v7.n8.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

ATENÇÃO DE ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS AGUDAS: UM OLHAR SOBRE A PRÁTICA NO BRASIL

NURSING ATTENTION TO CHILDREN WITH ACUTE RESPIRATORY DISEASES: A PERSPECTIVE ON PRACTICE IN BRAZIL

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA NIÑOS CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS: UNA MIRADA A LA PRÁCTICA EN BRASIL

Letícia Correia de Souza Aroucha[1], Anna Líria Borba de Alencar Vilela[1], Maria Beatriz Ferreira dos Santos[1], Kaline Mariely de França Silva[1], Stela Fernanda de Carvalho Soares[2], Crislayne Tamires da Silva Soares[1], Hugo Christian de Oliveira Felix[3]

E788696
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i8.8696

PUBLICADO: 08/2026

RESUMO

As doenças respiratórias agudas figuram entre as principais causas de internação e mortalidade em crianças no mundo, especialmente na primeira infância e em populações socioeconomicamente vulneráveis. Este trabalho teve como objetivo analisar a atuação da enfermagem no cuidado a crianças acometidas por doenças respiratórias agudas. Trata-se de revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e descritiva, realizada nas bases BVS, LILACS, SciELO, PubMed e Google Acadêmico, com publicações em português, inglês e espanhol entre 2011 e 2025; a amostra final foi composta por 23 estudos, cujos achados foram contextualizados com diretrizes clínicas e documentos oficiais atualizados, incluindo as novas estratégias de imunização contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) incorporadas ao Sistema Único de Saúde em 2025. Os resultados indicam que a enfermagem desempenha papel essencial na educação em saúde de pais e responsáveis, na prevenção — a exemplo das condições sensíveis à atenção primária —, na identificação precoce de sinais de agravamento e na articulação das medidas profiláticas emergentes. Conclui-se que a atuação qualificada da enfermagem, ancorada no Processo de Enfermagem e nas evidências atuais, é fundamental para a atenção integral à saúde respiratória infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Doenças Respiratórias. Criança. Cuidado. Vírus Sincicial Respiratório.

ABSTRACT

Acute respiratory diseases are among the leading causes of hospitalization and mortality in children worldwide, especially in early childhood and in socioeconomically vulnerable populations. This study aimed to analyze nursing care for children with acute respiratory diseases. This is an integrative literature review, with a qualitative and descriptive approach, conducted in the BVS, LILACS, SciELO, PubMed, and Google Scholar databases, with publications in Portuguese, English, and Spanish between 2011 and 2025; the final sample comprised 23 studies, whose findings were contextualized with up-to-date clinical guidelines and official documents, including the new Respiratory Syncytial Virus (RSV) immunization strategies incorporated into the Brazilian Unified Health System in 2025.

[1] Centro Universitário Brasileiro UNIBRA, Graduanda em Enfermagem.
[2] Universidade Maurício de Nassau, Graduanda em Enfermagem.
[3] Centro Universitário Brasileiro UNIBRA, Mestre em Gestão Empresarial.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

The results indicate that nursing plays an essential role in health education for parents and guardians, in prevention — such as conditions sensitive to primary care, in the early identification of warning signs, and in the coordination of emerging prophylactic measures. It is concluded that qualified nursing care, grounded in the Nursing Process and current evidence, is fundamental to comprehensive child respiratory health.

KEYWORDS: *Nursing. Respiratory Diseases. Child. Care. Respiratory Syncytial Virus.*

RESUMEN

Las enfermedades respiratorias agudas se encuentran entre las principales causas de hospitalización y mortalidad infantil a nivel mundial, especialmente en la primera infancia y en poblaciones socioeconómicamente vulnerables. Este estudio tuvo como objetivo analizar el rol de la enfermería en el cuidado de niños afectados por enfermedades respiratorias agudas. Se trata de una revisión integradora de la literatura, con enfoque cualitativo y descriptivo, realizada en las bases BVS, LILACS, SciELO, PubMed y Google Scholar, con publicaciones en portugués, inglés y español entre 2011 y 2025; la muestra final estuvo compuesta por 23 estudios, cuyos hallazgos fueron contextualizados con directrices clínicas y documentos oficiales actualizados, incluidas las nuevas estrategias de inmunización contra el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) incorporadas al Sistema Único de Salud en 2025. Los resultados indican que la enfermería desempeña un papel esencial en la educación para la salud de padres y tutores, en la prevención — como las condiciones sensibles a la atención primaria —, en la identificación temprana de signos de agravamiento y en la articulación de las medidas profilácticas emergentes. Se concluye que la práctica cualificada de enfermería, basada en el Proceso de Enfermería y en la evidencia actual, es fundamental para la atención integral de la salud respiratoria infantil.

PALABRAS CLAVE: *Enfermería. Enfermedades Respiratorias. Niños. Cuidados. Virus Sincitial Respiratorio.*

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as doenças que afetam o sistema respiratório na idade pediátrica estão entre as principais causas de morbimortalidade infantil, sobretudo em lactentes e em crianças em idade pré-escolar, constituindo importante problema de saúde pública.[1] No Brasil, entre 2020 e 2025, foram registrados mais de 1.800.000 casos de crianças hospitalizadas por doenças respiratórias, incluindo doenças infecciosas como influenza, pneumonia e bronquite aguda, e condições inflamatórias/alérgicas como a asma, com maior concentração de casos nas regiões Sudeste (656.581) e Nordeste (513.889).[2]

Entre as doenças respiratórias agudas (DRA) da infância, a bronquiolite viral aguda merece destaque: causada majoritariamente pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR), é a principal causa de hospitalização em lactentes e evolui rapidamente de sintomas leves para desconforto respiratório significativo.[3] Estudos nacionais recentes evidenciam a magnitude do problema e seu impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em tempo de internação quanto em custos hospitalares, reforçando a bronquiolite como prioridade assistencial e de vigilância.[4]

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

As causas do adoecimento respiratório na infância são múltiplas. O sistema imune da criança ainda é imaturo, e o ingresso precoce em creches e escolas eleva o risco de infecção pela exposição a aglomerações. Somam-se a isso condições sociais como nível socioeconômico e escolaridade dos cuidadores, associadas ao agravamento dos quadros, o que torna desafiador intervir sobre esses determinantes.[5]

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada do SUS, cabendo-lhe prevenir doenças e agravos e realizar promoção e educação em saúde. Quando eficiente, esse nível de atenção impede que condições sensíveis à atenção primária — entre as quais a pneumonia bacteriana, a asma e a bronquite aguda — evoluam para hospitalizações por agudização.[6]

