Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Terapêutica na bronquiolite: um estudo sobre a influência do tratamento na evolução clínica em pacientes pediátricos

Bronchiolitis therapeutics: a study on the influence of treatment on clinical evolution in pediatric patients

Terapéutica en la bronquiolitis: un estudio sobre la influencia del tratamiento en la evolución clínica en pacientes pediátricos

Haíssa Helena Garcia da Silva[1], Ana Gabriela Dalla Vecchia[1], Solange Cristina Costa Cotlinsky[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar a influência das diferentes abordagens terapêuticas na evolução clínica de pacientes pediátricos com bronquiolite aguda atendidos em um hospital do estado do Paraná no período de 2023 a 2024. **Métodos:** Trata-se de estudo observacional, retrospectivo e descri-tivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, baseado em análise de 39 prontuário de pacientes com até 2 anos de idade. Foram coletadas informações sobre sexo, idade, tempo de internação, esforço respiratório, saturação de oxigênio, intervenções terapêuticas e desfecho clínico. A análise estatística utilizou o teste de Qui-Quadrado para variáveis categóricas e o teste de Kruskal-Wallis para comparar o tempo de internação entre faixas etárias. **Resultados:** A maioria dos pacientes apresentou melhora progressiva da saturação de oxigênio e evolução clínica favorável, com tempo médio de internação de 2,97 ± 4,39 dias, sem associação significativa entre sexo, faixa etária ou necessidade de oxigenoterapia e duração da hospitalização. Apenas um caso evoluiu para ventilação mecânica invasiva. **Conclusão:** Os principais pontos fortes do estudo incluem a análise detalhada de prontuários reais e a avaliação de múltiplas terapêuticas, enquanto a limitação está no desenho retrospectivo e no tamanho reduzido da amostra, podendo restringir resultados.

Palavras-chave: Bronquiolite, Terapêutica, Pediatria, Evolução clínica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the influence of different therapeutic approaches on the clinical evolution of pediatric patients with acute bronchiolitis treated at a hospital in the state of Paraná from 2023 to 2024. **Methods:** This is an observational, retrospective and descriptive study, with a quantitative and qualitative approach, based on the analysis of 39 medical records of patients up to 2 years of age. Information on sex, age, length of hospital stay, respiratory effort, oxygen saturation, therapeutic interventions, and clinical outcome was collected. Statistical analysis used the chi-square test for categorical variables and the Kruskal-Wallis test to compare length of hospital stay between age groups. **Results:** Most patients showed progressive improvement in oxygen saturation and favorable clinical outcome, with a mean length of hospital stay of 2.97 ± 4.39 days, with no significant association between sex, age group, or need for oxygen therapy and length of hospital stay. Only one case progressed to invasive mechanical ventilation. **Conclusion:** The main strengths of this study include the detailed analysis of real-life medical records and the evaluation of multiple therapies.

[1] Centro Universitário Campo Real, Guarapuava – PR.

SUBMETIDO EM: 10/2025 | **ACEITO EM: 11/2025** | **PUBLICADO EM: 12/2025**

However, the limitations lie in its retrospective design and small sample size, which may limit the generalizability of the results.

Keywords: Bronchiolitis, Therapy, Pediatrics, Clinical outcome.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la influencia de diferentes enfoques terapéuticos en la evolución clínica de pacientes pediátricos con bronquiolitis aguda atendidos en un hospital del estado de Paraná en el período de 2023 y 2024. **Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, con enfoque cuantitativo y cualitativo, basado en el análisis de 39 historias clínicas de pacientes de hasta 2 años. Se recopilaron datos sobre sexo, edad, tiempo de hospitalización, esfuerzo respiratorio, saturación de oxígeno, intervenciones terapéuticas y desenlace clínico. Se aplicaron pruebas de Chi-cuadrado para variables categóricas y Kruskal-Wallis para comparar el tiempo de hospitalización entre grupos de edad. **Resultados:** La mayoría de los pacientes mostró mejoría progresiva de la saturación de oxígeno y evolución clínica favorable, con un tiempo promedio de hospitalización de 2,97 ± 4,39 días; no se observó asociación significativa entre sexo, edad o necesidad de oxigenoterapia y duración de la hospitalización. Solo un caso requirió ventilación mecánica invasiva. **Conclusión:** El estudio destaca por el análisis detallado de historias clínicas y la evaluación de múltiples terapéuticas, aunque se limita por su diseño retrospectivo y tamaño reducido de la muestra, lo que puede afectar la generalización de los resultados.

