



COMO PROTEGER DA BRONQUIOLITE (VSR)

Prevenção do vírus sincicial respiratório

Conteúdo informativo, em linguagem acessível, para orientar o cuidado do seu filho. Não substitui a consulta nem a orientação do seu pediatra.

VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR)

Como Proteger seu Bebê da Bronquiolite · Guia para Pais e Cuidadores Referências: SBP · AAP · NICE · AEP · Harvard Medical School

Referências: SBP 2025/2026 · AAP · NICE · AEP · Harvard Medical School

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é a principal causa de bronquiolite e de hospitalização por doença respiratória em bebês menores de 1 ano em todo o mundo. Entender como ele age, quais os sinais de alerta e como proteger seu filho é o objetivo deste guia.

1. O que é o Vírus Sincicial Respiratório?

O VSR (Vírus Sincicial Respiratório, do inglês Respiratory Syncytial Virus) é um vírus de RNA altamente contagioso que infecta o trato respiratório. Quase todas as crianças já foram infectadas pelo VSR até os 2 anos de vida — a primeira infecção é a mais grave.

Característica Dados Relevantes

Causa Vírus Sincicial Respiratório – família Pneumoviridae

Principal doença em bebês Bronquiolite (inflamação dos bronquíolos – pequenas vias aéreas dos pulmões)

Faixa etária mais vulnerável Menores de 6 meses – risco máximo de doença grave e hospitalização

Pico de incidência Entre 2 e 5 meses de vida (primeira infecção)

Sazonalidade no Brasil Predomínio nos meses de maior circulação: fevereiro a agosto (varia por região)

Transmissão Gotículas respiratórias e contato direto com secreções; o vírus sobrevive em superfícies por até 6 horas

Período de incubação 2 a 8 dias após o contato

Período de transmissão 3 a 8 dias após o início dos sintomas (pode ser até 4 semanas em imunossuprimidos)

Impacto global Principal causa de hospitalização por infecção respiratória em lactentes em escala mundial (Lancet, 2022)

2. Como a Doença Evolui — Do Resfriado à

Bronquiolite

A infecção pelo VSR começa como um resfriado comum e pode permanecer assim ou evoluir para bronquiolite nos lactentes. Reconhecer os estágios ajuda os pais a identificar o momento certo de buscar atendimento.



Fase Dias Sintomas Típicos O que fazer

1 – Pródromo Dias 1– Coriza, espirros, congestão nasal Cuidados em casa: (resfriado) 3 leve, febre baixa ou ausente, hidratação, soro nasal, tosse suave higiene das vias aéreas

2 – Bronquiolite Dias 3– Tosse mais frequente, chiado Observação atenta; leve 5 (sibilância), respiração levemente retornar ao pediatra se mais rápida, dificuldade leve para não melhorar em 24–48 mamar h ou piorar

3 – Bronquiolite Dias 4– Frequência respiratória Atendimento de moderada a 7 aumentada (> 60 ipm em RN; > emergência imediato grave 50 em lactentes), retrações entre as costelas, recusa alimentar, saturação de O₂ < 94%, cianose

4– Dias 7– Melhora progressiva; tosse pode Manter cuidados de Recuperação 14 persistir por 2–3 semanas suporte; retorno ao pediatra para reavaliação

A maioria dos casos (aproximadamente 80%) evolui de forma leve e pode ser manejada em casa com suporte. Os 20% restantes necessitam de atendimento hospitalar — e o reconhecimento precoce dos sinais de agravamento é decisivo.

