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

Delineamento dos pacientes com bronquiolite

Delineation of patients with bronchiolitis

Delimitación de pacientes con bronquiolitis

Fernando Artur Oliveira de Sousa[1], Michael Vinicios do Nascimento Silva Cruz[1], Rafaelle Cavalcante de Lira[1], Elisangela Vilar de Assis[1].

RESUMO

Objetivo: Estabelecer o perfil clínico, epidemiológico e medicamentoso dos pacientes com bronquiolite atendidos em um hospital universitário, considerando a relação entre idade e sexo, bem como a frequência das internações. **Métodos:** Pesquisa qualitativa e documental, realizada com dados do hospital entre março de 2021 e março de 2023, utilizando prontuários eletrônicos como principal fonte de informação. **Resultados:** O estudo aponta que o VSR é o principal agente causador e que os casos se concentram em lactentes, com necessidade de medidas preventivas mais efetivas e políticas públicas voltadas ao controle da bronquiolite, especialmente em períodos sazonais. **Conclusão:** Os resultados indicam que o VSR é o principal agente causador da doença, com maior prevalência em lactentes, e reforçam a necessidade de medidas preventivas mais efetivas e políticas públicas voltadas ao controle da bronquiolite. Conclui-se que a bronquiolite representa um desafio relevante para a saúde infantil e requer estratégias preventivas integradas e contínuas no sistema de saúde.

Palavras-chave: Bronquiolite, Vírus Sincicial Respiratório, Perfil Epidemiológico, Perfil Medicamentoso.

ABSTRACT

Objective: To establish the clinical, epidemiological, and medication profile of patients with bronchiolitis treated at a university hospital, considering the relationship between age and sex, as well as the frequency of hospitalizations. **Methods:** Qualitative and documentary research, carried out with hospital data between March 2021 and March 2023, using electronic medical records as the primary source of information. **Results:** The study indicates that RSV is the main causative agent and that cases are concentrated in infants, requiring more effective preventive measures and public policies aimed at controlling bronchiolitis, especially in seasonal periods. **Conclusion:** The results indicate that RSV is the main causative agent of the disease, with a higher prevalence in infants, and reinforce the need for more effective preventive measures and public policies aimed at controlling bronchiolitis. It is concluded that bronchiolitis represents a significant challenge for children's health and requires integrated and continuous preventive strategies in the healthcare system.

Keywords: Bronchiolitis, Respiratory Syncytial Virus, Epidemiological Profile, Medication Profile.

RESUMEN

Objetivo: Establecer el perfil clínico, epidemiológico y farmacológico de los pacientes con bronquiolitis atendidos en un hospital universitario, considerando la relación entre edad y sexo, así como la frecuencia de hospitalizaciones **Métodos:** Investigación cualitativa y documental, realizada con datos hospitalarios entre marzo de 2021 y marzo de 2023, utilizando registros médicos electrónicos como fuente principal de información **Resultados:** El estudio indica que el VSR es el principal agente causal y que los casos se concentran en lactantes, lo que requiere medidas preventivas más efectivas y políticas públicas dirigidas al control de la bronquiolitis, especialmente en periodos estacionales. **Conclusión:** Los resultados indican que el VSR es el principal agente causal de la enfermedad, con una mayor prevalencia en lactantes, y refuerzan la necesidad de medidas preventivas más efectivas y políticas públicas dirigidas al control de la bronquiolitis. Se concluye que la bronquiolitis representa un desafío significativo para la salud infantil y requiere estrategias preventivas integradas y continuas en el sistema de salud.

Palabras clave: Bronquiolitis, Virus Respiratorio Sincitial, Perfil Epidemiológico, Perfil farmacológico.

[1] Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras - PB.

SUBMETIDO EM: 12/2025 | **ACEITO EM: 1/2026** | **PUBLICADO EM: 2/2026**

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objeto de estudo a bronquiolite, uma das doenças respiratórias de maior impacto na saúde infantil e, consequentemente, na saúde pública. O trabalho é fruto do delineamento realizado no Hospital Universitário Júlio Bandeira de Melo (HUJB), vinculado à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), instituição que se constitui como referência no atendimento pediátrico no sertão paraibano. A pesquisa insere-se em uma perspectiva acadêmica e social, buscando compreender o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos pela patologia, além de avaliar seus impactos clínicos, econômicos e sociais no contexto regional.