Palabras clave: Bronquiolitis, Terapéutica, Pediatría, Evolución Clínica.

INTRODUÇÃO

A bronquiolite viral aguda (BVA) é uma afecção de alta persistência em crianças lactentes nos primeiros anos de vida, a qual tem seu impacto e relevância a ser abordado. O vírus sincicial respiratório (VSR) é o agente etiológico mais comum, responsável pela maior causa de hospitalizações, e em segundo lugar, o rinovírus. Outros patógenos, como *Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae*, metapneumovírus humano e coronavírus também podem estar envolvidos na etiologia da bronquiolite. A infecção geralmente se apresenta de forma leve, mas alguns pacientes evoluem com acometimento dos bronquíolos distais, manifestando sinais como taquipneia, sibilos, estertores e retrações torácicas. Cerca de 1–3% das crianças infectadas desenvolvem quadros mais graves, incluindo apneia, dificuldade de alimentação ou dessaturação, exigindo hospitalização. Em casos mais raros, especialmente entre lactentes com comorbidades, pode haver progressão para insuficiência respiratória (CABALLERO MT, et al., 2017; CARVALHO WB, et al., 2007).

O diagnóstico segue respeitando o quadro clínico, no qual o recém-nascido ou lactente apresentam-se com sinais de dificuldade respiratória, coriza, ausculta pulmonar caracterizada por crepitações e sibilância bilateral, e no exame radiológico podem-se observar áreas de hiperinsuflação pulmonar difusa e ausência de condensação. O método laboratorial mais específico para o diagnóstico do VSR é o isolamento viral em culturas de células, mas o teste de imunofluorescência indireta também se oferece como boa alternativa (MUCCIOLLO MH, et al., 2008).

A maioria das crianças sofre infecção nos primeiros 2 anos de vida, com o pico de incidência entre 2 e 3 meses. A bronquiolite provoca inflamação das vias aéreas aumentando muco, necrose e edema podendo apresentar riscos de obstrução mecânica. O VSR se replica no epitélio nasal, onde provoca necrose epitelial, destruição ciliar e inflamação local. Esses processos reduzem o lúmen bronquiolar e comprometem a função ciliar, resultando em retenção de ar, hiperinsuflação e atelectasia (ANDRADE NGA, et al., 2024).

Infecções precoces por VSR podem estar associadas a maior risco de desenvolvimento de asma na infância, observado com o rinovírus, que apresenta maior prevalência de dermatite e eosinofilia, mas com melhor saturação de oxigênio. Alterações imunológicas, como o desequilíbrio entre linfócitos T Th17 e linfócitos B, foram observadas em casos mais graves. Embora o tratamento permaneça limitado ao suporte

clínico, novas vacinas demonstram eficácia promissora na prevenção. A diferenciação entre VSR e rinovírus é fundamental, uma vez que infecções por rinovírus podem responder melhor ao uso de corticosteroides, ao contrário do VSR, que ainda não possui tratamento específico (ANDRADE NGA, et al., 2024).

Outros fatores de risco de preditores de gravidade na BVA são: displasia broncopulmonar ou outras doenças respiratórias crônicas (pela redução da função pulmonar), idade menor que 12 meses, sexo masculino (provavelmente se deve ao menor calibre das vias aéreas), aglomeração, ausência de aleitamento materno, cardiopatia congênita e imunodeficiência (PEIXOTO FG, et al., 2023).

A circulação do VSR apresenta um padrão sazonal: em regiões temperadas a incidência aumenta nos meses mais frios e em áreas tropicais e subtropicais, os picos na estação chuvosa. Fatores como a maior permanência em ambientes fechados e mal ventilados durante o frio, além da redução da eficácia do clearance mucociliar provocada pelas baixas temperaturas, favorecem tanto a transmissão quanto a gravidade dos quadros clínicos associados ao VSR (PRADO SI, et al., 2023).

O tratamento da bronquiolite é, em sua maioria, de suporte, não há terapêutica medicamentosa específica e a doença geralmente apresenta evolução benigna. O manejo pode ser realizado de forma ambulatorial, com atenção aos sinais de agravamento, como febre persistente, aumento do esforço respiratório e alteração do nível de consciência. As principais medidas incluem hidratação, aspiração das vias aéreas superiores, fisioterapia respiratória e oxigenoterapia quando a saturação é inferior a 90%. A nebulização com solução salina hipertônica (SSH) pode ser utilizada em casos leves a moderados, auxiliando na depuração das vias aéreas (ANDRADE NGA, et al., 2024).

