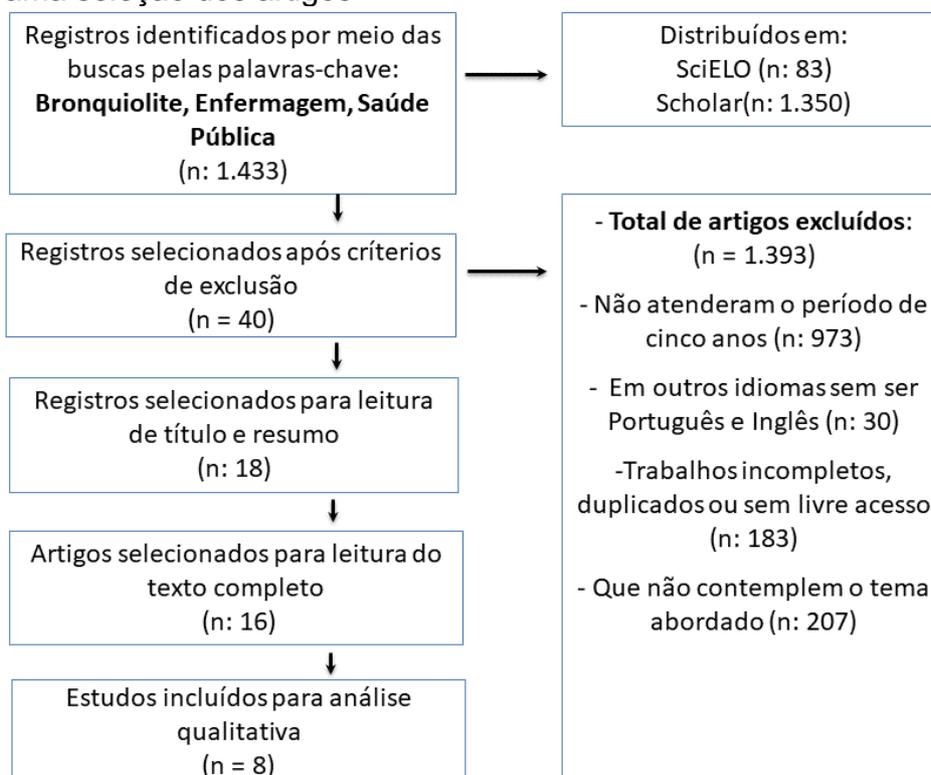
Este estudo se caracteriza como uma revisão integrativa da literatura científica brasileira sobre bronquiolite em recém-nascidos e crianças e assistência de Enfermagem. A Revisão Integrativa permite sintetizar diversos estudos publicados, possibilitando a integralização de conclusões gerais em relação a uma área específica de pesquisa.

Para a coleta de dados, foi realizada uma busca por artigos publicados entre 2020 e 2025, utilizando as bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde. Foram consideradas a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

(LILACS) e com o apoio Google Acadêmico (Google Scholar). Os descritores em saúde foram selecionados por meio da consulta ao DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da BVS, resultando nos seguintes termos: "Bronquiolite", "Enfermagem", "Cuidados de Enfermagem" e "Saúde pública".

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados no período mencionado, disponíveis em português e inglês, com texto completo acessível gratuitamente e que estivessem alinhados aos objetivos deste estudo. Já os critérios de exclusão incluíram: artigos indisponíveis na íntegra e online, manuais e materiais fora do escopo da pesquisa, artigos duplicados, fora do período e idioma especificados, ou que não respondessem à questão principal do estudo.

Fluxograma seleção dos artigos



Epidemiologia da bronquiolite

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) apresenta maior circulação durante o inverno e início da primavera, sendo capaz de provocar surtos epidêmicos, embora sua sazonalidade possa variar de acordo com as características regionais do Brasil. Em áreas tropicais, como boa parte do território nacional, porém pode ocorrer casos em outras épocas do ano. Praticamente todas as crianças são expostas ao VSR até os dois anos de idade. Como a infecção não gera imunidade permanente, reinfecções ao longo da vida são frequentes, porém costumam ser menos severas.⁸

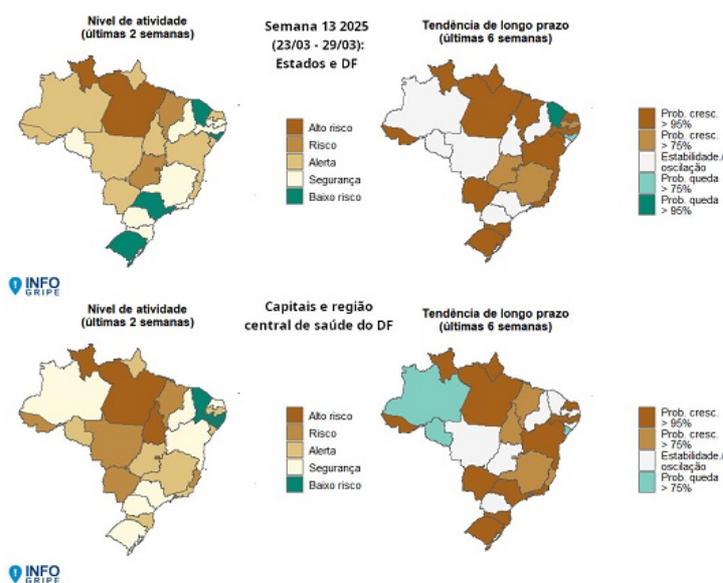
A bronquiolite viral aguda (BVA) reflete uma das principais causas de internação em bebês e crianças, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, estando diretamente relacionada ao aumento da morbidade e dos custos com cuidados hospitalares. Sua prevalência varia de 18% a 32% no primeiro ano de vida, e entre 9% a 17% no segundo ano.⁹ O VSR é responsável por até 75% dos casos, seguido por outros agentes como o rinovírus, vírus parainfluenza, influenza e adenovírus e metapneumovírus. Coinfecções por mais de um vírus podem ser frequentes, incluindo Sars-CoV-2.¹⁰

A bronquiolite, além de ter um padrão sazonal definido, pode apresentar reinfecções dentro do mesmo período. O diagnóstico pode ser feito com base em achados clínicos e radiológicos, o que dificulta a obtenção de dados precisos sobre sua real incidência na população. A mortalidade em crianças hospitalizadas por BVA varia de 1% em casos sem comorbidades até 3,5% entre aquelas com histórico de doenças cardíacas, displasia broncopulmonar, prematuridade ou imunodeficiências.⁹ Infecções bacterianas secundárias também podem agravar a situação, aumentando o risco de óbito.¹¹

Em 2025, o Brasil já registrava cerca de 16 mil casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), sendo 34,3% positivos para algum vírus respiratório. Segundo dados atualizados até abril, 11 das 27 unidades federativas apresentavam níveis de alerta ou alto risco para SRAG, com tendência de crescimento nas últimas seis semanas (Figura 1), especialmente nas regiões Norte (Acre e Amapá), Centro-Oeste (Distrito Federal, Mato Grosso do Sul e Goiás) e Sudeste (Espírito Santo).¹²

Figura 1. Tendência de crescimento dos casos

InfoGripe¹²



A elevação de casos em crianças menores de dois anos tem sido fortemente associada ao VSR, enquanto em faixas etárias entre 2 e 14 anos, o rinovírus tem sido o principal responsável pela continuidade da elevação dos casos em diversas regiões. Nas últimas quatro semanas epidemiológicas, os vírus mais frequentemente identificados nos casos positivos foram: VSR (45,2%), rinovírus (34,4%), Sars-CoV-2 (14,2%), influenza A (7,9%) e influenza B (1,9%). No que diz respeito aos óbitos, o Sars-CoV-2 liderou com 62,7%, seguido por rinovírus (14%), influenza A (10,9%), VSR (3,6%) e influenza B (2,1%).^{12, 13}

Fisiopatologia da bronquiolite

As lesões provocadas por infecções virais no sistema respiratório, bem como os sintomas apresentados, resultam de uma combinação de fatores como a afinidade do vírus por determinadas células das vias respiratórias, seu poder de destruição celular (virulência), o diâmetro das vias aéreas do indivíduo infectado e a resposta imune desencadeada. Apesar de o VSR ser considerado um dos menos agressivos

em ambiente laboratorial, sua forte afinidade pelo epitélio dos bronquíolos explica a gravidade das manifestações respiratórias que pode causar.¹⁴

A infecção pelo VSR geralmente tem início pela mucosa nasal, com um período inicial assintomático de aproximadamente quatro a cinco dias. Após esse tempo, começam a surgir sintomas típicos das infecções do trato respiratório superior. A evolução para os pulmões pode ocorrer, possivelmente, pela aspiração de secreções contaminadas, levando a quadros de bronquiolite ou pneumonia.¹⁵