Historicamente, a bronquiolite foi descrita no século XIX por William Holt como bronquite aguda catarral, sendo posteriormente reconhecida como uma infecção viral de vias aéreas inferiores com repercussões inflamatórias nos bronquíolos de lactentes e crianças pequenas (PEREIRA CP, et al., 2024).

O vírus sincicial respiratório (VSR) é apontado como o principal agente etiológico, responsável por aproximadamente 70% dos casos em menores de um ano (BOZZOLA, et al., 2022). Para Borges (2018), trata-se de uma doença marcada por sintomas como tosse, sibilância e dispneia, que podem variar de quadros leves a graves, muitas vezes exigindo hospitalização.

No Brasil, a bronquiolite se configura como uma das principais causas de internação em crianças menores de dois anos, representando, além de um problema de saúde, um desafio econômico para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Cabe destacar que, no contexto do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB), este estudo busca compreender não apenas os desdobramentos clínicos da bronquiolite, mas também seus impactos sociais e familiares. Como apontam Ferreira, et al. (2020), a doença não se restringe ao paciente: compromete a dinâmica econômica e emocional das famílias, que muitas vezes precisam suspender atividades laborais para cuidar da criança hospitalizada.

Dessa forma, o presente artigo fundamenta-se em uma análise documental retrospectiva, apoiada em dados de prontuários eletrônicos, com vistas a estabelecer o perfil dos pacientes acometidos por bronquiolite em um hospital universitário. A reflexão proposta está inserida em um debate mais amplo acerca da desigualdade no acesso à saúde, da importância das políticas públicas de prevenção e da necessidade de ampliar a produção científica voltada à pediatria. Assim, o estudo contribui tanto para o fortalecimento da prática hospitalar quanto para a construção de estratégias eficazes de enfrentamento da bronquiolite, em consonância com os princípios de integralidade e universalidade do SUS.

MÉTODOS

No que se refere a materiais e métodos, adotou-se a pesquisa caracterizada como documental de abordagem quantitativa. A coleta dos dados foi realizada através dos dados compilados disponibilizados pelo setor responsável, de pacientes com diagnóstico de bronquiolite atendidos no ambulatório de Pediatria de um hospital universitário, no período compreendido entre os meses de março de 2021 a março de 2023. A avaliação se deu via sistema, prontuário eletrônico, e ocorreu nos meses de junho a setembro de 2023.

Essas informações foram compiladas pelo Setor da Tecnologia da Informação e enviadas por e-mail para a realização da análise dos dados pelos pesquisadores.

Foram incluídos na pesquisa crianças de ambos os sexos com idade de 1 mês de idade até 2 anos completos, que procuraram atendimento no ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Júlio Bandeiro (HUJB), no período de março de 2021 a março de 2023 e que tenham diagnóstico de bronquiolite. Foram excluídos os prontuários incompletos.

Para a coleta dos dados foi desenvolvido um instrumento de coleta de dados que facilitou a obtenção de informações pertinentes ao objetivo deste estudo por meio dos prontuários. O primeiro passo foi submeter o presente projeto de pesquisa à apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de

Professores (CFP), e após aprovação e liberação (Nº do protocolo 6.035.094 e CAAE 68676123.8.0000.5575), foi realizado contato com o setor responsável pelas informações para solicitação dos dados.

A normatização destes aspectos seguiu-se a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a coleta de dados acorreu conforme aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores (CFP).

Os dados foram registrados na forma de banco de dados do programa de informática SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) *for Windows*, versão 25.0, e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial uni e bivariada. Para os procedimentos descritivos, foram apresentados os dados brutos e relativos (frequências e percentuais) e medida de tendência central (médias, medianas), intervalos de confiança de 95%, e medidas de dispersão (desvios-padrão e valores mínimos e máximos). Em relação aos procedimentos inferenciais, foi utilizada estatística não paramétrica, em função da distribuição dos dados.