3. Grupos de Maior Risco para Doença Grave

Todos os bebês podem ser infectados pelo VSR, mas alguns têm risco significativamente maior de desenvolver bronquiolite grave e necessitar de hospitalização:

Grupo de Risco Por que o Risco é Maior

Prematuros (< 35 semanas de Pulmões imaturos, imunidade reduzida, vias aéreas IG) menores e mais colapsáveis

Recém-nascidos e lactentes < Sistema imune ainda imaturo; qualquer infecção 3 meses respiratória pode ser grave

Cardiopatas congênitas com Reserva cardiopulmonar reduzida – qualquer infecção repercussão hemodinâmica sobrecarrega o sistema

Displasia broncopulmonar Pulmões já comprometidos com menor capacidade de (doença pulmonar crônica da compensação prematuridade)

Imunodeficiências congênitas Incapacidade de controlar a replicação viral; doença ou adquiridas prolongada e grave



Grupo de Risco Por que o Risco é Maior

Síndrome de Down Hipotonia muscular, vias aéreas menores, maior risco de apneia e infecção secundária

Fibrose cística Comprometimento pulmonar crônico com muco espesso

– infecção viral agrava quadro base

Doenças neuromusculares Tosse ineficaz e dificuldade de proteger as vias aéreas das secreções

Anomalias congênitas das vias Obstrução anatômica pré-existente agrava o quadro aéreas obstrutivo viral

Ambiente com tabagismo A fumaça do tabaco danifica o epitélio respiratório, passivo aumentando a suscetibilidade e a gravidade

4. Transmissão e Prevenção Não Farmacológica

As medidas de prevenção não farmacológica são eficazes, gratuitas e devem ser adotadas por toda família, independentemente do uso do Nirsevimabe ou vacinação materna.

4.1 Mecanismos de Transmissão

- Gotículas respiratórias: tosse ou espirro de pessoa infectada lança partículas virais no ar — distância efetiva de até 2 metros.
- Contato direto com secreções: o VSR sobrevive em superfícies por até 6 horas e nas mãos por 30 minutos — tocar olhos, nariz ou boca após contato com superfície contaminada transmite o vírus.
- Fômites: brinquedos, chupetas, fraldas, babadores — qualquer objeto que entre em contato com secreções pode veicular o vírus.

4.2 Medidas de Prevenção Recomendadas (SBP / AAP / NICE)

Medida Como Fazer Eficácia

Higiene das mãos Lavar com água e sabão por 20 segundos ou usar álcool gel 70% antes de tocar o bebê — após todos os contatos externos respiratórios

Evitar Nos primeiros 3 meses e durante a Alta — reduzir aglomerações sazonalidade: evitar shoppings, exposição ao vírus transporte público, festas e ambientes fechados

Limitar visitas nos Visitantes com sintomas Alta — a maioria dos primeiros meses respiratórios devem adiar a visita; casos graves é quem tocar o bebê lava as mãos adquirida de adultos antes do convívio próximo



Medida Como Fazer Eficácia

Amamentação Leite materno transfere anticorpos Moderada a alta – exclusiva IgA secretória que protegem as efeito protetor bem mucosas respiratórias documentado

Evitar tabagismo Proibir fumo dentro de casa e no Alta – fator de risco passivo carro – a fumaça danifica o epitélio independente para respiratório VSR grave

Higiene das Limpar brinquedos e superfícies que Moderada superfícies o bebê toca com álcool 70%; VSR sobrevive em superfícies por até 6 horas

Irmãos em creche Reforçar higiene das mãos ao Moderada – reduz ou escola chegar em casa, antes de tocar o transmissão bebê domiciliar

5. Proteção Farmacológica – Nirsevimabe e Vacina

Materna

5.1 Nirsevimabe (Beyfortus®) – Anticorpo Monoclonal

O Nirsevimabe é um anticorpo monoclonal de ação prolongada que confere imunidade passiva contra o VSR — NÃO é uma vacina, mas funciona como se anticorpos protetores fossem diretamente injetados no bebê, oferecendo proteção imediata.