As lesões nas vias respiratórias se devem tanto à ação direta do vírus nas células, quanto à resposta inflamatória gerada pelo sistema imune. Essa resposta envolve a migração de células de defesa, como leucócitos e macrófagos, que liberam substâncias químicas inflamatórias. Esses mediadores aumentam a permeabilidade vascular e afetam o transporte de íons, o que contribui para o surgimento de edema, acúmulo de secreções e resíduos celulares que, por sua vez, obstruem os bronquíolos e dificultam o fluxo de ar, podendo causar colapsos pulmonares (atelectasias) e desequilíbrio na ventilação-perfusão.¹⁴

Outro fator que potencializa a obstrução das vias aéreas é a contração do músculo liso, potencialmente influenciada por alterações nos sistemas adrenérgico, colinérgico e não adrenérgico/não colinérgico (NANC). Neuropeptídeos, substâncias químicas que atuam como mensageiros, têm papel importante nesse processo de broncoconstrição.¹⁶

Apesar dos avanços nas pesquisas, os mecanismos exatos que desencadeiam a bronquiolite ainda não são completamente compreendidos. A recuperação após infecção pelo VSR parece estar relacionada à produção de imunoglobulinas (IgA, IgG e IgM) e de anticorpos. Esses elementos do sistema imune podem justificar as formas mais brandas observadas em reinfecções. A diversidade dos sintomas em lactentes pode estar associada ao desenvolvimento ainda imaturo das defesas naturais do organismo nessa faixa etária.¹⁷

O papel da Enfermagem no manejo da bronquiolite

A atuação da enfermagem é fundamental na detecção precoce dos sintomas e na implementação de ações preventivas. O processo de enfermagem é utilizado como ferramenta para estruturar a assistência recém-nascido e criança, promovendo também uma comunicação eficaz com a equipe multidisciplinar e a família. A realização de uma triagem cuidadosa, anamnese detalhada e orientações adequadas é crucial para salvar vidas, permitindo que o paciente seja tratado de forma individualizada, considerando sua totalidade e suas necessidades específicas.¹⁸

As intervenções de enfermagem são essenciais no manejo da bronquiolite, especialmente nos atendimentos de emergência e nas unidades de terapia intensiva (UTI). No pronto atendimento, o foco principal é a avaliação cuidadosa dos sinais e sintomas respiratórios, com a implementação imediata de medidas de suporte, como a administração de oxigênio suplementar para manter a saturação acima de 92%. A equipe de enfermagem também realiza aspiração das vias aéreas superiores, administra broncodilatadores e corticoides prescritos e utiliza antitérmicos para o controle da febre e conforto do paciente.¹⁹

A maioria das crianças acometidas apresenta sintomas respiratórios como tosse e dificuldade para respirar, enquanto cerca de 15% manifestam apenas febre. Entre as principais intervenções de enfermagem, destacam-se a oxigenoterapia, aplicada em 90% dos casos, o monitoramento dos sinais vitais, presente em 85%, e a realização de cuidados gerais, que abrangem 80% dos atendimentos.²⁰

Nos casos em que ocorre insuficiência respiratória, é fundamental iniciar rapidamente a ventilação com bolsa-máscara associada ao fornecimento de oxigênio. Se a condição evoluir para maior gravidade, a intubação orotraqueal e o encaminhamento imediato para a UTI pediátrica tornam-se necessários.²¹ A desidratação é uma complicação comum nesses pacientes, exigindo administração cuidadosa de líquidos, seja por via oral ou intravenosa. A monitorização contínua é crucial, visto que recém-nascidos e lactentes podem rapidamente apresentar sinais de fadiga, taquipneia e fraqueza.²²

Dentro da UTI, o cuidado de enfermagem se intensifica com o monitoramento constante das funções respiratórias. Dependendo da gravidade do quadro, pode ser necessário o uso de ventilação mecânica, tanto não invasiva quanto invasiva. Além disso, a equipe é responsável pelo controle rigoroso do balanço hídrico, pelo manejo eficiente das secreções e pela prevenção de infecções secundárias. Um aspecto relevante do cuidado também inclui o suporte emocional e a orientação contínua aos pais e responsáveis, esclarecendo o prognóstico e os cuidados necessários após a alta hospitalar.²³

Ações de promoção de saúde para bronquiolite

O fortalecimento do sistema imunológico constitui uma das principais estratégias para a prevenção de doenças respiratórias na infância. De acordo com Barbosa et al. (2021)²⁴, práticas como a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e a manutenção da vacinação em dia são fundamentais para a redução da incidência de infecções respiratórias. A amamentação, além de suprir as necessidades nutricionais do lactente, promove a transferência de anticorpos maternos, proporcionando proteção contra diversos patógenos respiratórios.²⁴

De maneira complementar, a administração de vacinas, como a contra *Haemophilus influenzae* tipo b e a pneumocócica, revela-se eficaz na prevenção de infecções graves, tais como pneumonia e meningite. Os profissionais de enfermagem têm uma função essencial tanto na verificação e atualização do calendário vacinal quanto na administração de imunobiológicos específicos, como o palivizumabe, quando sua utilização é recomendada. Ademais, cabe a esses profissionais enfatizar a relevância da vacinação contra o vírus influenza entre familiares e cuidadores, visando à proteção indireta das crianças.⁹

O ambiente domiciliar também desempenha papel determinante na prevenção de agravos respiratórios. A exposição ao tabagismo passivo, a poluentes atmosféricos e a condições ambientais inadequadas aumenta significativamente o risco de desenvolvimento de doenças crônicas, como a asma. Nesse sentido, Herter et al. (2023)²⁵ ressaltam que a redução desses fatores de risco, por meio da implementação de políticas públicas voltadas ao controle ambiental e de programas educativos direcionados aos responsáveis, é uma medida efetiva para a diminuição da prevalência dessas enfermidades. A criação de ambientes livres de fumaça e a garantia de ventilação adequada nas residências constituem, portanto, intervenções imprescindíveis para a promoção da saúde respiratória infantil.²⁵

A educação dos familiares e cuidadores acerca dos sinais e sintomas de doenças respiratórias também se mostra essencial para o manejo precoce e eficaz dessas condições. Segundo Rainelli et al. (2022)²⁶, a capacitação de pais e responsáveis para o reconhecimento de situações de risco e para a busca oportuna de atendimento médico é capaz de reduzir de maneira significativa as taxas de mortalidade infantil associadas a complicações respiratórias.²⁶

Corroborando, Soares et al. (2020)²⁷ sugerem que o fortalecimento da atenção primária à saúde, aliado à qualificação de profissionais que atuam em regiões socioeconomicamente desfavorecidas, contribui para a mitigação das desigualdades no acesso e tratamento das doenças respiratórias em crianças. Políticas públicas focadas na promoção da saúde respiratória, como a implementação de espaços livres de tabagismo e a redução dos níveis de poluição ambiental, mostram-se imprescindíveis nesse contexto. Entre as estratégias preventivas mais efetivas destaca-se, ainda, a adoção de práticas de higiene das mãos, as quais possuem impacto significativo na interrupção da cadeia de transmissão de agentes infecciosos.²⁷

Resultados e discussão:

Quadro 1: Síntese dos artigos publicados: N:

Autor e ano	Objetivo	fatores que influenciam a gravidade dos casos de bronquiolite	Atuação da enfermagem no atendimento de pacientes com bronquiolite.	Conclusão
Fernandes et al., 2020. ²⁸	Buscar na literatura se há, algum benefício na inalação hipertônica no tratamento da bronquiolite.	Bebês de até 3 meses de idade ou com fatores de risco pré-existentes como prematuridade, displasia broncopulmonar, cardiopatias congênitas e imunodeficiência podem desenvolver complicações severas da doença.	Entre os principais diagnósticos de enfermagem aplicáveis a lactentes com essa condição estão o padrão respiratório ineficaz, deglutição prejudicada e integridade da pele comprometida. As intervenções mais comuns incluem o posicionamento adequado e confortável do paciente, manutenção da cabeceira do leito elevada, monitoramento contínuo do padrão respiratório e da tolerância à alimentação, além da troca regular do local do oxímetro de pulso para evitar lesões cutâneas. Também se destaca a orientação aos acompanhantes quanto aos cuidados com a pele e medidas gerais de apoio.	A atuação da enfermagem em pacientes com bronquiolite é essencial para a prevenção de complicações e promoção do conforto respiratório. As ações visam reduzir o risco de agravamento do quadro clínico e garantir uma abordagem humanizada e eficaz ao cuidado.
São Bento, 2023. ²⁹	Realizar uma avaliação diagnóstica precisa da criança em cuidados intensivos e elaborar planos de	Recém-nascidos e lactentes, bebês prematuros, crianças com doença cardíaca, pulmonares e imunodeprimidas se encontram mais	A atuação do profissional especializado em enfermagem em reabilitação respiratória é relevante, pois a RFR tem como objetivo prevenir ou atenuar complicações	Em síntese, a atuação da enfermagem especializada em reabilitação respiratória é essencial no cuidado intensivo de crianças com bronquiolite, especialmente em

