

BRONQUITE

Doi: 10.59290/978-65-6029-186-7.62

GIURISATTO, Maria Júlia Mellere¹; PAIXÃO, Lya Saar¹; MARTINS, Artur Parente¹;
RODRIGUES, Marina da Silva Teixeira¹; PEREIRA, Ana Carolina de Alvarez¹;
FERREIRA, Ingridy Maria Oliveira²; GONÇALVES, Aline Belle Moraes².

Orientador: Dr. Vinicius Martins Menezes

Filiações: 1 - UNIVASS - Universidade de Vassouras

2 - Centro Universitário de Brasília (UnICEUB)

Liga: Liga de Infectologia Walter Tavares

Palavras-Chave: Bronchitis; Bronquite Crônica; Doenças do Trato Respiratório.

INTRODUÇÃO

A bronquite é um dos diagnósticos mais comuns em clínica pediátrica, principalmente em crianças menores de cinco anos, além de ser responsável pela maioria das causas de hospitalização (SANTOS *et al.*, 2014).

Trata-se de infecção respiratória, clinicamente caracterizada pela ocorrência de tosse, com ou sem catarro, e radiografia de tórax normal. A etiologia mais comum é a viral e a doença é autolimitada na maioria dos casos, tendo resolução em aproximadamente 3 semanas (BRAMAN, 2006).

A doença pode ser desencadeada por exposição ao ar frio ou poluentes como fumaça de cigarro. É associada à sazonalidade e pode ser transmitida pelo ar ou pelo contato com superfícies contaminadas por vírus (XAVIER *et al.*, 2022).

Essa associação com fatores ambientais pode ser explicada pela imaturidade do sistema imunológico e pelo calibre reduzido das vias aéreas, que tornam as crianças mais suscetíveis a complicações respiratórias, especialmente durante o inverno. As baixas temperaturas podem desencadear espasmos no trato respiratório e isquemia devido à contração capilar em crianças, resultando no enfraquecimento do movimento ciliar e, consequentemente, dificuldade na remoção de vírus e bactérias do epitélio respiratório. Essas condições favorecem a progressão

para formas mais graves de doenças respiratórias (ANCONA & CAMPOS, 2017).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da bronquite incluem a faixa etária infantil, especialmente em crianças do sexo masculino, bem como malformações congênitas como traqueomalácia ou laringomalácia, além do frequente contato com ambientes coletivos, como creches (WURZEL *et al.*, 2014; SOUSA *et al.*, 2012).

QUADRO CLÍNICO

A sintomatologia da bronquite aguda é inicialmente similar à de outras patologias de origem pulmonar, dependendo da evolução natural do quadro para elucidar o diagnóstico clínico. A doença possui sintomas comuns de infecção do trato respiratório superior como febre leve, coriza, cefaleia e tosse (PORTO, 2019).

O sintoma mais proeminente da bronquite aguda é a tosse persistente com média de 18 dias de duração, tendo a possibilidade de ser seca na manifestação inicial de sintomas e progredir para produtiva. O tipo de escarro é variável, desde o transparente até o purulento, o último não indicando necessariamente uma infecção bacteriana. Em casos graves, o desconforto respiratório e a dispneia são visíveis na inspeção (SINGH *et al.*, 2024).

Habitualmente, nada de anormal se observa durante a palpação e percussão, já que redução do frêmito toracovocal bilateralmente e hipersonoridade estão mais associados com asma brônquica. À ausculta, são encontrados estertores grossos disseminados em ambos os pulmões. Podem-se ouvir, também, roncos e sibilos esparsos, inconstantes (SINGH *et al.*, 2024).

Em casos de febre alta, é importante considerar a pneumonia bacteriana como um diagnóstico diferencial. Além disso, estertores finos na ausculta podem sugerir tanto pneumonia bacteriana quanto, em lactentes, bronquiolite viral aguda (WALSH, 2015).

DIAGNÓSTICO

A bronquite é uma condição respiratória comum, muitas vezes confundida com pneumonia devido a sintomas semelhantes. O diagnóstico de bronquite em crianças envolve uma abordagem clínica abrangente. Ao avaliar um paciente, o médico utiliza uma variedade de métodos diagnósticos para diferenciar condições e garantir o tratamento adequado (ANCONA & CAMPOS, 2017).

