

# Asma aguda e bronquiolite viral aguda na pediatria: como diferenciar e manejar na emergência

Beatriz Fernanda da Silva<sup>1</sup>, Gustavo Martins Rocha<sup>2</sup>.

*Este texto sintetiza, em linguagem prática e objetiva, pontos essenciais discutidos em aula conduzida pela Dra. Patrícia Lopes, médica emergencista com atuação em emergência pediátrica e terapia intensiva, com ênfase em tomada de decisão na sala de emergência.*

## Resumo

A dispneia é um cenário de alta frequência e grande impacto clínico no pronto atendimento pediátrico. Entre as causas mais comuns, **asma aguda** e **bronquiolite viral aguda (BVA)** frequentemente se sobrepõem em sinais e sintomas, especialmente nos lactentes, e exigem decisões rápidas, baseadas em **idade, epidemiologia, história clínica, exame físico e resposta terapêutica**.

**Palavras-chave:** Asma aguda. Bronquiolite viral aguda. Pediatria. Emergência.

## Dois cenários clássicos à porta da emergência

**Cenário 1 – Lactente (8 meses):** tosse e taquipneia há 48 horas, coriza, piora do trabalho respiratório nas últimas 24 horas; saturação limítrofe em ar ambiente; ausculta com **estertores difusos** e ruídos respiratórios “mistos”, sem sibilância típica evidente. História de episódios semelhantes leves.

<sup>1</sup>Residente de Medicina de Emergência da Santa Casa de Barretos

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Norte Fluminense - UENF, <https://orcid.org/0000-0003-1775-9913>

**Cenário 2 – Criança escolar (8 anos):** tosse e dispneia há 12 horas; histórico claro de **asma desde os 3 anos**; piora após quadro gripal; dificuldade para falar durante a crise; ausculta com **sibilância expiratória bilateral**, sem estertores.

O contraste entre os dois casos antecipa a lógica clínica: **BVA é, em geral, doença do lactente pequeno; asma é mais típica em criança maior**, com história prévia e recorrência.

## Asma aguda na pediatria: pontos-chave para reconhecer

A asma é uma doença caracterizada por **inflamação crônica das vias aéreas**, com **limitação variável do fluxo expiratório**, usualmente reversível espontaneamente ou com tratamento. Os sintomas típicos incluem **sibilância, dispneia, opressão torácica e tosse**, com variação temporal e de intensidade, frequentemente desencadeados por **infecções virais**, alérgenos, exercício e alterações climáticas.

### Particularidades da criança pequena que aumentam gravidade

Em lactentes e pré-escolares, aspectos anatômicos e fisiológicos aumentam vulnerabilidade: **parede torácica mais complacente**, costelas mais horizontais, ventilação mais dependente do diafragma e **maior consumo de oxigênio**. Nessas idades, taquipneia e esforço respiratório podem evoluir rapidamente para **fadiga ventilatória** e hipóxia. Na pediatria, hipóxia pode se manifestar com **bradicardia**, reforçando a necessidade de intervenção precoce uma vez que pode evoluir para parada cardiorespiratória.

## Avaliação inicial: história curta e exame dirigido

Diante de uma criança com histórico de dispneia ou cansaço, deve-se avaliar:

- **Idade e peso** (base para estratificação e dosagens).
- Tempo de evolução e gravidade (piora progressiva, fala, alimentação).
- Uso prévio de medicações, internações, UTI, intubação.
- Suspeita de gatilhos (IVAS recente, fumaça, alergias, exercício).

No exame, além da ausculta pulmonar, é fundamental **auscultar o pescoço** (estridor sugere obstrução alta da via aérea) e buscar sinais de gravidade: **uso de musculatura acessória**, retrações, tiragens, cianose, rebaixamento, fadiga e **tórax silencioso** (sinal de extrema obstrução).

## Diagnóstico: essencialmente clínico (e o que os exames realmente ajudam)

O diagnóstico de asma no pronto atendimento é essencialmente clínico. A utilidade dos exames tem como objetivo **estratificar gravidade e excluir diagnósticos diferenciais**.