	<p>intervenção de enfermagem voltados à reabilitação, com base nas demandas específicas identificadas tanto na criança quanto em sua família.</p>	<p>suscetíveis ao mesmo.</p>	<p>decorrentes da obstrução das vias aéreas, como hiperinsuflação pulmonar, atelectasias, prejuízo nas trocas gasosas e aumento do esforço respiratório. As principais abordagens empregadas após a devida avaliação da criança, incluem técnicas como a desobstrução rinofaríngea, expiração lenta prolongada, indução da tosse, drenagem postural, uso de manobras auxiliares como percussão e vibrocompressão, aplicação de soro fisiológico por instilação nasal e aspiração de secreções acumuladas.</p>	<p>grupos de risco como recém-nascidos, prematuros e imunocomprometidos. A avaliação diagnóstica criteriosa, aliada à implementação de técnicas terapêuticas específicas e individualizadas.</p>
<p>Borges et al., 2023.³⁰</p>	<p>Aprofundar o conhecimento acerca da abordagem de projetos sociais para prevenção da bronquiolite</p>	<p>A gravidade da bronquiolite varia conforme idade. Condições climáticas, como temperatura e umidade do ar, exercem influência direta sobre a atividade viral. Em prematuros, a taxa de morbimortalidade é elevada, sobretudo em razão da imaturidade imunológica e da menor proteção hormonal. Crianças com antecedentes de cardiopatias ou doenças pulmonares crônicas também apresentam maior vulnerabilidade à infecção. Entre os fatores agravantes adicionais, destacam-se a ausência de aleitamento materno e a</p>	<p>As recomendações internacionais enfatizam o papel central da terapia de suporte na recuperação clínica do paciente, com ênfase na manutenção adequada da oxigenação e da hidratação. Para assegurar o equilíbrio hídrico, a administração de fluidos deve ser realizada por meio de acesso intravenoso ou por sonda nasogástrica, conforme a necessidade clínica. Além do papel do enfermeiro em promover a prevenção em saúde por meio de projetos sociais de como funciona a abordagem da doença e como os pais podem prevenir o contágio.</p>	<p>Nesse contexto, o enfermeiro exerce uma função essencial, tanto na monitorização contínua do estado clínico da criança quanto na execução e avaliação das intervenções, garantindo que as medidas de suporte sejam eficazes, seguras e individualizadas conforme a condição do paciente, atuando também como promotor de saúde aconselhando pais e responsáveis sobre a doença.</p>

		<p>presença de imunodeficiências. Ainda que a relação entre a exposição ao tabagismo passivo e a severidade das infecções por VSR seja frequentemente sugerida, são necessários estudos mais robustos para comprovar essa associação de forma definitiva.</p>		
Silva et al., 2024. ³¹	<p>Estudo busca identificar cuidados preventivos eficazes da enfermagem para minimizar riscos, reduzir complicações e aprimorar a qualidade de vida de lactentes e suas famílias.</p>	<p>Comorbidades, como problemas cardíacos e respiratórios. Períodos frios e de grande aglomeração de pessoas.</p>	<p>A atuação da enfermagem é fundamental na identificação precoce de sinais clínicos e na adoção de medidas preventivas, sendo o processo de enfermagem uma ferramenta eficaz para sistematizar o cuidado ao lactente. Essa abordagem favorece a comunicação com a equipe multidisciplinar e com os familiares, promovendo uma assistência integral e individualizada. Entre as orientações à família destacam-se: a higienização nasal, a manutenção de ambientes ventilados, a restrição de visitas, a higiene das mãos e de objetos de uso comum, além de evitar locais com aglomeração.</p>	<p>Tais medidas são essenciais para prevenir a progressão da bronquiolite. Quando não há controle adequado, a doença pode evoluir, exigindo hospitalização, uso de medicamentos e procedimentos invasivos. Cabe ao enfermeiro ainda o acompanhamento rigoroso dos sinais vitais e a educação da família, reforçando sua atuação na prevenção de complicações.</p>
Pinheiro et al., 2024. ³²	<p>Analisar as abordagens clínicas da bronquiolite no âmbito pediátrico atual.</p>	<p>Crianças menores de dois anos, especialmente aquelas que apresentam condições clínicas predisponentes — como asma, doenças pulmonares crônicas, cardiopatias graves, imunossupressão,</p>	<p>Dentro da perspectiva de cuidados do profissional de enfermagem para com as crianças ou lactentes acometidos com bronquiolite, se destacam: lavagem nasal com soro fisiológico para desobstrução das vias aéreas, administração de medicação prescrita pelos médicos: como</p>	<p>A bronquiolite, em sua maioria, apresenta caráter autolimitado e tende à recuperação espontânea em lactentes que não possuem comorbidades prévias. No entanto, a forma aguda viral representa uma condição clínica relevante que pode acometer recém-</p>

		hemoglobinopatias ou diabetes mellitus — estão mais propensas à hospitalização, formas graves da enfermidade e possíveis complicações decorrentes do quadro clínico.	corticoides, nebulização com broncodilatadores, oxigenoterapia e controle da saturação, hidratação endovenosa, antitussígenos, antibióticos com o intuito de evitar uma dupla infecção oportunista por bactérias.	nascidos e crianças, oferecendo risco de mortalidade. Dessa forma, o reconhecimento precoce da doença, aliado à intervenção nos fatores de risco que podem ser modificados, é fundamental para melhorar o prognóstico dos pacientes, além de um trabalho em conjunto da equipe multiprofissional no manejo.
Silva et al., 2025. ³³	Analisar e compreender o aumento da hospitalização por bronquiolite em recém nascidos e crianças menores de 5 anos de idade no Brasil.	Lactentes prematuros, assim como crianças que apresentam cardiopatias congênitas, distúrbios pulmonares crônicos, deficiências imunológicas ou quadro de desnutrição, estão mais suscetíveis a maiores índices de morbidade e mortalidade.	Dentre as intervenções de enfermagem estão: administração de oxigênio, monitoramento de sinais vitais, cuidados gerais, administração de medicamentos, educação dos pais com os cuidados, avaliação da necessidade de internação, realização de nebulizações, suporte psicológico com os pais.	Dessa forma, destaca-se a relevância das intervenções de enfermagem aliadas a uma abordagem multidisciplinar no cuidado de crianças, especialmente durante os períodos sazonais de maior incidência de doenças respiratórias. Evidências apontam que a atuação da enfermagem é essencial no manejo da bronquiolite, principalmente em contextos de emergência e em unidades de terapia intensiva (UTI). No atendimento emergencial, os profissionais realizam uma avaliação detalhada dos sinais e sintomas respiratórios, além de adotar medidas de suporte, como a oferta de oxigênio suplementar.
De Luca et al., 2024. ³⁴	O objetivo deste trabalho é fornecer uma revisão multidisciplinar sobre o manejo de bronquiolite severa em	Os autores citam idade como um fator de risco, prematuridade, sexo masculino, fatores socioeconômicos, baixo peso, fatores	A enfermagem exerce papel essencial no cuidado de pacientes com bronquiolite, atuando na avaliação precoce, monitoramento contínuo e administração de	A atuação da enfermagem no atendimento de pacientes com bronquiolite é fundamental para assegurar cuidados de qualidade,