O uso de broncodilatadores (agonistas B2 adrenérgicos, adrenalina e brometo de ipratrópio) ou corticosteroides são comumente usados no tratamento apesar de não haver evidência suficiente sobre sua eficácia, e devem ser utilizados dependendo do quadro clínico de cada paciente. Antibióticos devem ser utilizados apenas em vigência de infecção bacteriana secundária ou concomitante. Embora a corticoterapia tenha ação anti-inflamatória, auxiliando na redução de edema da mucosa respiratória e melhore a broncoconstrição, estas não mudam o curso da BVA. Já a nebulização com B2 adrenérgicos como fenoterol ou salbutamol é comum na BVA, mesmo os sibilos presentes, a causa do broncoespasmo é relacionada a presença de debris no bronquíolo, não há benefícios sobre os tempos de internação, melhora clínica e prova de função pulmonar, quando comparado à nebulização com placebo como o B2 adrenérgicos, exceto quando se trata do rinovírus. A nebulização com SSH 3% pode auxiliar no manejo da BVA ao fluidificar o muco, reduzir o edema das vias aéreas e melhorar o clearance mucociliar. Estudos indicam que seu uso pode diminuir o tempo de internação em casos leves a moderados, além de reduzir a necessidade de hospitalização quando utilizada precocemente, especialmente antes da fisioterapia respiratória (MAÇÃO P, et al., 2011; SOUZA IHS, et al., 2025).

A decisão de hospitalização na bronquiolite continua sendo baseada no julgamento clínico, considerado o principal critério para admissão. A saturação arterial de oxigênio (SaO2) é o preditor clínico mais consistente para avaliar a piora clínica. Outros fatores como a idade inferior a 3 meses, história clínica de doenças, frequência respiratória (FR) e o esforço cardio ventilatório também devem ser observados. A SaO2 menor que 92% é o preditor mais objetivo de gravidade (REIS BAC e MAYNARD LG, 2024).

Outro dado relevante evidenciou que durante a vigência da COVID-19 houve uma redução expressiva na circulação do VSR, com queda de aproximadamente 98% em 2020 da BVA. Essa diminuição relaciona-se às medidas de controle da transmissão do SARS-CoV-2, que também limitaram a disseminação de outros vírus respiratórios. Com o relaxamento dessas medidas em 2021, os casos de BVA voltaram a aumentar, atingindo níveis ainda mais elevados em 2022, com maior número de hospitalizações (HYPOLITO EG, 2023).

Diante da diversidade de abordagens terapêuticas e da variabilidade na evolução clínica da bronquiolite viral aguda em pacientes pediátricos, torna-se essencial compreender quais intervenções estão associadas a melhores desfechos hospitalares. Portanto, o presente estudo tem como objetivo analisar a influência da terapêutica utilizada na evolução clínica de lactentes com bronquiolite, contribuindo para a definição de estratégias de manejo mais eficazes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado por meio da análise de prontuários eletrônicos de pacientes pediátricos com diagnóstico de bronquiolite aguda atendidos em um hospital do estado do Paraná no período de 2023 a 2024.

O estudo foi inicialmente delineado para incluir 60 prontuários médicos de pacientes atendidos entre os anos de 2022 a 2024, com o objetivo de comparar as terapêuticas utilizadas em dois períodos distintos: antes e durante a pandemia da COVID-19. No entanto, durante a etapa de coleta de dados, constatou-se que o prontuário eletrônico do hospital disponibiliza registros apenas a partir do ano de 2023, impossibilitando o acesso às informações referentes aos anos anteriores e, consequentemente, a análise comparativa entre os períodos pré e pós-pandemia.

Diante dessa limitação, o recorte temporal foi ajustado para o período de 2023 a 2024 totalizando 47 prontuários analisados, dos quais 8 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade, resultando em uma amostra final de 39 pacientes. Embora inferior ao inicialmente previsto, o número de casos obtido mostrou-se suficiente para análise, permitindo avaliar de forma consistente as terapêuticas empregadas em pacientes com bronquiolite.

Foram incluídos prontuários de crianças com até 2 anos de idade com diagnóstico confirmado de BVA (CID-10 J21.0). Para a coleta de dados, foi utilizo um questionário desenvolvido pelos próprios autores contendo as variáveis clínicas e terapêuticas referentes a sexo, idade, faixa etária, esforço respiratório na admissão, saturação de oxigênio, tempo e tipo de internação (observação, enfermaria ou UTIP), além das intervenções terapêuticas empregadas, como oxigenoterapia, broncodilatadores, corticosteroides, fisioterapia respiratória, hidratação venosa e nebulização com solução salina hipertônica.