Aspecto Informação

O que é Anticorpo monoclonal IgG1 recombinante que bloqueia a proteína F do VSR – impede a entrada do vírus nas células respiratórias

Aprovação no Brasil ANVISA – outubro de 2023; incorporado ao calendário SBP em 2025/2026

Eficácia comprovada Redução de 74–79% nas hospitalizações por bronquiolite grave (ensaios MELODY e HARMONIE); efetividade em vida real de 70–90% (França, Espanha, EUA)

Quem deve receber Todos os RN e lactentes < 8 meses na 1.ª temporada do VSR (SBP 2025/2026); grupos de risco até 24 meses na 2.ª temporada

Dose e via Peso < 5 kg: 50 mg IM (dose única); Peso maior ou igual a 5 kg: 100 mg IM (dose única). Grupos de alto risco: 200 mg (duas injeções de 100 mg simultâneas)

Quando aplicar O mais precocemente possível – idealmente na maternidade antes da alta; pode ser aplicado a qualquer momento

Duração da proteção Aproximadamente 5 meses (meia-vida longa – diferente do palivizumabe que exige dose mensal)



Aspecto Informação

Aplicação com vacinas Sim – pode ser administrado no mesmo dia que qualquer vacina pediátrica de rotina, em locais diferentes

Disponibilidade SUS Grupos de risco (prematturos e comorbidades) desde 2025; expansão em avaliação

Disponibilidade privada Disponível em clínicas de vacinação privadas; ANS obrigou cobertura para prematturos desde maio/2025

5.2 Vacina Materna contra VSR (Abrysvo®)

A vacinação da gestante no 3.º trimestre produz anticorpos que são transferidos ao bebê pela placenta, conferindo proteção nos primeiros meses de vida.

Aspecto Informação

Tipo Vacina de proteína recombinante (não contém vírus vivo) – segura na gestação

Quando aplicar 32–36 semanas de gestação – permite transferência adequada de anticorpos pela placenta

Eficácia Redução de 57% nas hospitalizações por bronquiólite grave nos primeiros 6 meses de vida (ensaio MATISSE, N Engl J Med 2023)

Aprovação no Brasil ANVISA – aprovada; disponível em clínicas privadas

Gestante vacinada – Em geral não, para bebês saudáveis a termo. Exceções: precisa do Nirsevimabe prematturo < 35 sem, cardiopatia, imunossupressão, mãe no bebê? vacinada < 14 dias antes do parto

Recomendação Duas estratégias equivalentes para bebês saudáveis: vacina SBP/SBIm materna OU Nirsevimabe. Para grupos de alto risco:

Nirsevimabe sempre, independente da vacinação materna

5.3 Comparativo das Estratégias de Proteção

Estratégia Quem recebe Quando Eficácia VSR SUS grave

Nirsevimabe (bebê) RN e lactentes < 8 Ao nascer ou a 74–90% Grupos de risco meses qualquer momento no 1.º ano

Vacina materna Gestante 32–36 3.º trimestre 57% nos Não (rede (Abrysvo) semanas primeiros 6 privada) meses

Palivizumabe (antigo) Prematturos e alto Mensal, sazonal 50–80% Sim – grupos risco específicos



Estratégia Quem recebe Quando Eficácia VSR SUS
grave

Amamentação Todos os Do nascimento aos Redução Gratuita
exclusiva lactentes 6 meses+ moderada da
gravidade

Medidas não Todos Permanente Redução de Gratuita
farmacológicas exposição

6. O que Recomendam as Principais Sociedades

Pediátricas

Sociedade Recomendação Principal sobre VSR/Nirsevimabe

SBP – Sociedade Nirsevimabe indicado para TODOS os RN e lactentes < 8 meses Brasileira de Pediatria na 1.ª temporada do VSR, o mais precocemente possível. (2025/2026) Grupos de alto risco: dose de 200 mg. Vacina materna como alternativa equivalente para bebês saudáveis a termo.

SBIIm – Sociedade Nirsevimabe pode ser aplicado independente da sazonalidade, Brasileira de simultaneamente com vacinas de rotina. Grupos de risco: Imunizações (2025) indicado até 24 meses na 2.ª temporada.

AAP – American Nirsevimabe recomendado para todos os lactentes < 8 meses Academy of Pediatrics na 1.ª temporada do VSR, e para grupos de alto risco até 24 (2024) meses na 2.ª temporada. Vacina materna como opção equivalente para bebês a termo saudáveis.

NICE – National Aprovação e implementação do Nirsevimabe no programa Institute for Health and nacional de saúde do Reino Unido para todos os lactentes Care Excellence (RU, temporada. Prioridade para grupos de risco quando há limitação (2024) de estoque.