A enfermagem é essencial na assistência integral à saúde da criança. Como ferramenta científica que qualifica o cuidado, destaca-se o Processo de Enfermagem (PE), que, com a Resolução COFEN nº 736/2024 que substituiu a Resolução nº 358/2009, passou a organizar-se em cinco etapas inter-relacionadas: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução de enfermagem.[7] A etapa de avaliação envolve a coleta de dados subjetivos e objetivos por anamnese e exame físico, subsidiando o julgamento clínico e o diagnóstico de enfermagem. Entre os sinais de alarme em crianças com problemas respiratórios destacam-se esforço respiratório (tiragem intercostal e batimento de asas nasais), dispneia, cianose, apneia, sonolência, irritabilidade, perfusão capilar lenta e taquicardia.[8]

No campo da atenção básica, a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), desenvolvida pela Organização Pan-Americana da Saúde e pela OMS, oferece parâmetros de classificação de risco e conduta para infecções respiratórias em menores de cinco anos, com forte componente de educação de pais e cuidadores.[9] O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), reforça a proteção da criança frente aos determinantes sociais que afetam seu desenvolvimento.[10]

O aperfeiçoamento dos profissionais de saúde impacta diretamente o atendimento infantil, permitindo atuação integral, humanizada e sensível às comunidades.[11] A produção científica em saúde infantil expandiu-se para a proteção e a promoção da saúde, com uso de tecnologias digitais e protocolos baseados em evidências, embora persistam limitações como preparo insuficiente e escassez de recursos.[12] No Brasil, a pediatria institucionalizou-se a partir de 1882, e programas como a Caderneta de Saúde da Criança ampliaram o acompanhamento integral, ainda que sob um modelo historicamente hospitalocêntrico.[13] A Constituição de 1988, o SUS e o Estatuto da Criança e do Adolescente articularam a atenção integral, coordenada nos territórios pela Estratégia Saúde da Família.[14]

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Um marco recente e diretamente relacionado à prevenção das DRA foi a incorporação, em 2025, de novas tecnologias de imunização contra o VSR ao SUS. O posicionamento conjunto da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Imunizações recomendou a imunização passiva com nirsevimabe, anticorpo monoclonal de ação prolongada, autorizado no país em 2023.[15] Na sequência, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS recomendou sua incorporação para bebês prematuros e crianças com comorbidades, ampliando o arsenal preventivo até então restrito ao palivizumabe.[16] Esse contexto redefine parte das ações de enfermagem em prevenção e educação em saúde.

Conclui-se que a temática constitui problema de saúde pública relevante e atual, e que é necessário examinar como a literatura científica aborda a atuação da enfermagem na prevenção, na promoção e na assistência a essas crianças. Diante disso, formulou-se a seguinte questão norteadora: o que a literatura científica revela sobre a atuação da enfermagem no manejo das doenças respiratórias agudas na infância?

O objetivo geral foi analisar a atuação da enfermagem no cuidado a crianças acometidas por doenças respiratórias agudas, com base nas evidências disponíveis na literatura científica. Como objetivos específicos, buscou-se: identificar o perfil clínico-epidemiológico das DRA na infância; descrever as práticas e intervenções de enfermagem na prevenção e no cuidado dessas doenças; analisar os desafios e barreiras enfrentados pela enfermagem; e discutir as implicações das novas estratégias de imunização contra o VSR para a prática de enfermagem.

2. METODOLOGIA

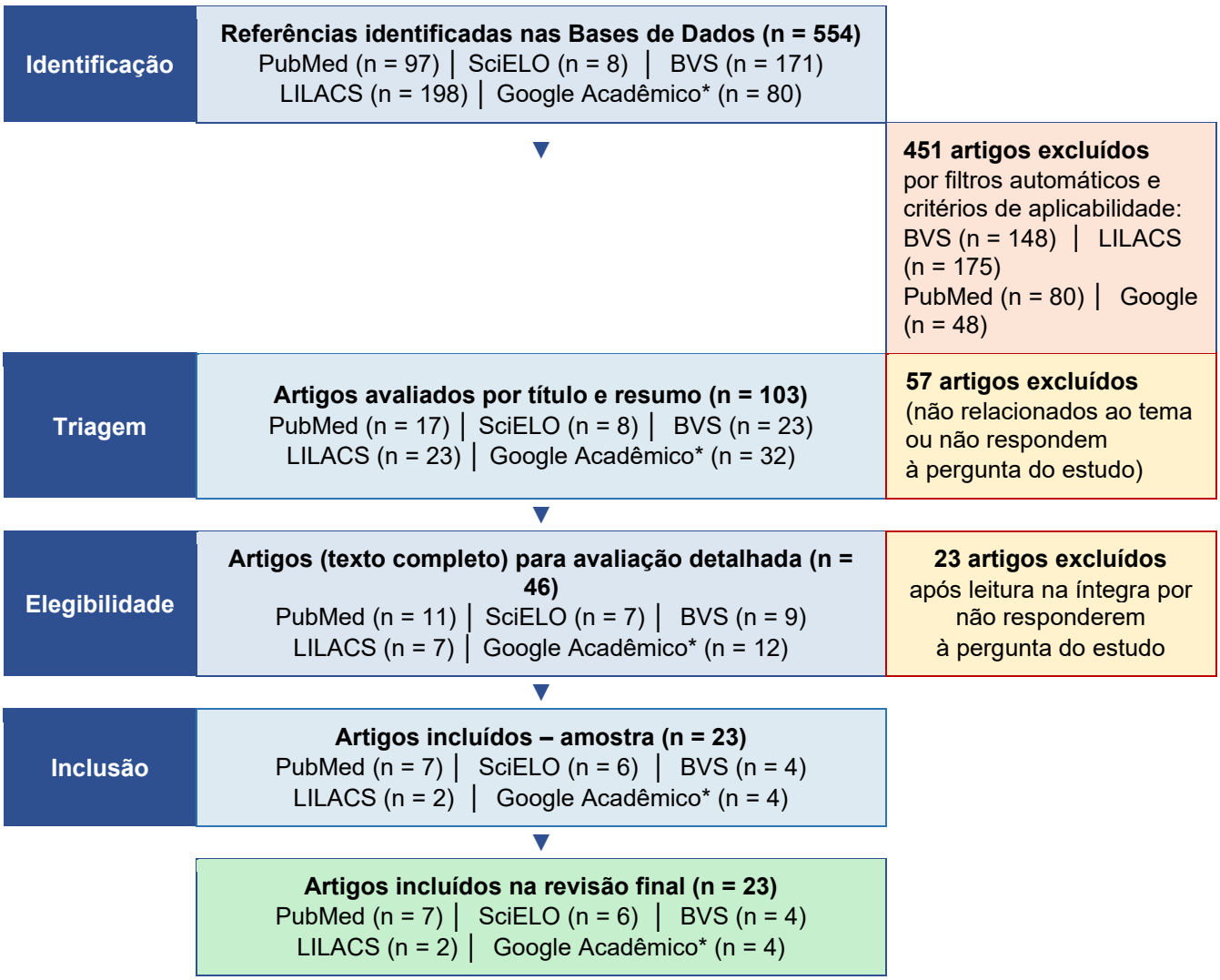
Trata-se de revisão integrativa da literatura, de natureza qualitativa e abordagem descritiva, com o objetivo de reunir e sistematizar as evidências científicas sobre a atuação da enfermagem no cuidado a crianças com doenças respiratórias agudas (DRA) no contexto da saúde pública.