O desfecho clínico foi analisado com base na melhora da saturação de oxigênio e na necessidade de ventilação mecânica invasiva. A análise qualitativa complementou a investigação, permitindo compreender a evolução clínica individual e os padrões de resposta às diferentes terapêuticas.

Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel e submetidos à análise estatística descritiva, incluindo frequências, porcentagens, médias e desvios padrão, com o intuito de identificar tendências. As associações entre variáveis categóricas foram avaliadas pelo teste do Qui-quadrado, enquanto o teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para comparar o tempo de internação entre as faixas etárias, considerando a distribuição não paramétrica dos dados.

O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$, e os resultados foram apresentados em tabela e gráficos, de modo a facilitar a interpretação e evitar redundância textual.

O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, assegurando sigilo e anonimato dos participantes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 7.822.067 (CAAE: 86744425.2.0000.8947), conforme as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A análise dos dados obtidos permitiu identificar o perfil clínico e terapêutico dos pacientes pediátricos diagnosticados com bronquiolite durante o período avaliado. São apresentados os principais achados referentes às características demográficas, parâmetros clínicos e intervenções terapêuticas, bem como a evolução dos pacientes ao longo da internação.

Embora todos os parâmetros clínicos descritos na metodologia tenham sido avaliados, nesta seção são apresentados apenas aqueles considerados mais relevantes para a análise da evolução clínica, incluindo saturação, necessidade de oxigenoterapia na admissão e esforço respiratório.

Observou-se predominância do sexo feminino e maior concentração de crianças menores de 6 meses, com média de 7,1 ± 6,96 meses (mínimo 0,33; máximo 24 meses). A maioria dos pacientes foram internados

em leitos de enfermaria, enquanto uma parcela menor recebeu cuidados em sala de observação ou precisou ser transferida para a UTIP.

Na admissão, mais da metade apresentou esforço respiratório e saturação média de oxigênio inicial foi de 83,85% ± 25,09%, considerando todos os pacientes, inclusive aqueles sem registro de saturação. A distribuição detalhada dessas variáveis encontra-se na **Tabela 1**.

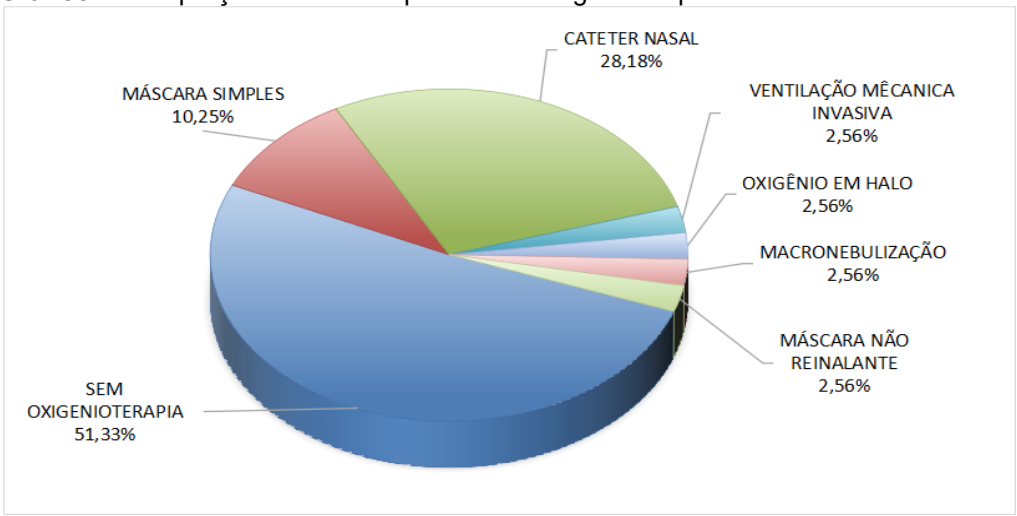
Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra de pacientes pediátricos com bronquiolite.

Variável	Categoria	n (nº de pacientes)	%
Sexo	Masculino	18	46,2
	Feminino	21	53,8
Faixa etária (meses)	≤ 6 meses	23	58,97
	7–12 meses	9	23,08
	13–24 meses	7	17,95
Local de internação	Observação	13	33,3
	Enfermaria	23	59
	UTI	3	7,7

Fonte: Silva HHG, et al., 2025.