- **Gasometria**: indicada quando há suspeita de falência ventilatória (rebaixamento, fadiga, hipoxemia importante). Atenção a um sinal clínico de risco: criança que estava muito agitada e, subitamente, fica rebaixada pode estar retendo CO<sub>2</sub> e evoluindo para hipercapnia.

- **Radiografia de tórax:** ajuda quando há **achado focal**, febre sugestiva de infecção bacteriana, história de engasgo/corpo estranho, sibilância unilateral, suspeita de pneumotórax ou etiologia cardíaca. Na prática, pode ser solicitada com maior liberalidade conforme contexto e disponibilidade, mas não deve atrasar o tratamento.

## Tratamento da asma: três pilares no atendimento inicial

O manejo se organiza em torno de:

1. **β2-agonista de curta ação (SABA)**
2. **Corticosteroide sistêmico**
3. **Oxigênio**, se necessário.

### SABA (salbutamol): primeira linha

A via inalatória, preferencialmente com **inalador dosimetrado e espaçador**, é central. O espaçador aumenta deposição pulmonar e reduz falhas técnicas, especialmente em crianças pequenas e em taquipneia. Na prática, a eficácia depende tanto da droga quanto da **execução correta** (tempo para a criança respirar a medicação, vedação adequada e repetição apropriada dos jatos).

### Beta-2 agonista de curta ação (SABA)

- Salbutamol 100 mcg
- Fazer 4 a 10 jatos a cada 20 minutos, com máscara e espaçador
- Opção alternativa

- Nebulização: 2,5 mg a cada 20 minutos

Bizu prático

- 1 jato para cada 3 kg

- **Máximo de 10 jatos**

### **Corticosteroide sistêmico: previne recrudescência, não “resgata” sozinho**

O corticosteroide não é o responsável pelo alívio imediato; sua função principal é reduzir inflamação e **diminuir risco de recorrência** após o resgate broncodilatador. Via oral é, em geral, tão eficaz quanto a endovenosa, reservando-se a via parenteral para situações como vômitos persistentes, incapacidade de deglutição, ventilação não invasiva/intubação ou falha terapêutica relevante.

### **Corticoide sistêmico**

- **Prednisolona:** 1 a 2 mg/kg VO
- **Dose máxima:** 40 mg/dia
- **Intervalo:** 1x ao dia
- **Duração:** 5 dias

### **Opção parenteral**

- Hidrocortisona
  - **Ataque:** 5 mg/kg
  - **Manutenção:** 2 mg/kg/dose a cada 6 horas

## Asma grave: escalonamento

Nos quadros graves, além de intensificar SABA, associa-se **brometo de ipratrópio** e considera-se **sulfato de magnésio** como adjuvante em pacientes refratários ao tratamento inicial. Suporte ventilatório (VNI e, em casos selecionados, intubação) deve ser decidido por sinais de falência respiratória e não apenas por saturação isolada. Para sequência rápida de intubação, destaca-se a **cetamina** como opção com perfil broncodilatador.

- Brometo de ipratrópio 250 mcg
  - **Nebulização:** 250 mcg a cada 20 minutos na 1ª hora
  - **Após a 1ª hora:** 250 mcg a cada 4 ou 6 horas

## Corticoide sistêmico

- Metilprednisolona
  - **Dose:** 1 a 2 mg/kg/dose
  - **Dose máxima:** 40 mg
  - **Via:** oral ou intravenosa

## Sulfato de magnésio

- Apresentação: 10% ou 50%
- Dose de ataque: até 2 g em 20 minutos
- Outra opção: 50 mg/kg/h EV bolus por 4 horas

## O que não é rotina na crise asmática

Antibióticos não têm papel se não houver evidência de infecção bacteriana. Fármacos como aminofilina/teofilina não são recomendados por baixa eficácia e maior risco de eventos adversos. Epinefrina é reservada para cenários como **anafilaxia** com broncoespasmo associado.