	<p>unidades de terapia intensiva (UTIs) durante períodos de escassez de recursos, com foco em diferentes perspectivas, incluindo a clínica e a saúde pública</p>	<p>ambientais e comorbidades.</p>	<p>terapias como oxigenoterapia e suporte ventilatório não invasivo. Além disso, é responsável por medidas de controle de infecção e pela orientação à família, oferecendo apoio emocional e educativo. Sua atuação integrada à equipe multiprofissional contribui para a detecção de sinais de agravamento, otimização do plano de cuidados e melhora dos desfechos clínicos, promovendo uma recuperação segura e eficaz.</p>	<p>monitoramento contínuo e intervenção precoce, contribuindo para a melhora dos desfechos clínicos. Enfermeiros desempenham papel crucial na avaliação do estado respiratório, administração de terapias, controle de infecção e apoio às famílias, promovendo uma abordagem multidisciplinar eficaz. Sua intervenção possibilita a identificação rápida de sinais de agravamento, otimização do manejo clínico e redução da duração da internação, além de reforçar ações preventivas. Assim, a presença ativa e bem estruturada da enfermagem é essencial para o sucesso do tratamento, a segurança do paciente e a contenção da disseminação da doença, destacando-se como elemento central na gestão de casos de bronquiolite em ambientes hospitalares.</p>
<p>Câmara, Ferreira, Mihessen, 2025.³⁵</p>	<p>O objetivo deste trabalho foi avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e técnicos de enfermagem sobre quando e como utilizar a oxigenoterapia em pacientes</p>	<p>o artigo reforça que o uso inadequado da oxigenoterapia, especialmente a hiperóxia, representa um fator de risco importante a ser considerado na assistência pediátrica, principalmente em pacientes que necessitem de ventilação.</p>	<p>Atuação da enfermagem no contexto do atendimento à bronquiolite inclui a avaliação clínica do paciente, administração segura de oxigênio, monitoramento contínuo dos sinais vitais, análise da saturação de oxigênio, ajuste do dispositivo de oxigenoterapia e educação aos familiares. Essa atuação é fundamental para</p>	<p>embora os profissionais de saúde apresentem um bom nível de conhecimento geral sobre o uso da oxigenoterapia em pacientes pediátricos, há uma lacuna importante na compreensão dos riscos associados à hiperóxia e aos efeitos deletérios dessa terapêutica. Os profissionais sabem quando e como</p>

	pediátricos, ou seja, crianças.		garantir a utilização adequada do oxigênio, minimizar riscos de hipoxemia ou hiperóxia, e contribuir para uma recuperação mais segura e eficiente do paciente com bronquiolite	utilizar a oxigenoterapia, mas não reconhecem plenamente os perigos de sua administração inadequada, o que pode levar a complicações, prolongamento do tempo de internação e aumento dos custos hospitalares. Dessa forma, reforça-se a necessidade de investir na educação continuada, campanhas educativas e na elaboração de protocolos clínicos para garantir uma utilização mais segura e eficiente da oxigenoterapia na população pediátrica, com o objetivo de melhorar o prognóstico dos pacientes e reduzir os efeitos adversos.
--	---------------------------------	--	--	---

Fonte: elaboração própria

A bronquiolite aguda, principalmente originada pelo VSR, segue como uma das principais causas de internação de recém-nascidos e lactentes, demandando intervenções clínicas e de cuidados de enfermagem baseadas em evidências. Os estudos avaliados corroboram o papel essencial do enfermeiro em todas as etapas da assistência, desde a prevenção até o cuidado crítico.

Conforme Fernandes et al. (2020), a nebulização com solução salina hipertônica mostrou efeitos consideráveis na dissolução das fluidos e na melhoria da função respiratória em lactentes com bronquiolite. Essa intervenção, quando recomendada e corretamente administrada pela equipe de enfermagem, pode reduzir o período de hospitalização e suavizar complicações respiratórias, destacando a importância de abordagens terapêuticas seguras e eficazes.

A atuação do profissional de enfermagem especialista em reabilitação pulmonar é similarmente destacada por Bento (2023), especialmente no cenário de unidades de terapia intensiva pediátrica (UTINs). O profissional é responsável por implementar práticas como o suporte ventilatório não invasiva, drenagem de secreções, aspirações e monitoramento rigoroso da oxigenação, ações essenciais diante do risco de dificuldade respiratória grave em casos moderados e leves. A atenção individual, considerando a tolerância e o estado de saúde de cada criança, é essencial para garantir sucesso dessas intervenções.

De acordo com Borges et al. (2023), a atuação prática do profissional de saúde é fortalecida quando há combinação entre avaliação clínica precisa, aplicação de diretrizes assistenciais e amparo da família. Isso é especialmente importante na

bronquiolite, pois abrange não apenas o controle de sintomas, mas também o apoio psicológico e a instrução dos cuidadores quanto às ações preventivas e sinais de alerta.

Silva et al. (2024) salientam que a assistência de enfermagem preventiva da bronquiolite é embasado em medidas educativas. O incentivo pelo aleitamento materno único, higienização das mãos, higienização de objetos, limitação de visitas e preservação de locais arejados são medidas comprovadas e efetivas. A educação em saúde é, portanto, fator crucial dos cuidados de enfermagem, colaborando para a diminuição da incidência e da gravidade dos casos.

Pinheiro et al. (2024) expandem essa discussão sobre as abordagens clínicas atuais da bronquiolite na pediatria, preconizando um trabalho em equipe multidisciplinar para o combate da alta morbimortalidade associada a casos graves, particularmente entre lactantes prematuros, com deficiência imunológica e com doenças associadas. A enfermeira, nessa circunstância, tem a responsabilidade de liderar o cuidado assistencial, assegurando o seguimento de protocolos clínicos e o monitoramento constante da condição pulmonar destes pacientes.

Finalmente, Silva et al. (2025) ressaltam o crescimento nos casos de bronquiolite no Brasil, reforçando a urgência de estratégias públicas e institucionais para fortalecimento da atenção primária e qualificação das equipes de enfermagem frente a complicação dos quadros. A educação continuada e o investimento em medidas preventivas são apresentados como pilares para a contenção da demanda hospitalar.

Assim, os achados dos estudos convergem para a valorização da enfermagem como eixo central no enfrentamento da bronquiolite, tanto na linha de frente dos atendimentos de urgência quanto na promoção de cuidados preventivos. O conhecimento técnico-científico, aliado à escuta qualificada e à atuação ética, permite à enfermagem oferecer uma assistência eficaz, integral e humanizada, impactando diretamente na redução de complicações e na melhoria dos desfechos clínicos dos lactentes acometidos pela doença.

Epidemiologia da bronquiolite

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) apresenta maior circulação durante o inverno e início da primavera, sendo capaz de provocar surtos epidêmicos, embora sua sazonalidade possa variar de acordo com as características regionais do Brasil. Em áreas tropicais, como boa parte do território nacional, porém pode ocorrer casos em outras épocas do ano. Praticamente todas as crianças são expostas ao VSR até os dois anos de idade. Como a infecção não gera imunidade permanente, reinfecções ao longo da vida são frequentes, porém costumam ser menos severas.⁸

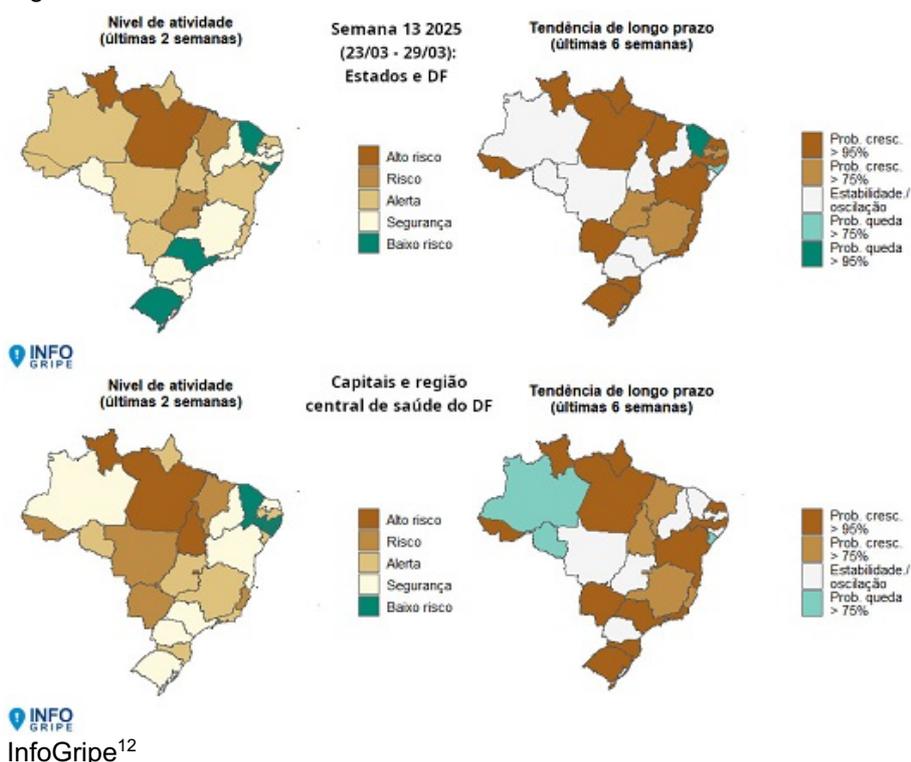
A bronquiolite viral aguda (BVA) reflete uma das principais causas de internação em bebês e crianças, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, estando diretamente relacionada ao aumento da morbidade e dos custos com cuidados hospitalares. Sua prevalência varia de 18% a 32% no primeiro ano de vida, e entre 9% a 17% no segundo ano.⁹ O VSR é responsável por até 75% dos casos, seguido por outros agentes como o rinovírus, vírus parainfluenza, influenza e adenovírus e metapneumovírus. Coinfecções por mais de um vírus podem ser frequentes, incluindo Sars-CoV-2.¹⁰