Em relação à associação entre sexo e internação, 14 meninas (66,7%) e 11 meninos (61,1%) foram internados, sem diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 0,13$, $p = 0,72$), indicando que o sexo não influenciou a necessidade de hospitalização. A mediana do tempo de internação por faixa etária foi de 3 dias para crianças com até 6 meses, 5 dias para crianças entre 7 e 12 meses e 2,5 dias para crianças entre 13 e 24 meses. O teste de Kruskal-Wallis não indicou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($H = 1,8$; $p = 0,40$), sugerindo que a idade não impactou na duração da hospitalização.

Gráfico 1 - Proporção de cada dispositivo de oxigenoterapia.



Fonte: Silva HHG, et al., 2025.

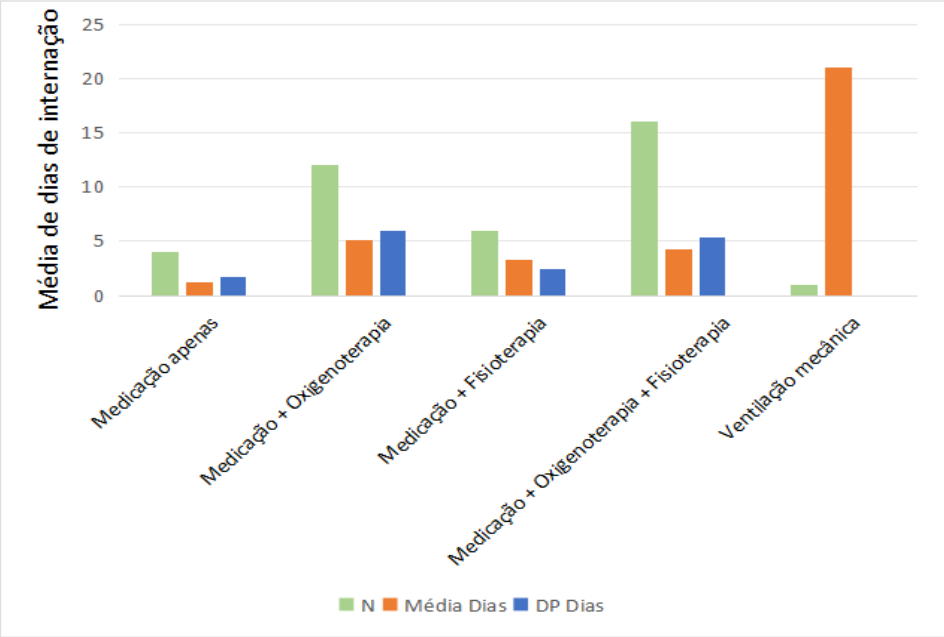
Quanto à oxigenoterapia foi aplicada em 48,7% dos pacientes com diferentes dispositivos. A proporção de cada tipo de dispositivo - incluindo cateter nasal, máscara simples, máscara não reinalante, macronebulização, oxigênio em halo, ventilação mecânica não invasiva e cateter nasal - é apresentada abaixo que permite visualizar a distribuição relativa de cada dispositivo (**Gráfico 1**).

Entre os que receberam oxigenoterapia, 15 permaneceram internados, enquanto 10 pacientes que não receberam oxigenoterapia também foram internados. O teste de Qui-Quadrado não indicou diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à internação ($\chi^2 = 3,55$; $p = 0,06$), sugerindo que a necessidade de oxigenoterapia não esteve associada à internação na amostra estudada.

A respeito do tratamento farmacológico, 30 pacientes (76,92%) receberam broncodilatador e 18 (46,15%) corticosteróide. Além disso, 15,38% dos pacientes receberam hidratação venosa, 53,84% foram submetidos a fisioterapia respiratória e 5,12% com nebulização com solução salina hipotônica, conforme protocolo institucional. Todos os pacientes apresentaram melhora da saturação de oxigênio durante o acompanhamento, evidenciando evolução clínica favorável, sendo que apenas um caso evoluiu para necessidade de ventilação mecânica invasiva. O tempo médio de internação foi de 2,97 ± 4,39 dias (mínimo 0, máximo 21 dias). Quando analisado por faixa de tempo, 35,89% ficaram em observação (sem internação), 30,77% permaneceram até 2 dias, 15,39% entre 3 a 5 dias, e 17,95% mais de 5 dias.