Para tanto, foram utilizados os testes: teste U de Mann-Whitney e Kruskal Wallis, para análise das diferenças dos subgrupos, e Qui-Quadrado e cálculo do coeficiente V de Cramer, para as variáveis categóricas. Esses testes avaliam, respectivamente, diferenças e associação entre variáveis. Previamente à realização das análises inferenciais, foi avaliada a distribuição amostral por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. Ressalta-se, por fim, que para a interpretação das informações, foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

Perfil Sociodemográfico

Participaram da pesquisa 47 crianças, com média de 5,87 meses de vida ($M_d = 3,00$; DP = 6,91), variando de 1 a 32 meses. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (72,3%), autodeclarados pardos (61,7%), do estado da Paraíba (91,5%), pertencentes ao município de Cajazeiras (42,6%) e São José de Piranhas (10,6%). Os meses do ano com maior frequência das consultas foram março (14,9%), abril (23,4%), maio (19,1%) e junho (12,8%). O ano com mais dados disponível foi o de 2022 (68,1%). Essas informações estão detalhadas na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das crianças com diagnóstico bronquiolite atendidas em um hospital universitário, mar/2021 - mar/2023.

Variáveis	f	%
Sexo		
Masculino	34	72,3
Feminino	13	27,7
Cor/Raça		
Branco	18	38,3
Pardo	29	61,7
Município		
Cajazeiras	20	42,6
São José de Piranhas	5	10,6
Aurora	1	2,1
Santa Helena	1	2,1
Maracanaú	1	2,1
Serra Grande	1	2,1
Cachoeira dos Índios	3	6,4
Bom Jesus	2	4,3
Ipaumirim	2	4,3
Bonito de Santa Fé	2	4,3
Poço de José de Moura	1	2,1
Uiraúna	3	6,4

Variáveis	f	%
Joca Claudino	1	2,1
São João do Rio do Peixe	3	6,4
Marizópolis	1	2,1
Estado		
Paraíba	43	91,5
Ceará	4	8,5
Mês da consulta		
Janeiro	1	2,1
Fevereiro	1	2,1
Março	7	14,9
Abril	11	23,4
Maio	9	19,1
Junho	6	12,8
Julho	2	4,3
Agosto	3	6,4
Setembro	1	2,1
Outubro	1	2,1
Novembro	2	4,3
Dezembro	3	6,4
Ano da consulta		
2019	1	2,1
2020	0	0,0
2021	10	21,3
2022	32	68,1
2023	4	8,5

Legenda: f: frequência bruta; %: frequência relativa calculada com base no total de respostas válidas.
Fonte: de Sousa FAO, et al., 2026.

A bronquiolite, uma doença que afeta principalmente crianças menores de 2 anos, apresenta uma prevalência ligeiramente maior no sexo masculino, em que a maioria dos casos que necessitam de hospitalização, ocorrendo em crianças com menos de 12 meses de idade, com o pico de incidência das hospitalizações centrado entre 3 e 6 meses de idade (FIOCRUZ, 2024).

Os principais fatores de risco para hospitalização por infecção por Vírus Sincicial Respiratório (VSR) são idade < 1 ano e nascimento pouco antes ou durante a estação endêmica. Crianças nascidas saudáveis a termo, sem fatores de risco conhecidos, representam até 85% das crianças hospitalizadas devido ao VSR. Fatores de risco adicionais são a prematuridade e a presença de comorbidades, como cardiopatias congênitas, doenças respiratórias crônicas e imunodeficiência. Outros fatores que aumentam o risco de infecção por VSR e complicações relacionadas incluem viver com irmãos mais velhos, baixo peso ao nascer, exposição à fumaça de cigarro e falta de amamentação (AZZARI C, et al., 2021).

Períodos com baixas temperaturas contribuem para a maior incidência de casos de Bronquiolite Viral Aguda (BVA) relacionados às infecções por VSR. Estudos relatam a ocorrência de pico sazonal de infecção por VSR na cidade do Rio de Janeiro de março/maio, na cidade de São Paulo de abril/maio a julho/agosto e, em Salvador, entre maio e julho. O pico sazonal de infecções por VSR em Porto Alegre ocorre de junho a setembro. Apesar de conhecermos o comportamento sazonal do BVA em algumas capitais brasileiras, falta um mapeamento que cubra todo o território nacional, com o objetivo de indicar os períodos de pico sazonal do BVA em cada estado (PEREIRA EQ, et al., 2023).