A bronquiolite, além de ter um padrão sazonal definido, pode apresentar reinfecções dentro do mesmo período. O diagnóstico pode ser feito com base em achados clínicos e radiológicos, o que dificulta a obtenção de dados precisos sobre sua real incidência na população. A mortalidade em crianças hospitalizadas por BVA

varia de 1% em casos sem comorbidades até 3,5% entre aquelas com histórico de doenças cardíacas, displasia broncopulmonar, prematuridade ou imunodeficiências.⁹ Infecções bacterianas secundárias também podem agravar a situação, aumentando o risco de óbito.¹¹

Em 2025, o Brasil já registrava cerca de 16 mil casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), sendo 34,3% positivos para algum vírus respiratório. Segundo dados atualizados até abril, 11 das 27 unidades federativas apresentavam níveis de alerta ou alto risco para SRAG, com tendência de crescimento nas últimas seis semanas (Figura 1), especialmente nas regiões Norte (Acre e Amapá), Centro-Oeste (Distrito Federal, Mato Grosso do Sul e Goiás) e Sudeste (Espírito Santo).¹²

Figura 1. Tendência de crescimento dos casos



A elevação de casos em crianças menores de dois anos tem sido fortemente associada ao VSR, enquanto em faixas etárias entre 2 e 14 anos, o rinovírus tem sido o principal responsável pela continuidade da elevação dos casos em diversas regiões. Nas últimas quatro semanas epidemiológicas, os vírus mais frequentemente identificados nos casos positivos foram: VSR (45,2%), rinovírus (34,4%), Sars-CoV-2 (14,2%), influenza A (7,9%) e influenza B (1,9%). No que diz respeito aos óbitos, o Sars-CoV-2 liderou com 62,7%, seguido por rinovírus (14%), influenza A (10,9%), VSR (3,6%) e influenza B (2,1%).^{12, 13}

Fisiopatologia da bronquiolite

As lesões provocadas por infecções virais no sistema respiratório, bem como os sintomas apresentados, resultam de uma combinação de fatores como a afinidade do vírus por determinadas células das vias respiratórias, seu poder de destruição celular (virulência), o diâmetro das vias aéreas do indivíduo infectado e a resposta imune desencadeada. Apesar de o VSR ser considerado um dos menos agressivos em ambiente laboratorial, sua forte afinidade pelo epitélio dos bronquíolos explica a gravidade das manifestações respiratórias que pode causar.¹⁴

A infecção pelo VSR geralmente tem início pela mucosa nasal, com um período inicial assintomático de aproximadamente quatro a cinco dias. Após esse tempo, começam a surgir sintomas típicos das infecções do trato respiratório superior. A evolução para os pulmões pode ocorrer, possivelmente, pela aspiração de secreções contaminadas, levando a quadros de bronquiolite ou pneumonia.¹⁵

As lesões nas vias respiratórias se devem tanto à ação direta do vírus nas células, quanto à resposta inflamatória gerada pelo sistema imune. Essa resposta envolve a migração de células de defesa, como leucócitos e macrófagos, que liberam substâncias químicas inflamatórias. Esses mediadores aumentam a permeabilidade vascular e afetam o transporte de íons, o que contribui para o surgimento de edema, acúmulo de secreções e resíduos celulares que, por sua vez, obstruem os bronquíolos e dificultam o fluxo de ar, podendo causar colapsos pulmonares (atelectasias) e desequilíbrio na ventilação-perfusão.¹⁴

Outro fator que potencializa a obstrução das vias aéreas é a contração do músculo liso, potencialmente influenciada por alterações nos sistemas adrenérgico, colinérgico e não adrenérgico/não colinérgico (NANC). Neuropeptídeos, substâncias químicas que atuam como mensageiros, têm papel importante nesse processo de broncoconstrição.¹⁶

Apesar dos avanços nas pesquisas, os mecanismos exatos que desencadeiam a bronquiolite ainda não são completamente compreendidos. A recuperação após infecção pelo VSR parece estar relacionada à produção de imunoglobulinas (IgA, IgG e IgM) e de anticorpos. Esses elementos do sistema imune podem justificar as formas mais brandas observadas em reinfecções. A diversidade dos sintomas em lactentes pode estar associada ao desenvolvimento ainda imaturo das defesas naturais do organismo nessa faixa etária.¹⁷

O papel da Enfermagem no manejo da bronquiolite

A atuação da enfermagem é fundamental na detecção precoce dos sintomas e na implementação de ações preventivas. O processo de enfermagem é utilizado como ferramenta para estruturar a assistência recém-nascido e criança, promovendo também uma comunicação eficaz com a equipe multidisciplinar e a família. A realização de uma triagem cuidadosa, anamnese detalhada e orientações adequadas é crucial para salvar vidas, permitindo que o paciente seja tratado de forma individualizada, considerando sua totalidade e suas necessidades específicas.¹⁸

As intervenções de enfermagem são essenciais no manejo da bronquiolite, especialmente nos atendimentos de emergência e nas unidades de terapia intensiva (UTI). No pronto atendimento, o foco principal é a avaliação cuidadosa dos sinais e sintomas respiratórios, com a implementação imediata de medidas de suporte, como a administração de oxigênio suplementar para manter a saturação acima de 92%. A equipe de enfermagem também realiza aspiração das vias aéreas superiores, administra broncodilatadores e corticoides prescritos e utiliza antitérmicos para o controle da febre e conforto do paciente.¹⁹

A maioria das crianças acometidas apresenta sintomas respiratórios como tosse e dificuldade para respirar, enquanto cerca de 15% manifestam apenas febre. Entre as principais intervenções de enfermagem, destacam-se a oxigenoterapia, aplicada em 90% dos casos, o monitoramento dos sinais vitais, presente em 85%, e a realização de cuidados gerais, que abrangem 80% dos atendimentos.²⁰

Nos casos em que ocorre insuficiência respiratória, é fundamental iniciar rapidamente a ventilação com bolsa-máscara associada ao fornecimento de oxigênio. Se a condição evoluir para maior gravidade, a intubação orotraqueal e o

encaminhamento imediato para a UTI pediátrica tornam-se necessários.²¹ A desidratação é uma complicação comum nesses pacientes, exigindo administração cuidadosa de líquidos, seja por via oral ou intravenosa. A monitorização contínua é crucial, visto que recém-nascidos e lactentes podem rapidamente apresentar sinais de fadiga, taquipneia e fraqueza.²²

Dentro da UTI, o cuidado de enfermagem se intensifica com o monitoramento constante das funções respiratórias. Dependendo da gravidade do quadro, pode ser necessário o uso de ventilação mecânica, tanto não invasiva quanto invasiva. Além disso, a equipe é responsável pelo controle rigoroso do balanço hídrico, pelo manejo eficiente das secreções e pela prevenção de infecções secundárias. Um aspecto relevante do cuidado também inclui o suporte emocional e a orientação contínua aos pais e responsáveis, esclarecendo o prognóstico e os cuidados necessários após a alta hospitalar.²³

Ações de promoção de saúde para bronquiolite

O fortalecimento do sistema imunológico constitui uma das principais estratégias para a prevenção de doenças respiratórias na infância. De acordo com Barbosa et al. (2021)²⁴, práticas como a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e a manutenção da vacinação em dia são fundamentais para a redução da incidência de infecções respiratórias. A amamentação, além de suprir as necessidades nutricionais do lactente, promove a transferência de anticorpos maternos, proporcionando proteção contra diversos patógenos respiratórios.²⁴

De maneira complementar, a administração de vacinas, como a contra *Haemophilus influenzae* tipo b e a pneumocócica, revela-se eficaz na prevenção de infecções graves, tais como pneumonia e meningite. Os profissionais de enfermagem têm uma função essencial tanto na verificação e atualização do calendário vacinal quanto na administração de imunobiológicos específicos, como o palivizumabe, quando sua utilização é recomendada. Ademais, cabe a esses profissionais enfatizar a relevância da vacinação contra o vírus influenza entre familiares e cuidadores, visando à proteção indireta das crianças.⁹

O ambiente domiciliar também desempenha papel determinante na prevenção de agravos respiratórios. A exposição ao tabagismo passivo, a poluentes atmosféricos e a condições ambientais inadequadas aumenta significativamente o risco de desenvolvimento de doenças crônicas, como a asma. Nesse sentido, Herter et al. (2023)²⁵ ressaltam que a redução desses fatores de risco, por meio da implementação de políticas públicas voltadas ao controle ambiental e de programas educativos direcionados aos responsáveis, é uma medida efetiva para a diminuição da prevalência dessas enfermidades. A criação de ambientes livres de fumaça e a garantia de ventilação adequada nas residências constituem, portanto, intervenções imprescindíveis para a promoção da saúde respiratória infantil.²⁵