Durante o exame físico, é possível detectar sinais como roncos e anomalias na ausculta do tórax. Embora, essas alterações possam sugerir pneumonia, uma radiografia do tórax pode ser solicitada para confirmar ou descartar essa possibilidade. Se a radiografia não revelar opacidades nos pulmões, pode-se excluir a pneumonia como diagnóstico, uma vez que, a radiografia de tórax na bronquite não mostra alterações significativas (BRAMAN, 2006).

Para identificar o agente responsável pela patologia, pode-se solicitar uma análise do escarro, também conhecida como exame do escarro, que se caracteriza como um procedimento realizado para examinar as secreções respiratórias produzidas pelos pulmões e vias aéreas inferiores (SINGH *et al.*, 2024).

A análise do escarro é uma ferramenta importante no diagnóstico e monitoramento de várias doenças respiratórias, como bronquite, pneumonia, tu-

berculose, câncer de pulmão e outras condições pulmonares. Os resultados obtidos ajudam os médicos a orientar o tratamento adequado para cada paciente (SINGH *et al.*, 2024).

As diretrizes conforme American College of Chest Physicians (ACCP) recomendam a obtenção de uma radiografia torácica quando critérios específicos forem atendidos, incluindo os seguintes (SINGH *et al.*, 2024):

- Frequência cardíaca superior a 100 bpm
- Frequência respiratória superior a 24 respirações/min
- Temperatura corporal oral ultrapassando 38 °C
- Achados de egofonia ou frêmito no exame de tórax

Além disso, existem exames laboratoriais que permitem a detecção de vírus no sangue do paciente, auxiliando na confirmação do diagnóstico, como contagem total de glóbulos brancos, o que pode ajudar a identificar se há uma resposta imunológica ativa no organismo, indicativa de uma infecção, dosagem de proteína c reativa (PCR) onde níveis elevados de PCR podem indicar inflamação, o que pode estar presente em casos de bronquite aguda, testes virais para vírus sincicial respiratório no caso de diagnóstico diferencial, gasometria para avaliar níveis de oxigênio e dióxido de carbono no sangue e na espirometria revela-se hiperresponsividade brônquica transitória e obstrução de via aérea (SINGH *et al.*, 2024).

TRATAMENTO

A bronquite aguda, em sua maioria, é autolimitada e de origem viral, tornando o uso de antibióticos desnecessário na maioria dos casos. A principal abordagem terapêutica concentra-se no alívio dos sintomas, especialmente da tosse (LANÇA, 2021).

Mucolíticos são frequentemente recomendados para ajudar na eliminação do muco dos pulmões, sendo administrados em diferentes formas, como xaropes, comprimidos, pós dissolvidos em água ou soluções para nebulização (LANÇA, 2021).

Em situações em que o exame do escarro sugere uma infecção bacteriana secundária, há possibilidade de prescrever antibióticos específicos para tratar organismos como *Pneumococo*, *Haemophilus*

influenzae, para como também agentes atípicos como *Mycoplasma pneumoniae*, *Clamídia pneumoniae* (**Quadro 62.1 e 2**)

Quadro 62.1 Resumo de tratamento de acordo com o patógeno

PATÓGENO	TRATAMENTO
Adenovírus	Terapia de suporte, sintomáticos como antitussígenos e analgésicos.
Vírus influenza	Terapia de suporte e antiviral. Todos os lactentes de alto risco e seus contatos devem ser imunizados contra influenza ao atingirem 6 meses de idade
Parainfluenzavírus	Terapia de suporte.
Vírus sincicial respiratório	Terapia de suporte.
Rinovírus <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Terapia de suporte. Terapia de suporte e antibiótico.
<i>Clamídia pneumoniae</i>	Terapia de suporte e antibiótico.

Fonte: Adaptado de Singh *et al.*, 2024.

Quadro 62.2 Antibióticos para tratamento de pneumonias atípicas secundárias à bronquite

Droga	Idade	Dose	Veze/dia	Duração do tratamento
Eritromicina	Nascimento a 1 mês	10 a 15 mg/kg	3	7 a 10 dias•
	2 meses a 2 anos	125 mg	4	
	3 a 8 anos	250 mg	4	
	9a 18 anos	500 mg	4	
Azitromicina	6 meses a 2 anos	10 mg/kg	1	5 dias
	3a 7 anos	200 mg	1	
	8a anos	300 mg	1	
	12a 13 anos	400 mg	1	
	14 anos	500 mg	1	
Claritromicina	Nascimento a 1 ano	7,5 mg	2	7 a 10 dias
	2 anos	62,5 mg		
	3 a 6 anos	125 mg/kg		
	7 a 9 anos	187,5 mg		
	10a 12 anos	250 mg		
	13a 18 anos	250 mg		

*Até 14 dias, dependendo da infecção.