Para a construção da amostra, foram selecionados 23 estudos científicos organizados em quadro analítico, identificados nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, PubMed e Google Acadêmico. Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), em português e inglês: “Criança”, “Enfermagem”, “Infecções Respiratórias”, “Asma”, “Bronquiolite”, “Pneumonia”, “Influenza”, “Diagnóstico de Enfermagem” e “Brasil”, combinados pelo operador booleano “AND” e também de forma isolada.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

O processo de seleção seguiu as etapas do fluxograma PRISMA — identificação, triagem, elegibilidade e inclusão —, resultando em 23 estudos (Figura 1). Adicionalmente, para atualização e contextualização dos achados, foram consultados documentos oficiais e diretrizes clínicas recentes (Ministério da Saúde, CONITEC, sociedades científicas e periódicos indexados), utilizados na introdução e na discussão como referencial complementar, sem integrar a amostra analítica.

Figura 1. Fluxograma de identificação e seleção dos estudos (PRISMA)



Fonte: elaborado pelos autores (2025).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Foram incluídos artigos publicados entre 2011 e 2025, em texto completo, disponíveis em português, inglês e espanhol, relacionados à prática da enfermagem frente a crianças com DRA e abrangendo aspectos clínicos, epidemiológicos, educacionais ou organizacionais. Excluíram-se estudos duplicados, com recorte exclusivo em adultos, de acesso restrito ou que não abordassem a atuação da enfermagem no contexto das doenças respiratórias pediátricas.

A extração dos dados foi sistematizada em quadro contendo autor e ano, título, objetivo e principais resultados. A amostra reuniu diferentes delineamentos, incluindo estudos descritivos, transversais, ecológicos, ensaios experimentais e revisões sistemáticas.

A análise foi conduzida pela técnica de análise temática proposta por Bardin (2011)[17], o que permitiu categorizar os achados em três eixos: perfil clínico-epidemiológico das doenças respiratórias na infância; práticas e intervenções de enfermagem na prevenção e no cuidado das DRA; e desafios e barreiras enfrentados pela enfermagem. Um quarto eixo, de natureza contextual e atualizada, discute as novas estratégias de imunização contra o VSR e suas implicações para a enfermagem.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para sistematizar os dados e facilitar a compreensão dos resultados, a Tabela 1 apresenta a síntese dos 23 estudos analisados, com autor e ano, título, objetivo e principais resultados.

Tabela 1. Síntese dos estudos analisados

Autor (ano)	Título	Objetivo	Principais resultados
Capey Aquiles *et al.* (2022)	Pneumonias bacterianas graves em crianças menores de 1 ano	Caracterizar a pneumonia bacteriana grave em lactentes em UTI pediátrica	Maior vulnerabilidade entre 0 e 4 meses, sexo masculino e procedência rural; 56,3% das admissões via pronto-socorro
Lopes *et al.* (2022)	A criança com dispneia no serviço de urgência: dados epidemiológicos	Analisar o perfil de crianças atendidas em urgência por dispneia (n = 8.974)	Predomínio entre 1 e 2 anos e sexo masculino; dificuldade respiratória, tosse, hipoxemia e dor pleurítica; classificação “pouco urgente” frequente
Xavier *et al.* (2022)	Sazonalidade climática e doenças respiratórias inferiores em crianças	Analisar a sazonalidade de internações (0–9 anos), Campina Grande-PB, 1998–2020	37.026 internações; aumento no outono/inverno; modelos SARIMA; redução de pneumonia após vacina pneumocócica e aumento de bronquiolite
Prado e Novais (2024)	Internações por bronquiolite no Brasil: análise longitudinal	Analisar internações pediátricas por bronquiolite no SUS ao longo de uma década	Média de 3.044 internações no Sudeste; menores médias no Centro-Oeste e Norte

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Autor (ano)	Título	Objetivo	Principais resultados
Prado e Novais (2025)	Bronquiolite viral aguda no Brasil: tempo de internação e custos	Avaliar tempo de internação e custos (DataSUS, 2012–2021)	Menores de 1 ano: maior tempo médio de internação e 57% dos casos hospitalizados
Prezotto *et al.* (2017)	Hospitalizações de crianças por condições evitáveis no Paraná	Analisar hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária	Em menores de 5 anos, destacam-se pneumonias, asma e gastroenterites
Pimentel e Mota (2022)	Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária	Caracterizar internações no Tocantins (2015–2020)	111.553 hospitalizações; maior número em 2015 e redução em 2020 (possível subnotificação)
Santos *et al.* (2020)	Perfil clínico-epidemiológico de crianças em unidade pediátrica	Descrever crianças internadas em hospital público do interior do RJ	Renda ≤ 1 salário-mínimo; 51,1% lactentes; internação elevada apesar de amamentação e vacinação
Damasceno *et al.* (2022)	Perfil epidemiológico de crianças com COVID-19	Analisar crianças infectadas pelo SARS-CoV-2 (SIVEP-Gripe, 2021)	414/3.041 casos confirmados; 6–9 anos com 1,33x mais chance de adoecer, internar em UTI e óbito
Félix *et al.* (2019)	Controlo da asma infantil: fatores associados	Compreender fatores associados ao controle da asma (60 crianças)	12% não controlada e 53% controle parcial; 38% de discrepância na percepção dos cuidadores
Vasconcelos *et al.* (2023)	Álbum seriado para autoeficácia na asma infantil	Construir e validar álbum seriado educativo	Grau de recomendação > 9 (instrumento SAM); fortalecimento da autonomia dos cuidadores
Bresolini *et al.* (2020)	Visita domiciliar na asma pediátrica grave: ensaio randomizado	Avaliar a eficácia da visita domiciliar na asma grave	Melhora significativa da técnica inalatória e da adesão ao tratamento
Benito-Ruiz *et al.* (2024)	Intervenções educativas na asma infantil: revisão sistemática	Analisar intervenções educativas no autogerenciamento (16 estudos)	Ensino da técnica inalatória e uso de multimídia melhoram manejo e adesão
Souza *et al.* (2024)	Opiniões maternas sobre o banho para alívio da dor em crianças	Investigar a percepção materna sobre o banho terapêutico	Alívio do desconforto respiratório, relaxamento e satisfação com a assistência
Santos, I. R. F. (2023)	Protocolo clínico de atendimento de pneumonia em pronto-socorro infantil	Propor protocolo para pneumonia pediátrica	Anamnese e exame físico centrais; antibioticoterapia racional; vacinação preventiva
Carvalho e Veríssimo (2011)	Comunicação e educação em consultas de crianças com IRA	Analisar a comunicação entre profissionais e mães	Orientações variáveis e centradas na medicação, com perda de oportunidades educativas
Barreto *et al.* (2021)	Fatores preditores de IRA em pré-escolares de creche pública	Investigar fatores associados à IRA	Prevalência de 40,5%; permanência > 5h/dia e baixa escolaridade associadas ao risco
Marques *et al.* (2014)	Experiência de mães com filhos hospitalizados por influenza A (H1N1)	Compreender a experiência materna na hospitalização	Insegurança e medo; falta de informação clara como fator de sofrimento
Ambrozim *et al.* (2023)	Exposição de crianças à fumaça em ambientes de artesanato	Identificar atopias respiratórias por exposição à queima de barro	Prevalência de 8,6% de atopias, com rinite alérgica mais frequente
Nascimento *et al.* (2025)	Temperatura e internações por doenças respiratórias	Relacionar temperatura mínima e internações em Cuiabá	1.612 internações; pneumonia, bronquite e bronquiolite em 97,2% dos casos