A bronquiolite é mais comum em crianças com menos de 2 anos de idade. Durante o primeiro ano de vida, a incidência foi relatada em cerca de 11% a 15%. Dependendo da gravidade da infecção, ocorrem pelo menos 5 hospitalizações para cada 1.000 crianças menores de 2 anos de idade (JUSTICE NA e LE JK, 2023).

Em todas as regiões brasileiras, crianças do sexo masculino com idade inferior a seis meses tiveram maior incidência de internações por BVA. Estudos mostram que os meninos desenvolvem infecções do trato

respiratório com mais frequência do que as meninas, com exceção de sinusite, otite externa e provavelmente amigdalite. A anatomia e as características comportamentais/socioeconômicas podem explicar essa diferença entre os sexos. Há evidências de que as vias aéreas periféricas são desproporcionalmente mais estreitas durante os primeiros anos de vida nos meninos, o que pode predispô-los a infecções do trato respiratório inferior (PEREIRA EQ, et al., 2023).

Houve um aumento na atividade do VSR após o relaxamento das medidas rigorosas de saúde pública durante a pandemia da COVID-19 nos hemisférios norte e sul. Apesar de observar um baixo número de casos de bronquiolite, o número de casos de bronquiolite pediátrica associada ao VSR foi maior durante a pandemia da COVID-19 (SABEENA S, et al., 2023).

Perfil clínico e epidemiológico

Todos os pacientes relataram já terem sido internados (100,00%). A maioria dos pacientes foi internada uma vez (74,5%), sendo também registradas as frequências: duas internações (17,0%), três (4,3%) e quatro internações (4,3%). O número de internações não se mostrou associado ao sexo dos pacientes [$\chi^2(3) = 1,71$; $p = 0,63$; $V = 0,19$]. Em relação à quantidade de dias de internação, verificou-se uma média de 7,91 dias ($M_d = 7,00$; $DP = 6,39$), variando de 1 a 37 dias.

Na sequência, se avaliou os pacientes quanto à presença de alergias. Em 4,3% dos casos, foi constatada a presença de alergia. Em 34,0%, não foram verificadas alergias, e em 61,7% dos casos, essa informação não estava disponível no prontuário. Portanto, a presença de alergia se deu em 4,3% dos pacientes avaliados. Tais alergias não se mostraram associadas a meninos ou meninas [$\chi^2(2) = 3,01$; $p = 0,22$; $V = 0,25$]. Quanto à presença de sintomas de tosse, sibilância, dispneia, dor retro esternal e/ou febre no momento do atendimento ou durante o período de internação, verificou-se que eles estiveram presentes em 97,9% dos casos. Registra-se que a presença de sintomas não se mostrou associada ao sexo os pacientes [$\chi^2(1) = 0,39$; $p = 0,53$; $V = 0,09$].

No que concerne ao tipo de atendimento, 95,7% dos casos se deram via internação, ao passo que 4,3% ocorreram mediante transferência. Nenhum tipo em específico se mostrou associado ao sexo masculino ou feminino [$\chi^2(1) = 01,52$; $p = 0,47$; $V = 0,10$]. Foi avaliado o número de internação. Para a maior parte dos casos, aquela era a primeira internação (89,4%). Essa variável não se mostrou associada a meninos ou meninas [$\chi^2(3) = 3,09$; $p = 0,37$; $V = 0,25$]. Na sequência, avaliou-se o número de internação por bronquiolite. Em 76,6% dos casos, aquela era a primeira internação por bronquiolite. Informa-se, que a internação por bronquiolite não diferiu entre meninos e meninas [$\chi^2(3) = 0,91$; $p = 0,82$; $V = 0,13$].

Em relação à fisioterapia respiratória, houve indicação desta em 100,0% dos casos. Por esse motivo, não se realizou a comparação em função do sexo biológico dos pacientes. Todos os dados descritivos e inferenciais estão apresentados na **Tabela 2**.