A educação dos familiares e cuidadores acerca dos sinais e sintomas de doenças respiratórias também se mostra essencial para o manejo precoce e eficaz dessas condições. Segundo Rainelli et al. (2022)²⁶, a capacitação de pais e responsáveis para o reconhecimento de situações de risco e para a busca oportuna de atendimento médico é capaz de reduzir de maneira significativa as taxas de mortalidade infantil associadas a complicações respiratórias.²⁶

Corroborando, Soares et al. (2020)²⁷ sugerem que o fortalecimento da atenção primária à saúde, aliado à qualificação de profissionais que atuam em regiões socioeconomicamente desfavorecidas, contribui para a mitigação das desigualdades no acesso e tratamento das doenças respiratórias em crianças. Políticas públicas

focadas na promoção da saúde respiratória, como a implementação de espaços livres de tabagismo e a redução dos níveis de poluição ambiental, mostram-se imprescindíveis nesse contexto. Entre as estratégias preventivas mais efetivas destaca-se, ainda, a adoção de práticas de higiene das mãos, as quais possuem impacto significativo na interrupção da cadeia de transmissão de agentes infecciosos.²⁷

Epidemiologia da bronquiolite

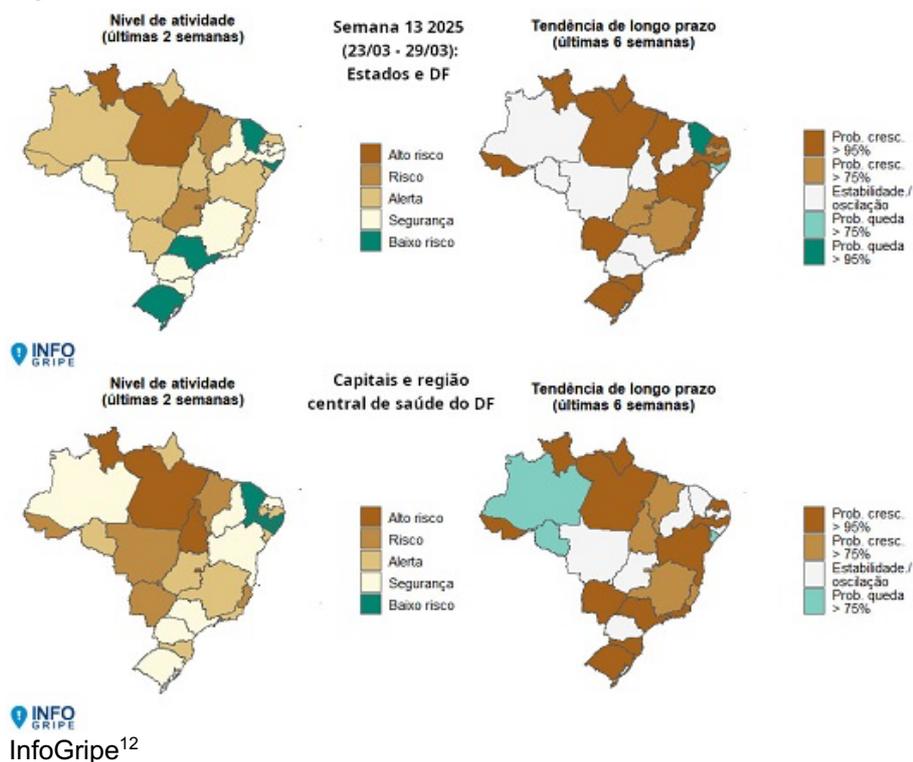
O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) apresenta maior circulação durante o inverno e início da primavera, sendo capaz de provocar surtos epidêmicos, embora sua sazonalidade possa variar de acordo com as características regionais do Brasil. Em áreas tropicais, como boa parte do território nacional, porém pode ocorrer casos em outras épocas do ano. Praticamente todas as crianças são expostas ao VSR até os dois anos de idade. Como a infecção não gera imunidade permanente, reinfecções ao longo da vida são frequentes, porém costumam ser menos severas.⁸

A bronquiolite viral aguda (BVA) reflete uma das principais causas de internação em bebês e crianças, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, estando diretamente relacionada ao aumento da morbidade e dos custos com cuidados hospitalares. Sua prevalência varia de 18% a 32% no primeiro ano de vida, e entre 9% a 17% no segundo ano.⁹ O VSR é responsável por até 75% dos casos, seguido por outros agentes como o rinovírus, vírus parainfluenza, influenza e adenovírus e metapneumovírus. Coinfecções por mais de um vírus podem ser frequentes, incluindo Sars-CoV-2.¹⁰

A bronquiolite, além de ter um padrão sazonal definido, pode apresentar reinfecções dentro do mesmo período. O diagnóstico pode ser feito com base em achados clínicos e radiológicos, o que dificulta a obtenção de dados precisos sobre sua real incidência na população. A mortalidade em crianças hospitalizadas por BVA varia de 1% em casos sem comorbidades até 3,5% entre aquelas com histórico de doenças cardíacas, displasia broncopulmonar, prematuridade ou imunodeficiências.⁹ Infecções bacterianas secundárias também podem agravar a situação, aumentando o risco de óbito.¹¹

Em 2025, o Brasil já registrava cerca de 16 mil casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), sendo 34,3% positivos para algum vírus respiratório. Segundo dados atualizados até abril, 11 das 27 unidades federativas apresentavam níveis de alerta ou alto risco para SRAG, com tendência de crescimento nas últimas seis semanas (Figura 1), especialmente nas regiões Norte (Acre e Amapá), Centro-Oeste (Distrito Federal, Mato Grosso do Sul e Goiás) e Sudeste (Espírito Santo).¹²

Figura 1. Tendência de crescimento dos casos

InfoGripe¹²

A elevação de casos em crianças menores de dois anos tem sido fortemente associada ao VSR, enquanto em faixas etárias entre 2 e 14 anos, o rinovírus tem sido o principal responsável pela continuidade da elevação dos casos em diversas regiões. Nas últimas quatro semanas epidemiológicas, os vírus mais frequentemente identificados nos casos positivos foram: VSR (45,2%), rinovírus (34,4%), Sars-CoV-2 (14,2%), influenza A (7,9%) e influenza B (1,9%). No que diz respeito aos óbitos, o Sars-CoV-2 liderou com 62,7%, seguido por rinovírus (14%), influenza A (10,9%), VSR (3,6%) e influenza B (2,1%).^{12, 13}

Fisiopatologia da bronquiolite

As lesões provocadas por infecções virais no sistema respiratório, bem como os sintomas apresentados, resultam de uma combinação de fatores como a afinidade do vírus por determinadas células das vias respiratórias, seu poder de destruição celular (virulência), o diâmetro das vias aéreas do indivíduo infectado e a resposta imune desencadeada. Apesar de o VSR ser considerado um dos menos agressivos em ambiente laboratorial, sua forte afinidade pelo epitélio dos bronquíolos explica a gravidade das manifestações respiratórias que pode causar.¹⁴

A infecção pelo VSR geralmente tem início pela mucosa nasal, com um período inicial assintomático de aproximadamente quatro a cinco dias. Após esse tempo, começam a surgir sintomas típicos das infecções do trato respiratório superior. A evolução para os pulmões pode ocorrer, possivelmente, pela aspiração de secreções contaminadas, levando a quadros de bronquiolite ou pneumonia.¹⁵

As lesões nas vias respiratórias se devem tanto à ação direta do vírus nas células, quanto à resposta inflamatória gerada pelo sistema imune. Essa resposta envolve a migração de células de defesa, como leucócitos e macrófagos, que liberam substâncias químicas inflamatórias. Esses mediadores aumentam a permeabilidade vascular e afetam o transporte de íons, o que contribui para o surgimento de edema, acúmulo de secreções e resíduos celulares que, por sua vez, obstruem os bronquíolos

e dificultam o fluxo de ar, podendo causar colapsos pulmonares (atelectasias) e desequilíbrio na ventilação-perfusão.¹⁴

Outro fator que potencializa a obstrução das vias aéreas é a contração do músculo liso, potencialmente influenciada por alterações nos sistemas adrenérgico, colinérgico e não adrenérgico/não colinérgico (NANC). Neuropeptídeos, substâncias químicas que atuam como mensageiros, têm papel importante nesse processo de broncoconstrição.¹⁶

Apesar dos avanços nas pesquisas, os mecanismos exatos que desencadeiam a bronquiolite ainda não são completamente compreendidos. A recuperação após infecção pelo VSR parece estar relacionada à produção de imunoglobulinas (IgA, IgG e IgM) e de anticorpos. Esses elementos do sistema imune podem justificar as formas mais brandas observadas em reinfecções. A diversidade dos sintomas em lactentes pode estar associada ao desenvolvimento ainda imaturo das defesas naturais do organismo nessa faixa etária.¹⁷