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Autor (ano)	Título	Objetivo	Principais resultados
Araújo *et al.* (2019)	Acurácia do diagnóstico de troca de gases prejudicada em crianças	Avaliar acurácia do diagnóstico de enfermagem	Dispneia (87,3%) e padrão respiratório anormal (64,8%) como características mais frequentes
Andrade *et al.* (2023)	Reabilitação respiratória na criança com asma	Discutir reabilitação e diagnóstico da asma	Diagnóstico difícil antes dos 5–6 anos; metade dos jovens sem controle adequado
Santos *et al.* (2023)	Síndromes alérgicas respiratórias em pediatria e aleitamento materno	Discutir o papel do aleitamento na prevenção	Componentes imunológicos do leite protegem; barreiras institucionais à amamentação

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

3.1. Perfil clínico-epidemiológico das doenças respiratórias na infância

As doenças respiratórias no período da infância não surgem apenas como um acontecimento clínico isolado; estão diretamente relacionadas a fatores como faixa etária, local de moradia, condições sociais e acesso ao cuidado em saúde. O estudo de Capey Aquiles *et al.* (2022), conduzido com crianças menores de um ano internadas em UTI pediátrica no segundo semestre de 2019, evidenciou que a maior vulnerabilidade à pneumonia bacteriana grave se concentra entre 0 e 4 meses de vida, do sexo masculino e provenientes de área rural. O elevado número de lactentes indica a vulnerabilidade biológica dessa fase, tanto pela imaturidade fisiológica quanto pelas dificuldades de acesso rápido a serviços de saúde especializados em zonas menos urbanizadas.[18]

O mesmo estudo revela que mais da metade das admissões ocorreu via pronto-socorro (56,3%), o que sugere que muitas dessas crianças não chegam ao hospital por meio de acompanhamento regular ou de encaminhamento da atenção básica, alcançando o serviço de urgência já em situação avançada. Considerando que o adoecimento e o agravamento podem ocorrer de forma rápida em lactentes cujas vias aéreas são mais estreitas, o sistema imunológico está em maturação e a reserva fisiológica é reduzida, observa-se que a ausência de ações preventivas e de acompanhamento precoce na atenção primária contribui para internações potencialmente evitáveis. Presume-se, assim, que fatores biológicos e sociais se somam, de modo que, quando a criança vive em regiões com menor acesso a serviços especializados, a chance de hospitalização tende a aumentar.[18]

Lopes *et al.* (2022), em estudo de delineamento quantitativo e retrospectivo, analisaram 8.974 crianças triadas e atendidas em serviço de urgência com queixa principal de dispneia. A maior parte das admissões concentrou-se entre 1 e 2 anos, com predomínio do sexo masculino; os sintomas mais relatados foram dificuldade respiratória, tosse, hipoxemia e dor pleurítica. O estudo mostra que os quadros respiratórios na infância frequentemente cursam com

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

manifestações clínicas intensas, mesmo quando a classificação inicial de risco é considerada “pouco urgente”, o que exige atenção à rapidez com que a condição respiratória pode se deteriorar em crianças pequenas.[19]

Xavier *et al.* (2022) analisaram a sazonalidade climática de doenças respiratórias em crianças de 0 a 9 anos no município de Campina Grande-PB, com dados do DataSUS referentes a 1998–2020, totalizando 37.026 internações por pneumonia, bronquite/bronquiolite e asma. Os autores observaram aumento de casos no outono e no inverno, com padrão específico por patologia pneumonia e asma entre abril e julho e bronquite/bronquiolite entre maio e agosto, dinâmica explicada pelo tempo frio e úmido e pela diminuição da velocidade do vento, entre outros eventos climáticos.[20]

A faixa etária de 1 a 4 anos concentrou o maior número de internações nas três doenças analisadas. Utilizando modelos preditivos da família SARIMA, os autores identificaram tendência de redução dos casos de pneumonia ao longo dos anos, associada à implantação da vacina pneumocócica conjugada em 2010, enquanto a bronquite/bronquiolite apresentou leve tendência de aumento, relacionada à ausência, à época, de imunização específica contra o VSR. Esses achados reforçam que fatores climáticos influenciam diretamente as internações pediátricas e que o reconhecimento do padrão sazonal pode subsidiar o planejamento da enfermagem e dos serviços para períodos de maior demanda, favorecendo respostas preventivas antecipadas no território.[20]