## Bronquiolite viral aguda: reconhecer para não medicalizar o que é suporte

A BVA é uma infecção aguda sazonal com inflamação das pequenas vias aéreas, típica de **crianças menores de 2 anos**, especialmente lactentes. O agente mais associado é o **vírus sincicial respiratório**, embora outros vírus também possam causar o quadro.

## Como costuma começar e evoluir

Em geral, inicia com sintomas de via aérea superior (congestão nasal, rinite), evolui para tosse, dificuldade alimentar e, em seguida, sinais de desconforto respiratório com ausculta variável: **estertores, roncos, sibilos**, muitas vezes concomitantes. O desafio clínico é que, em lactentes, a ausculta pode ser pouco discriminativa, reforçando o papel da idade, história e evolução.

## Diagnóstico é clínico

Radiografia e exames laboratoriais não confirmam diagnóstico de BVA, mas podem ser úteis para excluir pneumonia bacteriana e outras condições conforme gravidade e contexto. Gasometria é reservada para casos com suspeita de hipoventilação/hipercapnia.

## Manejo: suporte bem feito é tratamento

BVA é, predominantemente, **suporte**:

- **Lavagem nasal e aspiração de secreções** (impacto direto na ventilação do lactente).
- **Hidratação** (muitos lactentes pioram por recusa alimentar e desidratação).
- **Oxigenoterapia** conforme saturação e trabalho respiratório.
- **Cateter nasal de alto fluxo (CNAF/TAF) e/ou VNI (CPAP/BiPAP)** em quadros moderados a graves, com reavaliação frequente.

## Medicações: quando testar e quando evitar

Em regra, **corticosteroide não é indicado** na BVA. Broncodilatador pode ser utilizado como **teste terapêutico** em situações limítrofes (idade maior, dúvida diagnóstica, possível componente broncoespástico). Se não houver resposta clínica, deve ser suspenso. Nebulização com adrenalina, magnésio, teofilina e antibiótico (sem pneumonia) não fazem parte do tratamento padrão.

## Critérios práticos para internação e segurança de alta

Internar é prudente quando há:

- Hipoxemia persistente, desconforto importante ou piora progressiva.
- Incapacidade de **alimentar-se/hidratar-se** (particularmente na BVA).
- História de gravidade prévia (UTI, intubação, múltiplas idas ao PS).

- Condições sociais/familiares que inviabilizam vigilância e tratamento domiciliar seguro.

A alta deve considerar estabilidade clínica após observação, orientação clara aos cuidadores e plano de manejo/retorno.

## Profilaxia na bronquiolite: um ponto frequentemente negligenciado

Existe profilaxia para populações de alto risco com anticorpo monoclonal contra o VSR, o **palivizumabe**, destinada a grupos selecionados (prematuidade e comorbidades específicas), com o objetivo de reduzir hospitalizações em sazonalidade.

## Mensagens finais para o plantão

- **BVA é doença do lactente pequeno, viral e tratada com suporte** (nariz, hidratação e oxigênio/TAF/VNI quando necessário).
- **Asma é inflamatória, frequentemente em crianças maiores, e o resgate depende de broncodilatador**; corticoide reduz recrudescência.
- **Ausculta isolada pode enganar**: idade, evolução clínica e resposta terapêutica guiam a decisão.
- Em pediatria, técnica e ambiente importam: criança chorando piora dispneia; **examinar com pais próximos** frequentemente melhora a avaliação e a tolerância.

## REFERÊNCIAS

Global Initiative for Asthma (GINA). *Summary Guide for Asthma Management and Prevention (2024)*.

NICE. *Bronchiolitis in children: diagnosis and management (NG9)*. (atualização com limiares de SpO<sub>2</sub> e recomendações terapêuticas).

American Academy of Pediatrics. *Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis*. Pediatrics.

Canadian Paediatric Society. *Bronchiolitis: Recommendations for diagnosis, monitoring and management*.

CDC. *RSV Immunization Guidance for Infants and Young Children*.

American Academy of Pediatrics. *Recommendations for the Prevention of RSV Disease in Infants and Young Children*.

Canadian Paediatric Society. *RSV prevention strategies for infants and young children (2024–2025)*.