O papel da Enfermagem no manejo da bronquiolite

A atuação da enfermagem é fundamental na detecção precoce dos sintomas e na implementação de ações preventivas. O processo de enfermagem é utilizado como ferramenta para estruturar a assistência recém-nascido e criança, promovendo também uma comunicação eficaz com a equipe multidisciplinar e a família. A realização de uma triagem cuidadosa, anamnese detalhada e orientações adequadas é crucial para salvar vidas, permitindo que o paciente seja tratado de forma individualizada, considerando sua totalidade e suas necessidades específicas.¹⁸

As intervenções de enfermagem são essenciais no manejo da bronquiolite, especialmente nos atendimentos de emergência e nas unidades de terapia intensiva (UTI). No pronto atendimento, o foco principal é a avaliação cuidadosa dos sinais e sintomas respiratórios, com a implementação imediata de medidas de suporte, como a administração de oxigênio suplementar para manter a saturação acima de 92%. A equipe de enfermagem também realiza aspiração das vias aéreas superiores, administra broncodilatadores e corticoides prescritos e utiliza antitérmicos para o controle da febre e conforto do paciente.¹⁹

A maioria das crianças acometidas apresenta sintomas respiratórios como tosse e dificuldade para respirar, enquanto cerca de 15% manifestam apenas febre. Entre as principais intervenções de enfermagem, destacam-se a oxigenoterapia, aplicada em 90% dos casos, o monitoramento dos sinais vitais, presente em 85%, e a realização de cuidados gerais, que abrangem 80% dos atendimentos.²⁰

Nos casos em que ocorre insuficiência respiratória, é fundamental iniciar rapidamente a ventilação com bolsa-máscara associada ao fornecimento de oxigênio. Se a condição evoluir para maior gravidade, a intubação orotraqueal e o encaminhamento imediato para a UTI pediátrica tornam-se necessários.²¹ A desidratação é uma complicação comum nesses pacientes, exigindo administração cuidadosa de líquidos, seja por via oral ou intravenosa. A monitorização contínua é crucial, visto que recém-nascidos e lactentes podem rapidamente apresentar sinais de fadiga, taquipneia e fraqueza.²²

Dentro da UTI, o cuidado de enfermagem se intensifica com o monitoramento constante das funções respiratórias. Dependendo da gravidade do quadro, pode ser necessário o uso de ventilação mecânica, tanto não invasiva quanto invasiva. Além disso, a equipe é responsável pelo controle rigoroso do balanço hídrico, pelo manejo eficiente das secreções e pela prevenção de infecções secundárias. Um aspecto relevante do cuidado também inclui o suporte emocional e a orientação contínua aos

pais e responsáveis, esclarecendo o prognóstico e os cuidados necessários após a alta hospitalar.²³

Ações de promoção de saúde para bronquiolite

O fortalecimento do sistema imunológico constitui uma das principais estratégias para a prevenção de doenças respiratórias na infância. De acordo com Barbosa et al. (2021)²⁴, práticas como a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e a manutenção da vacinação em dia são fundamentais para a redução da incidência de infecções respiratórias. A amamentação, além de suprir as necessidades nutricionais do lactente, promove a transferência de anticorpos maternos, proporcionando proteção contra diversos patógenos respiratórios.²⁴

De maneira complementar, a administração de vacinas, como a contra *Haemophilus influenzae* tipo b e a pneumocócica, revela-se eficaz na prevenção de infecções graves, tais como pneumonia e meningite. Os profissionais de enfermagem têm uma função essencial tanto na verificação e atualização do calendário vacinal quanto na administração de imunobiológicos específicos, como o palivizumabe, quando sua utilização é recomendada. Ademais, cabe a esses profissionais enfatizar a relevância da vacinação contra o vírus influenza entre familiares e cuidadores, visando à proteção indireta das crianças.⁹

O ambiente domiciliar também desempenha papel determinante na prevenção de agravos respiratórios. A exposição ao tabagismo passivo, a poluentes atmosféricos e a condições ambientais inadequadas aumenta significativamente o risco de desenvolvimento de doenças crônicas, como a asma. Nesse sentido, Herter et al. (2023)²⁵ ressaltam que a redução desses fatores de risco, por meio da implementação de políticas públicas voltadas ao controle ambiental e de programas educativos direcionados aos responsáveis, é uma medida efetiva para a diminuição da prevalência dessas enfermidades. A criação de ambientes livres de fumaça e a garantia de ventilação adequada nas residências constituem, portanto, intervenções imprescindíveis para a promoção da saúde respiratória infantil.²⁵

A educação dos familiares e cuidadores acerca dos sinais e sintomas de doenças respiratórias também se mostra essencial para o manejo precoce e eficaz dessas condições. Segundo Rainelli et al. (2022)²⁶, a capacitação de pais e responsáveis para o reconhecimento de situações de risco e para a busca oportuna de atendimento médico é capaz de reduzir de maneira significativa as taxas de mortalidade infantil associadas a complicações respiratórias.²⁶

Corroborando, Soares et al. (2020)²⁷ sugerem que o fortalecimento da atenção primária à saúde, aliado à qualificação de profissionais que atuam em regiões socioeconomicamente desfavorecidas, contribui para a mitigação das desigualdades no acesso e tratamento das doenças respiratórias em crianças. Políticas públicas focadas na promoção da saúde respiratória, como a implementação de espaços livres de tabagismo e a redução dos níveis de poluição ambiental, mostram-se imprescindíveis nesse contexto. Entre as estratégias preventivas mais efetivas destaca-se, ainda, a adoção de práticas de higiene das mãos, as quais possuem impacto significativo na interrupção da cadeia de transmissão de agentes infecciosos.²⁷

Considerações finais

A bronquiolite representa um dos principais desafios para a saúde infantil, configurando-se como uma enfermidade de elevada prevalência e potencial gravidade, especialmente em lactentes e recém-nascidos com comorbidades ou imunidade comprometida. Diante desse cenário, torna-se evidente a importância de uma assistência de enfermagem qualificada, pautada em intervenções baseadas em evidências, avaliação criteriosa e atuação multidisciplinar.

Ao longo deste estudo, observou-se que a enfermagem desempenha papel essencial não apenas no tratamento, mas principalmente na prevenção de complicações associadas à bronquiolite, através de ações educativas direcionadas aos familiares, promoção de medidas preventivas e acompanhamento contínuo do estado clínico da criança. A implementação de práticas como a nebulização com solução salina hipertônica, cuidados com a hidratação e oxigenação, bem como o monitoramento rigoroso dos sinais vitais, revela-se indispensável para a promoção da segurança e do bem-estar do paciente.

Além disso, a atuação do enfermeiro especialista em reabilitação respiratória destaca-se como fundamental, especialmente em contextos de maior complexidade, como as unidades de terapia intensiva pediátrica, onde são requeridos conhecimentos técnicos específicos para o manejo das intercorrências respiratórias e prevenção de complicações graves.

Conclui-se que o fortalecimento da capacitação profissional, associado ao desenvolvimento de políticas públicas que incentivem ambientes saudáveis e o acesso equitativo à assistência qualificada, é imprescindível para reduzir a morbimortalidade associada à bronquiolite. Ressalta-se, ainda, a necessidade de mais estudos voltados para a atualização de protocolos assistenciais e o aprimoramento das práticas de enfermagem, garantindo um cuidado cada vez mais humanizado, seguro e resolutivo.

Por fim, evidencia-se que a enfermagem ocupa posição estratégica na condução do cuidado integral ao lactente com bronquiolite, atuando na promoção da saúde, na prevenção de agravos e na reabilitação, reafirmando seu compromisso ético e técnico com a qualidade da assistência prestada.