A análise de Prado e Novais (2024) sobre as internações pediátricas por bronquiolite viral aguda no SUS ao longo de uma década evidenciou volume expressivo de hospitalizações, com média de 3.044 no Sudeste e médias menores no Centro-Oeste e Norte, variação explicada, em parte, pela densidade populacional e pela capacidade de registro hospitalar de cada macrorregião.[21] Em estudo complementar, os mesmos autores (2025), com dados do DataSUS entre 2012 e 2021, mostraram que crianças menores de 1 ano tiveram maior tempo médio de internação, representando 57% dos casos hospitalizados, o que confirma o primeiro ano de vida como o período de maior impacto dessas doenças no sistema de saúde.[22]

Esses achados são reforçados por evidências nacionais recentes que atualizam o panorama epidemiológico. Análises de tempo e espaço das hospitalizações por bronquiolite no Brasil não apenas confirmam a concentração de internações no Sudeste, como propõem a predição de regiões e períodos epidêmicos para orientar a imunização contra o VSR[23], e estudos sobre tempo de internação e gastos hospitalares evidenciam o peso econômico da doença para o SUS[4] — informações de grande valor para o planejamento assistencial e para a atuação preventiva da enfermagem.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Parte expressiva dessas hospitalizações poderia ser evitada por meio de acompanhamento adequado na atenção primária. Prezotto *et al.* (2017) identificaram, no estado do Paraná, que pneumonias, asma e gastroenterites figuram entre as condições sensíveis à atenção primária mais frequentes em menores de cinco anos condições com forte relação com prevenção, diagnóstico precoce e manejo no território.[24] De modo convergente, Pimentel e Mota (2022) contabilizaram, no Tocantins, 111.553 hospitalizações pediátricas entre 2015 e 2020, com maior número em 2015 e redução em 2020, possivelmente relacionada à subnotificação durante a pandemia, o que pode ter ocultado a real incidência das doenças respiratórias nesse período.[6]

Santos *et al.* (2020) destacaram a influência dos determinantes sociais no adoecimento infantil ao analisarem crianças internadas em hospital público do interior do Rio de Janeiro: a maioria dos responsáveis não possuía vínculo de emprego formal, tinha quatro ou mais dependentes e renda familiar de até um salário-mínimo, e as crianças eram predominantemente lactentes (51,1%). Mesmo com 82,6% delas amamentadas e 92,4% com esquema vacinal em dia, a internação por doenças respiratórias permaneceu elevada, sugerindo que a proteção conferida por práticas preventivas individuais é insuficiente quando não acompanhada de condições socioeconômicas adequadas, o que reforça a necessidade de articulação de políticas de habitação, renda e saneamento.[25]

Nesse contexto, Damasceno *et al.* (2022) identificaram, entre 3.041 casos notificados no SIVEP-Gripe em 2021, 414 (13,6%) com diagnóstico confirmado de COVID-19, sendo que crianças de seis a nove anos apresentaram 1,33 vez mais chance de desenvolver a doença, necessitar de internação em UTI e evoluir para óbito achado que amplia a compreensão sobre as faixas etárias de maior risco e reforça a necessidade de vigilância ativa também nos anos iniciais da vida escolar.[26]

Em conjunto, o perfil epidemiológico das DRA na infância é determinado por múltiplas camadas de fatores que se sobrepõem e se potencializam: a vulnerabilidade biológica das fases iniciais da vida, as condições socioeconômicas desfavoráveis, as desigualdades regionais no acesso aos serviços e as fragilidades na atenção primária. O adoecimento respiratório infantil não pode ser compreendido apenas como expressão de uma infecção, mas como resultado de determinantes que exigem respostas articuladas nos diferentes níveis do sistema de saúde.

3.2. Práticas e intervenções de enfermagem na prevenção e no cuidado das DRA

Ao refletir sobre os estudos que tratam das práticas assistenciais, percebe-se que a enfermagem ocupa posição particular no cuidado das doenças respiratórias infantis, atuando não apenas no momento da hospitalização, mas também no acompanhamento cotidiano das

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

crianças e de suas famílias. O estudo de Félix *et al.* (2019), conduzido com 60 crianças diagnosticadas com asma e seus cuidadores, buscou compreender os fatores associados ao controle da doença. Notou-se que 12% das crianças apresentavam asma não controlada e 53% tinham controle apenas parcial, dado que revela que mesmo crianças em acompanhamento convivem com instabilidade clínica.[27]

Chama atenção que 38% dos cuidadores apresentavam discrepância entre a percepção da gravidade da asma e a classificação clínica estabelecida por diretrizes internacionais. Esse achado pode ser compreendido à luz de como o conhecimento circula no cotidiano das famílias: nem sempre a linguagem técnica dos serviços de saúde se traduz facilmente em práticas concretas no ambiente doméstico. Assim, a atuação da enfermagem ultrapassa a administração de medicamentos, envolvendo a tradução de informações, a escuta, a construção de confiança e o acompanhamento contínuo.[27]

As diretrizes clínicas atuais reforçam essa perspectiva educativa. A revisão de diretrizes de asma na infância publicada no Jornal Brasileiro de Pneumologia (2024) destaca que o diagnóstico deve considerar padrões característicos de sintomas sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse, com limitação variável do fluxo aéreo e que o manejo, escalonado por idade e etapas, depende criticamente da educação continuada da criança e da família, da adesão ao corticoide inalatório e da verificação sistemática da técnica inalatória em todas as consultas, ações em que a enfermagem tem papel central.[33]

Nessa direção, Vasconcelos *et al.* (2023) dedicaram-se à construção e validação de um álbum seriado educativo voltado a pais e cuidadores de crianças com asma. A pesquisa, de natureza metodológica, indicou que o material alcançou grau de recomendação superior a 9 pontos segundo o instrumento SAM. Estratégias educativas estruturadas podem fortalecer a autonomia dos cuidadores, pois, quando compreendem melhor o funcionamento da asma, tendem a reconhecer sinais de agravamento com mais rapidez e a seguir adequadamente as terapias de manutenção.[28]

Essa reflexão ganha força com o estudo de Bresolini *et al.* (2020), que avaliou a eficácia da visita domiciliar em crianças e adolescentes com asma grave. O trabalho, de delineamento experimental randomizado controlado, apontou melhora significativa na técnica inalatória e na adesão ao tratamento após as visitas. O ambiente domiciliar revela aspectos do cuidado que muitas vezes passam despercebidos no hospital, como o uso incorreto de inaladores; por isso, a proximidade do enfermeiro com a realidade cotidiana da família pode modificar significativamente os resultados terapêuticos.[29] De forma convergente, Benito-Ruiz *et al.* (2024), em revisão sistemática de 16 estudos, apontaram que intervenções educacionais estruturadas

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

sobretudo o ensino da técnica inalatória com revisões periódicas junto a pais e cuidadores e o apoio de recursos multimídia são decisivas no autogerenciamento da asma pediátrica e na prevenção de exacerbações e hospitalizações.[30]