AEP – Asociación Espanha implementou programa nacional de Nirsevimabe para Española de Pediatría todos os lactentes na 1.ª temporada em 2023/2024, com (2024) efetividade em vida real de 82–83% contra hospitalizações. AEP recomenda a universalização.

Harvard Medical School O VSR é a principal ameaça respiratória no 1.º ano de vida (2024) Nirsevimabe representa avanço sem precedentes na prevenção – combinar com amamentação, evitar tabagismo passivo e higiene das mãos como estratégia integrativa.

7. Cuidados em Casa — Bronquiolite Leve

7.1 Medidas de Suporte Recomendadas (SBP / AAP / NICE)

- Hidratação: oferecer leite materno ou fórmula com mais frequência em doses menores se o bebê tiver dificuldade para mamar. Bebês > 6 meses: oferecer água regularmente.
- Desobstrução nasal: instilar 2–3 gotas de soro fisiológico 0,9% em cada narina antes das mamadas e do sono; aspirar suavemente com bulbo nasal se necessário.
- Posicionamento: manter a cabeça levemente elevada (30°) durante o sono —



colocar travesseiro sob o colchão (nunca dentro do berço).

- Controle da febre: paracetamol (10–15 mg/kg/dose) se febre axilar > 38 °C e o bebê demonstrar desconforto. Nunca AAS. Ibuprofeno somente a partir dos 6 meses.
- Ambiente: quarto arejado, umidade adequada (40–60%). Evitar cigarro, velas e incenso no ambiente.

7.2 O que NÃO Fazer — Medidas sem Evidência ou Prejudiciais

Prática Por que Evitar

Antibióticos A bronquiolite é viral – antibióticos não têm efeito e aumentam a resistência bacteriana. Indicados apenas se infecção bacteriana secundária comprovada (SBP/AAP/NICE)

Broncodilatadores Não têm eficácia comprovada na bronquiolite por VSR – (salbutamol/nebulização) AAP e NICE recomendam NÃO usar rotineiramente. Só mantidos se houver resposta clara após teste pelo médico

Corticoides inalatórios ou **Sem benefício** comprovado na bronquiolite aguda orais (AAP/NICE/SBP) – não devem ser usados de forma rotineira

Solução hipertônica Apenas em ambiente hospitalar para pacientes internados; nebulizada (NaCl 3%) não recomendada para uso domiciliar (NICE 2021)

Xaropes para tosse e **Contraindicados** em crianças < 2 anos – sem eficácia e com descongestionantes potencial de efeitos adversos graves

Posição prona para dormir Contraindicada – mantém o risco de morte súbita. Decúbito como manobra de alívio dorsal sempre, mesmo na bronquiolite

8. Sinais de Alerta — Buscar Atendimento de

Emergência Procure a emergência pediátrica imediatamente se observar qualquer um dos seguintes sinais:

Sinal de Alerta 0 que Significa

Frequência respiratória > 60 resp/min em Taquipneia – o bebê está se esforçando RN; > 50 em lactentes para respirar

Retrações (tiragem) – afundamento visível Sinal de esforço respiratório grave – u entre as costelas, no pescoço ou abaixo do músculos acessórios para respirar externo ao respirar



Sinal de Alerta 0 que Significa

Batimento de asas do nariz (narinas abrindo Sinal de desconforto respiratório – b e fechando ritmicamente) mais ar

Gemido expiratório (som ao soltar o ar) Sinal de insuficiência respiratória imine

Cianose – coloração azulada em lábios, Hipoxemia grave – emergência absoluta, língua ou extremidades acionar SAMU 192

Saturação de oxigênio < 94% (se houver Hipoxemia – necessidade de oxigênio oxímetro em casa) suplementar

Apneia – pausa respiratória > 10–15 Emergência – acionar SAMU 192 segundos imediatamente

Recusa alimentar completa – 2 ou mais Sem energia para mamar – risco de mamadas seguidas recusadas desidratação e agravamento

Letargia intensa – bebê muito quieto, sem Sinal de comprometimento sistêmico grav reação ao ambiente, difícil de acordar

Febre > 38 °C em bebê < 3 meses com Nessa faixa, toda febre com sintoma qualquer sintoma respiratório respiratório é urgência

Se o bebê apresentar cianose, apneia ou nível de consciência alterado: ligue imediatamente para o SAMU (192) e inicie ressuscitação cardiopulmonar básica se necessário enquanto aguarda socorro.