O **Gráfico 2**, referente à evolução clínica por grupo de tratamento, evidencia que a duração da internação aumenta conforme a complexidade das intervenções. Pacientes que receberam apenas medicação apresentaram os períodos de internação mais curtos, indicando recuperação mais rápida em casos de menor gravidade. Já aqueles submetidos à oxigenoterapia e/ou fisioterapia demonstraram internações intermediárias, refletindo maior necessidade de suporte clínico. O paciente submetido à ventilação mecânica apresentou internação prolongada, destacando a gravidade do quadro, já que este havia presença de prematuridade como comorbidade. Esses achados indicam que a complexidade do tratamento está associada à duração da hospitalização, evidenciando a relação entre gravidade clínica e evolução do paciente.

Gráfico 2 - Evolução clínica por tipo de tratamento.



Fonte: Silva HHG, et al., 2025.

Por fim, os resultados apresentados permitiram identificar a distribuição das variáveis clínicas e terapêuticas da amostra, incluindo idade, tempo de internação e intervenções utilizadas, fornecendo um panorama detalhado da evolução clínica dos pacientes.

DISCUSSÃO

A BVA é uma das principais causas de hospitalização em lactentes, representando um desafio frequente para os serviços de saúde pediátrica. Este estudo avaliou a influência das diferentes intervenções terapêuticas na evolução clínica de pacientes pediátricos internados no período de 2023 a 2024, caracterizando padrões de conduta e desfechos clínicos em uma população de crianças com até 2 anos.

Observou-se uma predominância de lactentes com idade média de 7,1 meses, corroborando dados da literatura que indicam maior incidência de BVA em crianças menores de 1 ano de vida, o que reforça o perfil etário mais acometido descrito na literatura. Segundo Nguyen SN, et al. (2021), relata a prevalência de 57%

crianças com idade inferior a 6 meses apresentarem necessidade de internação hospitalar. Esses achados reforçam a faixa etária mais acometida descrita na literatura.

No que diz respeito ao sexo, não houve diferença estatisticamente significativa entre meninos e meninas em relação à necessidade de hospitalização, indicando que o sexo não influenciou a necessidade de hospitalização. Esses resultados estão em consonância com os estudos anteriores que também não encontraram associação significativa entre sexo e gravidade da doença.

Referente ao local de internação, a maioria foi admitido em enfermaria, com uma parcela significativa permanecendo apenas em observação. Esses achados refletem a diversidade na gravidade clínica, que pode variar desde quadros leves até situações que exigem suporte ventilatório intensivo. A baixa taxa de internações em UTI observada neste estudo é compatível com dados nacionais que indicam que a maior parte das internações pediátricas por BVA ocorre em enfermarias, com necessidade de UTI restrita a casos graves. Esse padrão também foi observado por Hasegawa K, et al. (2021), ao destacar que apenas uma minoria dos casos de bronquiolite evolui para necessidade de cuidados intensivos, reforçando que a evolução clínica costuma ser autolimitada, com boa resposta ao tratamento de suporte.

Em relação às intervenções terapêuticas, observou-se que a oxigenoterapia foi indicada em quase metade dos pacientes, com utilização de diferentes dispositivos de acordo com a gravidade do quadro clínico, sendo o cateter nasal o mais frequentemente empregado.

Esses achados estão em consonância com as recomendações do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (2021) indicando a administração de oxigênio suplementar sempre que a saturação de oxigênio estiver abaixo de 90%. O tratamento da bronquiolite baseia-se principalmente em medidas de suporte, com ênfase na oxigenoterapia e na manutenção adequada da hidratação (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2024).

Além disso, estudos recentes sugerem que a oxigenoterapia domiciliar pode ser uma alternativa eficaz para reduzir a duração da internação hospitalar em casos leves e moderados de bronquiolite. Uma revisão sistemática conduzida por Lawrence J, et al. (2022) analisou dez estudos sobre oxigenoterapia domiciliar em crianças com bronquiolite. Os resultados indicaram que a oxigenoterapia domiciliar é viável, segura e bem aceita pelos cuidadores, com taxas de adesão variando de 70% a 82%.

Observou-se uso expressivo de broncodilatadores e corticosteróides, embora a literatura destaque eficácia limitada dessas terapias. Revisões recentes demonstram que os broncodilatadores não promovem melhora significativa na saturação de oxigênio nem reduzem o tempo de hospitalização, e que os corticosteróides não apresentam benefícios consistentes sobre a evolução clínica. Assim, o emprego desses medicamentos deve ser criterioso e ajustado à resposta individual do paciente, respeitando os protocolos institucionais (COCHRANE, 2014). Estudos mais recentes reforçam essas conclusões, indicando que o uso de broncodilatadores e corticosteróides deve ser criterioso e ajustado à resposta individual de cada paciente (JEONG H, et al., 2024).