A atuação da enfermagem também se expressa em práticas de conforto e no cuidado sensível. Souza *et al.* (2024), em estudo qualitativo sobre a experiência materna durante o cuidado hospitalar, mostraram que o banho terapêutico proporcionou alívio do desconforto respiratório, relaxamento e melhora do sono das crianças, além de descanso e satisfação das mães com a assistência de enfermagem. Conclui-se que práticas aparentemente simples podem assumir grande relevância no cuidado pediátrico, ampliando a experiência de cuidado para além do tratamento medicamentoso.[31]

No que se refere à avaliação clínica, Santos, I. R. F. (2023) verificou que a anamnese e o exame físico continuam sendo os principais instrumentos para a condução inicial do paciente pediátrico com suspeita de infecção respiratória aguda. Embora exames complementares, como radiografia de tórax e avaliação laboratorial, possam auxiliar em casos específicos, a indicação deve ser criteriosa, evitando condutas desnecessárias e priorizando a avaliação clínica individualizada. O estudo ressalta ainda a importância da antibioticoterapia racional, sobretudo diante da necessidade de diferenciar quadros virais e bacterianos, uma vez que o uso indiscriminado de antimicrobianos contribui para a resistência bacteriana.[32]

Além disso, a partir do estudo de Lopes *et al.* (2022), evidencia-se a necessidade de capacitação do enfermeiro e de sensibilização das famílias para reduzir admissões de prioridade “pouco urgente”, por meio de ações de educação, orientação e prevenção como técnicas de redução da tosse, higiene do sono e melhoria da limpeza das vias aéreas.[19] No plano da atenção básica, a estratégia AIDPI qualifica a consulta de enfermagem à criança e valoriza a educação de cuidadores, e sua incorporação à formação do enfermeiro é reconhecida, há décadas, como elemento estruturante da assistência à saúde infantil.[34] Assim, as intervenções de enfermagem abrangem desde a educação em saúde até o acompanhamento domiciliar, passando pela implementação de tecnologias educativas e por estratégias de conforto, contribuindo para reduzir agravamentos e fortalecer a autonomia das famílias.

3.3. Desafios e barreiras enfrentados pela enfermagem no contexto da saúde infantil respiratória

Ao voltar o olhar para os desafios enfrentados pela enfermagem no cuidado respiratório infantil, percebe-se que grande parte deles se relaciona à complexidade do contexto em que esse cuidado acontece. O estudo de Carvalho e Veríssimo (2011), voltado à comunicação entre

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

profissionais de saúde e mães durante consultas de crianças com infecções respiratórias agudas, trouxe resultado que chama atenção: as orientações fornecidas foram consideradas variáveis e muitas vezes incompletas, com forte predominância de recomendações centradas no tratamento medicamentoso. Quando o processo educativo se restringe à prescrição, perde-se a oportunidade de discutir fatores ambientais, sinais de alerta e práticas de prevenção que poderiam reduzir novos episódios.[35]

Corroborando esse achado, Barreto *et al.* (2021) investigaram os fatores associados à ocorrência de infecções respiratórias agudas em pré-escolares assistidos por creche pública. A pesquisa identificou prevalência de 40,5% de infecção respiratória, e dois fatores se destacaram na análise multivariada: a permanência na creche superior a cinco horas diárias e a baixa escolaridade do responsável, ambos associados ao aumento do risco de adoecimento. Evidencia-se, assim, que o trabalho da enfermagem não se limita ao ambiente clínico, exigindo diálogo com instituições educativas, famílias e comunidades.[5]

Dimensões emocionais e relacionais também atravessam o cuidado. Marques *et al.* (2014), ao investigarem a experiência de mães com filhos hospitalizados por influenza A (H1N1), apontaram que o diagnóstico e o isolamento hospitalar geraram sentimento de insegurança, medo e dificuldade de compreensão das rotinas, sendo a falta de informação clara um dos principais fatores de sofrimento relatados pelas famílias. Demonstra-se que o cuidado respiratório infantil envolve dimensões que precisam ser consideradas pela equipe de enfermagem.[36]

Fatores ambientais influenciam diretamente a saúde respiratória infantil, Ambrozim *et al.* (2023) identificaram prevalência de 8,6% de atopias respiratórias entre crianças expostas à fumaça da queima de barro em atividades artesanais, sendo a rinite alérgica o diagnóstico mais frequente, atribuído à exposição contínua a partículas irritantes.[37] De modo semelhante, Nascimento *et al.* (2025) investigaram a relação entre o aumento da temperatura mínima ambiente e as hospitalizações por doenças respiratórias em crianças em Cuiabá: foram registradas 1.612 internações, com média diária de 1,47 caso, sendo pneumonia, bronquite e bronquiolite responsáveis por 97,2% delas, o que evidencia como condições atmosféricas favorecem a circulação de vírus respiratórios e aumentam a procura por serviços.[38]

O raciocínio diagnóstico constitui outro desafio central. Conforme Araújo *et al.* (2019), mesmo quando o enfermeiro domina a fisiopatologia das doenças respiratórias, esse saber pode ser insuficiente para inferir com segurança um diagnóstico de enfermagem, pois características definidoras como dispneia e taquipneia são comuns a diversas condições clínicas, gerando incertezas e risco de erro assistencial. Essa situação é ainda mais delicada na pediatria, em que

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

a impossibilidade de a criança verbalizar o desconforto exige avaliação baseada em sinais objetivos dilatação das narinas, retrações torácicas e alterações do padrão respiratório, presentes em parcela expressiva da amostra, com destaque para a dispneia (87,3%) e o padrão respiratório anormal (64,8%).[39]

Andrade *et al.* (2023) reforçam que o diagnóstico da asma em crianças menores de 5 a 6 anos é reconhecidamente difícil, uma vez que os episódios recorrentes de sibilância nem sempre persistem além dessa idade, o que exige avaliação clínica contínua e individualizada. Esse cenário reflete-se no fato de metade dos jovens asmáticos não ter a doença adequadamente controlada, evidenciando lacunas no processo de educação em saúde e no suporte familiar.[40]

Por fim, Santos *et al.* (2023) evidenciam barreiras na promoção do aleitamento materno como prática preventiva. Embora o leite materno contenha componentes imunológicos fundamentais anticorpos, lactoferrina e citocinas que fortalecem o sistema imunológico do lactente e o desenvolvimento do sistema respiratório, garantir o apoio ao aleitamento exclusivo nos primeiros meses representa uma barreira concreta, sobretudo pela falta de programas educativos sistematizados e pela dificuldade de criar ambientes institucionais e públicos adequados à amamentação, fatores que comprometem a prevenção de bronquiolites e pneumonias.[41]

O cuidado respiratório infantil envolve, portanto, um conjunto amplo de desafios — comunicação com as famílias, educação em saúde, desigualdades sociais, fatores ambientais e mudanças epidemiológicas — entrelaçados no cotidiano assistencial. Nesse cenário, a enfermagem assume papel estratégico, não apenas como executora de procedimentos clínicos, mas como mediadora entre o conhecimento científico, a realidade social e as necessidades concretas das crianças e de suas famílias.