9. Quando é Necessária a Hospitalização

Cerca de 1–3% dos bebês com bronquiolite por VSR necessitam de internação. Os critérios incluem:

- Saturação de O₂ < 92–94% em ar ambiente.
- Frequência respiratória persistentemente elevada com esforço respiratório significativo.
- Incapacidade de manter a hidratação pela via oral (recusa alimentar grave).
- Apneia — mesmo episódio único.
- Lactente < 3 meses ou prematuro com qualquer grau de bronquiolite moderada.
- Grupo de alto risco: cardiopatia, displasia broncopulmonar, imunodeficiência.
- Condições sociais que impeçam observação adequada em casa.

O tratamento hospitalar é de suporte: oxigênio suplementar, hidratação (sonda ou endovenosa se necessário), aspiração das vias aéreas, monitorização contínua. Casos graves: oxigenoterapia de alto fluxo (OAF), CPAP ou ventilação mecânica.



10. Resumo — O que Fazer para Proteger seu Bebê

Ação Quando Quem realiza

Nirsevimabe (Beyfortus) – Ao nascer ou o mais Pediatra / clínica de vacinação
dose única cedo possível no 1.º ano
de vida

Vacina materna VSR Gestante 32–36 Obstetra / clínica de vacinação
(Abrysvo) – alternativa ao semanas de gestação

Nirsevimabe

Cocooning: mãe, pai, avós, Antes do nascimento do Toda a família
irmãos – dTpa + influenza + bebê

COVID-19

Amamentação exclusiva até 6 Do nascimento Mãe – com suporte da equipe
meses

Higiene rigorosa das mãos Sempre, especialmente Todos os cuidadores e
antes de tocar o bebê na sazonalidade do VSR visitantes
(fev–ago)

Evitar aglomerações e visitas Nos primeiros 3 meses e Pais – orientar a família
de pessoas com sintomas durante a sazonalidade
respiratórios

Eliminar tabagismo passivo do Sempre Toda a família
ambiente domiciliar

Conhecer os sinais de alerta Antes do nascimento – Pais e cuidadores
da bronquiolite consulta pré-natal
pediátrica

Ter pediatra definido e número Antes da alta da Pais
de emergência anotado maternidade

Referências Bibliográficas

- Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Calendário de Vacinação — Atualização 2025/2026. Departamentos Científicos de Imunizações e Infectologia, outubro de 2025.
- SBP. Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento de Bronquiolite em Lactentes. 2023.
- SBIm — Sociedade Brasileira de Imunizações. Nirsevimabe: indicações e esquemas de uso. Atualização 2025.
- American Academy of Pediatrics (AAP). Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. Pediatrics, 2014 (revisado 2023).
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Bronchiolitis in children: diagnosis and management [NG9]. London: NICE, 2021.
- NICE. Nirsevimab for preventing RSV bronchiolitis in neonates and infants [TA1010]. London: NICE, 2024.
- Asociación Española de Pediatría (AEP). Recomendaciones sobre el uso de nirsevimab frente a la infección por VRS. An Pediatr, 2023.
- Harvard Medical School. RSV in Infants: Prevention and Management. Harvard



Health Publishing, 2024.

- Hammitt LL et al. Nirsevimab for Prevention of RSV in Healthy Late-Preterm and Term Infants (MELODY Trial). *N Engl J Med*, 2022; 386:837-846.
- Kampmann B et al. Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants (MATISSE Trial). *N Engl J Med*, 2023; 388:1451-1464.
- Li Y et al. Global burden of RSV-associated acute lower respiratory infections in children. *Lancet*, 2022; 399:2047-2064.

Este documento é de uso educativo e não substitui a consulta médica individualizada.