A fisioterapia respiratória foi realizada em mais da metade dos pacientes, embora sua eficácia na bronquiolite ainda seja tema de debate. A nebulização com solução salina hipotônica também foi utilizada, conforme protocolo institucional. No mesmo estudo, Jeong H, et al. (2024) enfatizam que a nebulização com solução salina pode ser benéfica em alguns casos, mas sua eficácia clínica ainda necessita de mais evidências para ser confirmada.

O tempo médio de internação observado foi curto, refletindo predominância de casos leves a moderados. Apenas um paciente evoluiu para ventilação mecânica invasiva, sem outras complicações graves, indicando desfecho clínico favorável. Esse achado corrobora o estudo de Walsh R, et al. (2024), que relata que a maioria das crianças hospitalizadas por bronquiolite evolui de forma satisfatória, sem a necessidade de intensificação terapêutica ou suporte ventilatório invasivo. De modo semelhante, Ollio CCD, et al. (2021) observou baixa taxa de complicações em pacientes hospitalizados com bronquiolite, desde que acompanhados por protocolos clínicos adequados.

A análise do gráfico de evolução clínica evidenciou que a duração da internação aumentou conforme a complexidade das intervenções, indicando que casos mais graves demandam tratamentos mais intensivos e tempo prolongado de hospitalização. Essa observação reforça a necessidade de avaliação individualizada para determinar a abordagem terapêutica adequada, alinhando prática clínica com evidências científicas (CABALLERO MT, et al., 2017).

De acordo com as recomendações de Manti S, et al, (2023), o manejo da bronquiolite em lactentes reforça a abordagem baseada em evidências, destacando que o diagnóstico deve ser clínico, sem a necessidade de exames laboratoriais ou de imagem rotineiros.

O tratamento é predominantemente de suporte, incluindo hidratação adequada, oxigenoterapia e aspiração nasal suave. Intervenções farmacológicas como salbutamol, corticosteróides e antibióticos não apresentam benefícios comprovados e podem acarretar riscos desnecessários. Além disso, enfatiza-se a importância de estratégias preventivas, como a profilaxia do VSR, para reduzir a morbidade associada à bronquiolite. A implementação dessas diretrizes visa melhorar a qualidade do atendimento e reduzir a variabilidade nas práticas clínicas.

Cabe destacar que, mesmo durante a pandemia da COVID-19, os protocolos de manejo da bronquiolite permaneceram consistentes com as práticas estabelecidas anteriormente. Segundo Izzo F, et al. (2024), apesar do aumento inesperado de casos graves após o relaxamento das medidas de distanciamento social, os protocolos clínicos não sofreram alterações significativas, com foco contínuo em suporte respiratório e oxigenoterapia. Isso reforça a eficácia e a estabilidade das abordagens terapêuticas preexistentes no tratamento da bronquiolite, mesmo diante de desafios pandêmicos.

Embora os resultados do presente estudo tenham sido baseados na análise de prontuários e refletem a evolução clínica sob as práticas terapêuticas atuais, estudos recentes demonstram novas estratégias preventivas, como a administração do anticorpo monoclonal nirsevimabe é eficaz na redução de hospitalizações e complicações futuras relacionadas ao VSR em lactentes, além da diminuição da morbidade associada à bronquiolite (HSIAO A, et al., 2025).

Ademais, a análise foi baseada em prontuários, sujeitos a eventuais lacunas de registro, e não foi possível avaliar desfechos longitudinais após a alta hospitalar. Em síntese, os dados obtidos permitem caracterizar a população pediátrica internada por bronquiolite no período estudado, descrevendo a distribuição de intervenções terapêuticas, evolução clínica e desfechos. Esses resultados fornecem subsídios para protocolos clínicos e estudos futuros, contribuindo para a compreensão da gestão clínica da bronquiolite em serviços hospitalares pediátricos.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu compreender que a terapêutica instituída em pacientes pediátricos com bronquiolite tem papel fundamental na evolução clínica, especialmente o suporte ventilatório e a oxigenoterapia, que se mostraram essenciais para a melhora da saturação e estabilização do quadro respiratório. Observou-se que a maioria dos casos apresentou evolução favorável com tempo reduzido de internação e ausência de complicações graves, reforçando a eficácia das condutas de suporte e o bom prognóstico da doença. Embora o uso de broncodilatadores e corticosteroides ainda seja frequente na prática clínica, os achados deste estudo, em consonância com a literatura, indicam que tais medicamentos devem ser utilizados com cautela e individualização, conforme a resposta clínica e os protocolos institucionais. Assim, destaca-se a importância da avaliação criteriosa de cada caso e da adoção de estratégias terapêuticas baseadas em evidências, a fim de otimizar o manejo clínico e reduzir o tempo de hospitalização em crianças com bronquiolite.