3.4. Prevenção e imunização contra o VSR: novas tecnologias e o papel da enfermagem

Um dos avanços mais significativos e recentes na prevenção das doenças respiratórias agudas na infância refere-se às estratégias de imunização contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), principal agente etiológico da bronquiolite viral aguda.[3] Historicamente, a profilaxia no SUS restringia-se ao palivizumabe, anticorpo monoclonal incorporado em 2012 para prematuros de maior risco. O cenário mudou substancialmente a partir de 2023–2025.[16]

O posicionamento conjunto da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Imunizações recomendou a imunização passiva com nirsevimabe, anticorpo monoclonal de ação prolongada que confere proteção por toda a temporada do VSR com dose

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

única, autorizado pela Anvisa em 2023.[15] Em 2025, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS recomendou sua incorporação para bebês prematuros (até 36 semanas e 6 dias) e crianças menores de dois anos com comorbidades[16], decisão formalizada pela Portaria SECTICS/MS nº 15/2025 e acompanhada da incorporação da vacina recombinante contra o VSR para gestantes, destinada à proteção de recém-nascidos.[42]

Essas tecnologias reconfiguram parte das ações de enfermagem, cabe à equipe atuar na busca ativa e na identificação das crianças elegíveis, na administração segura do imunobiológico, inclusive na maternidade ou durante internação neonatal, na observação de reações de hipersensibilidade e na educação de famílias sobre a nova estratégia preventiva. A enfermagem também é essencial na vigilância e no registro de eventos adversos e na articulação com o Programa Nacional de Imunizações.

Essa atualização dialoga diretamente com a estratégia AIDPI e com o histórico de sua implantação no Brasil, que sempre enfatizaram a prevenção e a educação em saúde como pilares do cuidado à criança menor de cinco anos.[43,44] A incorporação de novas medidas profiláticas não substitui, mas potencializa o papel educativo e assistencial da enfermagem, exigindo atualização contínua dos protocolos e da formação profissional para que os benefícios cheguem, de modo equitativo, às populações mais vulneráveis.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças respiratórias na infância não se caracterizam apenas como um problema clínico, mas como questão de saúde pública que abrange dimensões sociais, estruturais e assistenciais. A distância dos serviços especializados impõe maior risco de agravamento, resultando em internações que, em muitos casos, poderiam ter sido resolvidas na atenção básica.

Ao analisar a literatura, percebe-se que o enfermeiro desempenha papel que ultrapassa a dimensão assistencial, atuando como educador em saúde na disseminação de conhecimentos sobre fatores ambientais, medidas preventivas e sinais de alarme. A revisão, conduzida por análise temática de Bardin (2011)[17] **a partir de 23 estudos publicados entre 2011 e 2025, permitiu organizar os achados em eixos complementares e contextualizá-los com evidências e documentos oficiais atualizados.**

O primeiro eixo evidenciou que as DRA na infância decorrem de fatores biológicos, socioeconômicos, regionais e de fragilidades na atenção primária, com a bronquiolite e a pneumonia como principais causas de hospitalização. O segundo demonstrou que as práticas

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

de enfermagem vão além da medicação, incluindo tecnologias educativas, visita domiciliar e estratégias de conforto, alinhadas às diretrizes clínicas vigentes. O terceiro apontou desafios comunicativos, sociais, ambientais e diagnósticos. O quarto, de caráter atual, discutiu as novas estratégias de imunização contra o VSR incorporadas ao SUS em 2025 e suas implicações para a enfermagem.

Conclui-se que a atuação da enfermagem frente às doenças respiratórias agudas na infância é indispensável e multidimensional, ocupando lugar central na identificação precoce de sinais de agravamento com suporte nas cinco etapas do Processo de Enfermagem, na educação em saúde, no acompanhamento longitudinal e na incorporação das medidas profiláticas emergentes. A qualificação da assistência passa pela valorização do cuidado centrado na família, pela integração entre os níveis de atenção e pelo reconhecimento dos determinantes sociais do adoecimento infantil.

Como limitação, destacam-se a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos e a predominância de recortes regionais, que impõem cautela na generalização. Indica-se, para estudos futuros, a realização de pesquisas primárias longitudinais que avaliem o impacto de intervenções educativas de enfermagem e das novas estratégias de imunização contra o VSR na redução de hospitalizações por doenças respiratórias pediátricas no contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Child mortality and causes of death [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2025 Oct 10]. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/child-mortality-and-causes-of-death

2. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS: internações por doenças respiratórias em crianças, 2020-2025 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [cited 2025 Oct 10]. Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def

3. Florin TA, Plint AC, Zorc JJ. Viral bronchiolitis. Lancet. 2017;389(10065):211-224. doi:10.1016/S0140-6736(16)30951-5

4. Lima MF, *et al.* Bronquiolite viral aguda no Brasil: características de tempo de internação e gastos hospitalares. Cien Saude Colet. 2023;28(10):4645-4657. doi:10.1590/1413-812320232810.19132022

5. Barreto AKCP, *et al.* Fatores preditores de infecção respiratória aguda em pré-escolares assistidos por creche pública. REME Rev Min Enferm. 2021;25:e1394. doi:10.5935/1415.2762.20210042

6. Pimentel SM, Mota MRS. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária. Rev APS. 2022. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1562492

7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de Enfermagem. Brasília: COFEN; 2024.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

8. Alves TC, Sousa AGT, Abreu SHA, *et al.* Sinais de alerta em doenças respiratórias na infância e importância do diagnóstico precoce. J Med Biosci Res. 2025;7(1):660-666. doi:10.36557/2674-8169.2025v7n1p660-666

9. Paranhos VD, Pina JC, Mello DF. A atenção integrada às doenças prevalentes na infância e o enfoque nos cuidadores: revisão integrativa da literatura. Rev Lat Am Enfermagem. 2011;19(1):203-211. doi:10.1590/S0104-11692011000100027

10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): orientações para gestores e profissionais de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Available from: https://www.gov.br/saude

11. Saquetto MB, Lima SCR, Carneiro CDS, Campos AA. Qualificação profissional na atenção básica e vigilância do desenvolvimento infantil. Rev Baiana Enferm. 2021;35:e3540. doi:10.18471/rbe.v35.3540

12. Andrade LS, Costa LRF, Lopes TL, *et al.* Avanços e desafios na saúde infantil: abordagem multidisciplinar. J Med Biosci Res. 2024;1(4):871-877.