Referências

1. Fattini, C. A., & Dangelo, J. G. (2024). Anatomia humana básica. In *Anatomia Humana Básica* 3^o edição (pp. 184-184).
2. Wei, Luíza Fricks Cabellino, Barbieri MC, Gabriel P, Volpato AM, Friedrich VF, et al. Bronquiolite Viral Aguda: Atualizações no Diagnóstico, Manejo e Prevenção. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 2025 Mar 11;7(3):1181–90.
3. Pereira CP, Junior MJV, Santos TLL dos, Ferreira MV, Ferreira MFGH. BRONQUIOLITE VIRAL: UMA REVISÃO NARRATIVA. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 2024 Jun 21;6(6):1571–86.
4. Prado SI, Novais MAP de. Internações pediátricas por bronquiolite no Brasil: caracterização longitudinal e gastos hospitalares. *Acta paul enferm* [Internet]. 2024;37:eAPE00876. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0000876>
5. Carolyn A. Perfil epidemiológico de lactentes hospitalizados por bronquiolite aguda: comparação entre antes e durante a pandemia da COVID-19. *Pucgoiasedubr* [Internet]. 2024 [citado 3 de abril de 2025]; Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/7638>
6. InfoGripe indica aumento de casos semanais de SRAG em crianças [Internet]. Agência Fiocruz de Notícias. 2022 [cited 2025 Apr 14]. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/infogripe-indica-aumento-de-casos-semanais-de-srag-em-criancas>
7. Carla A, Borges MP. Bronquiolite Viral Aguda: Olhar Social e Práticas Clínicas. Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research). European Organization for Nuclear Research; 2023.
8. Vírus sincicial respiratório (VSR) - Família SBIm [Internet]. familia.sbim.org.br [acesso 06 maio 2025] Disponível em: <https://familia.sbim.org.br/doencas/virus-sincicial-respiratorio-vsr>
9. Alves G, Ana Carolina Oliveira, Luyza A, Bhrisa Avlis Ferraz, Ferreira A, Eloísa Corrêa Damacena, et al. Bronquiolite Viral Aguda: Um Panorama Completo da Definição, Epidemiologia, Fisiopatologia, Sintomas, Tratamento e Desfecho. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 2024 Jul 24;6(7):2430–42.
10. Angurana SK, Williams V, Takia L. Acute Viral Bronchiolitis: A Narrative Review. *Journal of Pediatric Intensive Care*. 2020 Sep 2;
11. Lima, R. Bronquiolite aguda. *Life Saving: Separata Científica*, v. 8, n. 19, 2021. Disponível em: <https://sapiencia.ualg.pt/server/api/core/bitstreams/1d10f120-54cc-4f88-9dcb-c66c7336db06/conten>.

12. InfoGripe alerta para aumento de hospitalizações e de casos graves de SRAG em crianças | Portal Fiocruz [Internet]. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). 2025 [cited 2025 Apr 23]. Available from: <https://fiocruz.br/noticia/2025/04/infogripe-alerta-para-aumento-de-hospitalizacoes-e-de-casos-graves-de-srag-em>
13. Norte. Norte e Centro-Oeste têm nível de alerta para síndromes respiratórias [Internet]. Agência Brasil. 2025 [cited 2025 Apr 23]. Available from: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2025-03/norte-e-centro-oeste-tem-nivel-de-alerta-para-sindromes-respiratorias>
14. Angurana SK, Williams V, Takia L. Acute Viral Bronchiolitis: A Narrative Review. *Journal of Pediatric Intensive Care*. 2020 Sep 2;
15. Dalziel SR, Haskell L, O'Brien S, Borland ML, Plint AC, Babl FE, et al. Bronchiolitis. *The Lancet* [Internet]. 2022 Jul;400(10349):392–406. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01016-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01016-9)
16. Harford TJ, Rezaee F, Gupta MK, Bokun V, Naga Prasad SV, Piedimonte G. Respiratory syncytial virus induces β 2-adrenergic receptor dysfunction in human airway smooth muscle cells. *Science Signaling*. 2021 Jun 1;14(685):eabc1983.
17. Smidt Costa J, De Sousa Pinheiro Barbosa J, Fernandes Feitosa Braga V, Flávia Moura Marques A, Magalhães Zendersky F, Da Costa Luiz Bonelly B, et al. Acute viral bronchiolitis in infants: A narrative literature review. *International Seven Journal of Health Research*. 2024 May 14;3(2):708–16.
18. Sousa CS, Ramos JVM, de Andrade JS, Santos YMO, Carvalho TA. VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA. *Rev. Enferm. Atual In Derme* [Internet]. 19º de maio de 2021 [citado 26º de abril de 2025];95(34):e-021072. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/976>
19. Duarte M do CMB, Andrade LB de, Figueiredo BB de, Isabella Botelho da Silva C, Menezes TMGAL de, Bezerra PG de M, et al. Protocolo de bronquiolite viral aguda na criança. *higaiimporgbr* [Internet]. 2024; Available from: <http://higia.imip.org.br/handle/123456789/1038>
20. Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretrizes para o manejo da bronquiolite aguda. 2020 [citado 2025 abr 26]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br>
21. Neto R, Oliveira C, Eithor Henrique Siqueira, Felipe, Guilherme Lima Weksler, Alves F, et al. Infecção respiratória de repetição em crianças: uma revisão de literatura. 2022 Nov 16;20:e11156–6.
22. Rose E, Easter JS. Pediatric emergency 2024 updates. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2025 May;91:13–24.
23. Nascimento CP, Maia LP, Alves PT, Paula AT de, Cunha Junior JP, Abdallah VOS, et al. Invasive mechanical ventilation and biomarkers as predictors of

- bronchopulmonary dysplasia in preterm infants. *Jornal de Pediatria*. 2021 May;97(3):280–6.
24. Teixeira Barbosa EA, Mota Andrade V, Almeida de Oliveira T, Amaral Viana MC, Camelo Chaves EM, da Silva Santos A. Tecnologia educacional para a prevenção de doenças em crianças pré-escolares e escolares. *R. Enferm. Cent. O. Min.* [Internet]. 2º de setembro de 2021 [citado 28º de abril de 2025];11. Disponível em: <http://periodicos.ufsj.edu.br/recom/article/view/3094>
25. Herter E da C, Xavier LF, Barros PB de, Azevedo SP da C de, Lumertz MS, Pinto LA. Management of bronchiolitis and recurrent wheezing in preschoolers. *J bras pneumol* [Internet]. 2023;49(5):e20230298. Available from: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20230298>
26. Rianelli TMS, Andrade LG de. O USO INDISCRIMINADO DE CORTICOSTEROÍDES NO MANEJO DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM CRIANÇAS . REASE [Internet]. 31º de março de 2022 [citado 28º de abril de 2025];8(3):1693-710. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/4755>
27. Soares LDS, Mendonça ABL, Arrighi BB, Amorim GC de, Nunes GV, Moreira NA, Bastos SH, Júnior JP de M. Distúrbios respiratórios em pacientes pediátricos de 0 até 5 anos em Unidades de Saúde de Rio Verde-GO/ Respiratory disorders in pediatric patients aged 0 to 5 years in Health Units in Rio Verde-GO. *Braz. J. Develop.* [Internet]. 2020 Nov. 23 [cited 2025 Apr. 28];6(11):90708-27. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/20283>
28. Fernandes BC, Araújo AM de B, Silva NL da, Silva MR da, Araújo FHS de. Benefícios da Inalação Hipertônica no Tratamento da Bronquiolite em Lactentes / Benefits of Hypertonic Inhalation in the Treatment of Bronchiolitis in Infants. ID on line *REVISTA DE PSICOLOGIA* [Internet]. 2020 Dec 29 [cited 2023 Jan 30];14(53):1129–37. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/download/2901/4582>
29. Cristina S Bento. Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em unidade de cuidados intensivos pediátricos [Internet]. *Rcaap.pt*. 2023 [cited 2025 May 6]. Available from: <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/f09447d6-9844-49fb-a30b-c54a607bce73>
30. BORGES EF, DE R, PAULO M, MOREIRA A. ATUAÇÃO PRÁTICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE. *Revista Acadêmica Saúde e Educação* [Internet]. 2023 [cited 2025 May 6];2(01). Available from: <https://revistaacademicafalog.com.br/index.php/falog/article/view/101>
31. Silva ESB da, Filisbino MS, Alves ALN, Miranda VTS, Ribeiro LH dos S, Gomes DM. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO LACTENTE COMO PREVENÇÃO À BRONQUIOLITE. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. 2024 Dec 10;10(12):2130–52.

32. Pinheiro FER, Araujo EO, Tavares GC, Furtado AFM, Rodrigues B de AN, Rizzi VB, Araújo H e VS, Pio ARM, Vasconcelos ME, Queiroz APV, Sousa C da C, de Carvalho Neto AR, Cavalcante H de JL, Rodrigues EVG, Machado M de C, Queiroz GO, Flor ACM, Ribeiro RNM. Abordagens clínicas da bronquiolite aguda no âmbito atual pediátrico. *Braz. J. Hea. Rev.* [Internet]. 2024 Feb. 16 [cited 2025 May 6];7(1):5837-60. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/67276>
33. Silva DS, Reis GMD, Rodrigues JL, Nogueira KA, Carvalho SF, Faria FC. Aumento de casos de bronquiolite no Brasil. *Rev Acad Saúde Educ.* 2025;4(1):1–10.
34. De Luca D, Pezza L, Vivalda L, Di Nardo M, Lepointeur M, Baraldi E, et al. Critical care of severe bronchiolitis during shortage of ICU resources. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2024 Mar 1;69:102450. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38333363/>
35. Sabryna Mendes Câmara, Ferreira FA, Mihessen MC. Avaliação dos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o uso da oxigenoterapia em um hospital pediátrico. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos.* 2025 Jan 30;8(18):e181838–8.