Fonte: Júnior *et al.*, 2010

PROFILAXIA

É crucial abordar várias estratégias para prevenir a bronquite em crianças. A vacinação contra doenças respiratórias virais, como gripe e coqueluche, é essencial para reduzir o risco. A promoção da higiene respiratória, incluindo a cobertura ao tossir ou espirrar e a lavagem das mãos, ajuda a prevenir a

propagação de vírus. Evitar alérgenos conhecidos, como mofo e tabagismo passivo, também é importante para prevenir crises de bronquite em crianças alérgicas (SOUSA *et al.*, 2024).

O estímulo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida fortalece o sistema imunológico, oferecendo proteção contra infecções

respiratórias. Além disso, a educação dos pais e cuidadores sobre sinais e sintomas da bronquite, juntamente com a promoção de hábitos saudáveis, como dieta equilibrada e exercícios regulares, é fundamental para reduzir a incidência e a gravidade da

doença. Em suma, a prevenção da bronquite em crianças requer uma abordagem abrangente para promover um desenvolvimento saudável e bem-estar respiratório (ANCONA & CAMPOS, 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANCONA, F.L. & CAMPOS, D.J. Tratado De Pediatria – Sociedade Brasileira De Pediatria. 4ª Edição. 2017.

BRAMAN, S.S. Chronic Cough Due To Acute Bronchitis: Accp Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2006 Jan;129(1 Suppl):95s-103s. Doi: 10.1378/chest.129.1_suppl.95S.

PORTO, C.C. Semiologia Medica. 8. Ed. Rio De Janeiro (Rj): GuanabaraKoogan, 2019.

SOUSA, E.E. *et al.* Patrícia Espanhol Cabral; Guilherme Moraes Pesente; Edna Franskoviaki. Metodologia Eficaz De Controle E Atendimento Pediátrico A Pessoas Com Bronquite Asmática. Revista Saúde Dos Vales, [S. L.], V. 2, N. 1, 2024. Disponível Em: <https://Revista.Unipacto.Com.Br/Index.Php/Rsv/Article/View/2198>. Acesso em: 5 Mai 2024.

JÚNIOR, D.C. *et al.* Tratado De Pediatria. V.1. Editora Manole, 2021. E-Book. Isbn 9786555767476

JÚNIOR, D.C. *et al.* Tratado De Pediatria: Sociedade Brasileira De Pediatria. – 2.Ed. – Barueri, Sp : Manole, 2010. Isbn 978-85-204-2876-4.

LANÇA, M.A. Bronquite Aguda. 2021, Abril, 10. Disponível Em: [Http://Www.Abcdasaude.Com.Br/Artigo](http://Www.Abcdasaude.Com.Br/Artigo)

SANTOS, D. & TOLEDO FILHO, M. R. Estudo sobre a influência de variáveis meteorológicas em internações hospitalares em Maceió-AL, durante o período 1998 a 2006. Revista Brasileira de Meteorologia, v. 29, n. 3, p. 457–467, jul. 2014. Doi: 10.1590/0102-778620110324

SINGH, A. *et al.* Bronquite aguda. [Atualizado em 9 de março de 2024]. Em: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448067/>. Acesso Em: 5 Mai 2024.

SOUSA, C.A. *et al.* Doenças respiratórias e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, 2008-2009. Revista de Saúde Pública, v. 46, n. 1, p. 16–25, fev. 2012. Doi: 10.1590/S0034-89102011005000082.

WALSH, E.E. Acute Bronchitis. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 2015:806–809.e1. Doi: 10.1016/B978-1-4557-4801-3.00066-7.

WURZEL, D.F. *et al.* Prospective characterization of protracted bacterial bronchitis in children. Chest. 2014 Jun;145(6):1271-1278. Doi: 10.1378/chest.13-2442.

XAVIER, J.M.V. *et al.* Climate seasonality and lower respiratory tract diseases: a predictive model for pediatric hospitalizations. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 75, n. 2, p. e20210680, 2022. Doi: 10.1590/0034-7167-2021-0680.