13. Sousa EA, Oliveira DKL, Silva SV, *et al.* Políticas públicas para educação infantil no Brasil. Cad Pedag. 2024;21(13):e12434. doi:10.54033/cadpedv21n13-346

14. Albernaz ALG, Couto MCV. A puericultura no SUS: cuidado integral à saúde da criança. Saude Debate. 2022;46(esp 5):236-248. doi:10.1590/0103-11042022E519

15. Sáfadi MAP, Kfouri RA. Posicionamento conjunto Sociedade Brasileira de Pediatria e Sociedade Brasileira de Imunizações: imunização passiva com nirsevimabe para prevenção da doença pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) em crianças. São Paulo: SBP; SBIm; 2024.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Relatório de Recomendação nº 974: nirsevimabe para a prevenção de infecção do trato respiratório inferior associado ao Vírus Sincicial Respiratório. Brasília: Ministério da Saúde; 2025.

17. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

18. Capey Aquiles Y, Soto Leyva M, Álvarez Caballero ME, *et al.* Neumonías bacterianas graves en niños menores de 1 año. Multimed. 2022;26(3):e2213.

19. Lopes MIR, Martins JE, Ribeiro OM. A criança com dispneia no serviço de urgência: dados epidemiológicos. Rev Port Enferm Reabil. 2022;5(2).

20. Xavier JMV, Silva FDS, Olinda RA, *et al.* Sazonalidade climática e doenças respiratórias inferiores em crianças. Rev Bras Enferm. 2022;75(2):e20210680. doi:10.1590/0034-7167-2021-0680

21. Prado SI, Novais MAP. Internações pediátricas por bronquiolite no Brasil: análise longitudinal. Acta Paul Enferm. 2024;37:eAPE00876. doi:10.37689/acta-ape/2024AO0000876

22. Prado SI, Novais MAP. Bronquiolite viral aguda no Brasil: tempo de internação e custos. Cien Saude Colet. 2025;30(4):e07402023. doi:10.1590/1413-81232025304.07402023

23. Pereira EQ, *et al.* Temporal-spatial analysis of hospitalizations for bronchiolitis in Brazil: prediction of epidemic regions and periods for immunization against the Respiratory Syncytial Virus. Rev Paul Pediatr. 2023;41:e2021304. doi:10.1590/1984-0462/2023/41/2021304

24. Prezotto KH, Lentsck MH, Aidar T, *et al.* Hospitalizações de crianças por condições evitáveis no Paraná. Acta Paul Enferm. 2017;30(3):254-261.

25. Santos AC, Góes FGB, Pereira FMV, *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de crianças em unidade pediátrica. Rev Enferm UERJ. 2020;28:e46533. doi:10.12957/reuerj.2020.46533

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

26. Damasceno DPS, Portela LF, Góes FGB, *et al.* Perfil epidemiológico de crianças com COVID-19. Cogitare Enferm. 2022;27:e82798. doi:10.5380/ce.v27i0.82798

27. Félix AFS, *et al.* Controlo da asma infantil: fatores associados. Enferm Glob. 2019;19(1):1-41.

28. Vasconcelos FX, Barbosa LP, Lima FET, *et al.* Álbum seriado para autoeficácia na asma infantil. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20220461. doi:10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0461pt

29. Bresolini DSR, Queiroz MVNP, Gaspar GR, *et al.* Home visits in pediatric severe asthma: randomized trial. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03538. doi:10.1590/S1980-220X2018039603538

30. Benito-Ruiz E, Pérez-Corral M, Blázquez-Ornat I, *et al.* Intervenciones educativas en el asma infantil: revisión sistemática. Aten Primaria. 2024;56(1):102721. doi:10.1016/j.aprim.2023.102721

31. Souza DM, *et al.* Opiniões maternas sobre banho para alívio da dor em crianças. Acta Paul Enferm. 2024;37:eAO00002415. doi:10.37689/acta-ape/2024AO00002415

32. Santos IRF. Protocolo clínico de atendimento de pneumonia em pronto-socorro infantil [dissertação]. São Paulo: Hospital do Servidor Público Municipal; 2023.

33. Furukawa LH, Garcia LC, Castro MA, Pinto LA. Diagnóstico e tratamento da asma na infância: uma visão geral das diretrizes. J Bras Pneumol. 2024;50(1):e20240051. doi:10.36416/1806-3756/e20240051

34. Veríssimo MDOR, *et al.* A formação do enfermeiro e a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Rev Bras Enferm. 2003;56(4):396-400.

35. Carvalho APA, Veríssimo MLOR. Comunicação e educação em consultas de crianças com infecções respiratórias agudas. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(4):847-854. doi:10.1590/S0080-62342011000400008

36. Marques FRB, Schwartz E, Marcon SS. Experiência de mães com filhos hospitalizados por influenza A (H1N1). Rev Bras Enferm. 2014;67(2). doi:10.5935/0034-7167.20140029

37. Ambrozim GC, Cápua LD, Perazzo LEL, *et al.* Exposure of children to smoke in craft environments. Rev Bras Med Trab. 2023;21(1). doi:10.47626/1679-4435-2023-844

38. Nascimento LFC, César ACG, Carvalho Junior JA. Temperatura e internações por doenças respiratórias. Cien Saude Colet. 2025;30(1):e19972022. doi:10.1590/1413-81232025301.19972022

39. Araújo AAO, *et al.* Accuracy of impaired gas exchange diagnosis in children. Rev Rene. 2019;20:e40159. doi:10.15253/2175-6783.20192040159

40. Andrade C, Martins R, Carvalho N. Reabilitação respiratória na criança com asma. Millenium. 2023;(esp 12):e30090. doi:10.29352/mill0212e.30090

41. Santos RLO, Rocha ACS, Kasburg SN, *et al.* Síndromes alérgicas respiratórias em pediatria e aleitamento materno. Braz J Health Rev. 2023;6(5):20887-20897. doi:10.34119/bjhrv6n5-119

42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 15, de 5 de março de 2025. Dispõe sobre a incorporação do nirsevimabe para a prevenção da doença pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 2025.

43. Cunha AJLA, Benguigui Y, Silva MASF. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

44. Brasil. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.