AGRADECIMENTOS

À equipe do hospital, agradeço pela colaboração e autorização para acesso aos prontuários, tornando possível a realização da análise clínica e a construção deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE NGA, et al. Bronquiolite viral aguda: um panorama completo da definição, epidemiologia, fisiopatologia, sintomas, tratamento e desfecho. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024; 6: 7.
2. CABALLERO MT, et al. Viral bronchiolitis in young infants: new perspectives for management and treatment. Jornal de Pediatria, 2017; 93(s1): 75-83.
3. COCHRANE. Colaboração Cochrane. Bronchodilators for bronchiolitis: a systematic review. [s.l.]: Cochrane, 2014. Disponível em: https://www.cochrane.org/evidence/CD001266_bronchodilators-bronchiolitis-infants-first-time-wheezing. Acesso em: 15 outubro de 2025
4. CARVALHO WB, et al. Bronquiolite aguda, uma revisão atualizada. Revista associação médica brasileira, 2007; 53(2): 182-8.
5. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Manejo Clínico da Bronquiolite em Lactentes. 2024. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/manejo-clinico-da-bronquiolite-em-lactentes/. Acessado em: 16 de outubro de 2025.
6. HASEGAWA K, et al. Epidemiology of bronchiolitis hospitalizations in the United States. JAMA Pediatrics, 2021.
7. HSIAO A, et al. Effectiveness of nirsevimab against RSV and RSV-related hospitalizations in infants. Pediatrics, 2025; 156: 2.
8. HYPOLITO EG. Impacto da pandemia por COVID-19 na epidemiologia da bronquiolite viral aguda em uma unidade de emergência pediátrica no sul do Brasil. Universidade federal do Rio Grande do Sul, 2023.
9. IZZO F, et al. Severe bronchiolitis before and after the COVID-19 pandemic: a retrospective database analysis by the Italian Network of PICU study group (TIPNet). Critical Care, 2024; 8(1): 210.
10. JEONG H, et al. Efficacies of different treatment strategies for infants hospitalized with acute bronchiolitis. Clinical and Experimental Pediatrics, 2024; 67(11):608-618.
11. LAWRENCE J, et al. Home Care for Bronchiolitis: A Systematic Review. Pediatrics, 2022; 150(4): e2022056603.
12. MAÇÃO P, et al. Acute bronchiolitis: a prospective study. Acta Med Port, 2011; 24(S2): 407-412.
13. MANTI S, et al. Diretrizes italianas atualizadas de 2022 para o manejo da bronquiolite em lactentes. Italian Journal of Pediatrics, 2023; 49: 19.
14. MUCCIOLLO MH, et al. Fisioterapia respiratória nas crianças com bronquiolite viral aguda: visão crítica. Pediatria, 2008; 30(4):257-264.
15. NGUYEN SN, et al. Clinical epidemiological characteristics and risk factors for severe bronchiolitis caused by respiratory syncytial virus in Vietnamese children. International Journal of Pediatrics, 2021.
16. NICE. Bronquiolite em crianças: diagnóstico e tratamento. 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573086/. Acessado em: 18 de outubro de 2025.
17. OLIO CCD, et al. Tratamento da bronquiolite viral aguda. Residência Pediátrica, 2021; 11(3): 1-5.
18. PEIXOTO FG, et al. Bronquiolite viral aguda. Revista Eletrônica Acervo Médico, 2023; 23(11): e14836.
19. PRADO SI, NOVAIS MAP. Bronquiolite viral aguda no Brasil: características de tempo de internação e gastos hospitalares. Ciência & Saúde Coletiva, 2023; 1413-8123(30): 4.
20. REIS BAC, MAYNARD LG. A sazonalidade da bronquiolite em recém nascidos e lactentes jovens como suporte diagnóstico e terapêutico. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, 2024;14:e141080.
21. SOUZA IHS, et al. Diagnóstico e tratamento da bronquiolite viral aguda em pacientes pediátricos: uma revisão bibliográfica. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, 2025; 18:e082165.
22. WALSH R, et al. Bronchiolitis: evidence-based management in high-risk infants. Pediatric Critical Care Medicine, 2024; 25(1), 1-10.