Tabela 2 - Avaliação do perfil clínico e epidemiológico, função do sexo, das crianças atendidas em um hospital universitário, mar/2021 - mar/2023.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Número de internações						
Uma	26	55,3	9	19,1	35	74,5
Duas	5	10,6	3	6,4	8	17,0
Três	1	2,1	1	2,1	2	4,3
Quatro	2	4,3	0	0,0	2	4,3
Estatística inferencial	$\chi^2(3) = 1,71$; $p = 0,63$; $V = 0,19$					
Presença de alergias						
Informação indisponível	19	40,4	10	21,3	29	61,7
Presença de alergias	1	2,1	1	2,1	2	4,3
Ausência de alergias	14	29,8	2	4,3	16	34,0
Estatística inferencial	$\chi^2(2) = 3,01$; $p = 0,22$; $V = 0,25$					

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Sintomas durante internação						
Ausência de sintomas	1	2,1	0	0,0	1	2,1
Presença de sintomas	33	70,2	13	27,7	46	97,9
Estatística inferencial	$\chi^2(1) = 0,39$; p = 0,53; V = 0,09					
Tipo de atendimento						
Internação	33	70,2	12	25,5	45	95,7
Transferência	1	2,1	1	2,1	2	4,3
Estatística inferencial	$\chi^2(1) = 01,52$; p = 0,47; V = 0,10					
Número da internação						
1	31	67,4	11	23,9	42	91,3
2	1	2,2	2	4,3	3	6,5
3	1	2,2	0	0,0	1	2,2
Estatística inferencial	$\chi^2(2) = 2,66$; p = 0,26; V = 0,24					
Nº internação p/ bronquiolite						
1	26	56,5	10	21,7	36	78,3
2	6	13,0	3	6,5	9	19,6
3	1	2,2	0	0,0	1	2,2
Estatística inferencial	$\chi^2(2) = 0,51$; p = 0,77; V = 0,10					
Fisioterapia respiratória						
Houve indicação	25	78,1	7	21,9	32	100,0
Estatística inferencial	-					

Legenda: f: frequência bruta; %: frequência relativa calculada com base no total de respostas válidas; χ^2: Estatística do Teste Qui-Quadrado; gl: graus de liberdade; p: significância estatística; V: coeficiente de associação V de Cramer.
Fonte: de Sousa FAO, et al., 2026.

A avaliação do número de internações por bronquiolite também foi realizada em função das cidades em que os pacientes residiam [$\chi^2(14) = 12,52$; p = 0,56], e da raça/cor das crianças [$\chi^2(1) = 0,17$; p = 0,67], por meio do teste de Kruskal Wallis, e da presença/ausência de alergias dos pacientes, por meio do teste U de Mann-Whitney (U = 14,00; p = 0,60). Em nenhuma dessas avaliações, foi verificada diferenças estatisticamente significativas, de forma que concluímos que: independentemente do município, raça/cor e alergia, o número de internações por bronquiolite não foi maior ou menor.

Também figurava um dos objetivos dessa pesquisa avaliar o número de internações por bronquiolite quanto a presença de sintomas de tosse, sibilância, dispneia, dor retro esternal e/ou febre no momento do atendimento ou durante o período de internação. Contudo, essa avaliação não foi possível de ser realizada, em razão de apenas um paciente (N = 1) não ter apresentado sintomas durante o atendimento / internação. As principais características clínicas da bronquiolite são tosse, recessão ou taquipneia torácica, estertores na ausculta torácica ou primeiro episódio de sibilância aguda (SABEENA S, et al., 2023).

Perfil as medicações utilizadas nas internações por bronquiolite

Durante a primeira internação por bronquiolite, a maioria fez uso de antibióticos (90,7%), glicocorticoides (79,5%) e broncodilatadores (70,5%), ao passo que a maioria não fez uso de AINE (86,0%), antiviral (65,9%), anticolinérgico (97,7%), probióticos (93,2%), anti-histamínicos (88,6%), ou outras medicações (74,4%). Essas medicações foram avaliadas em função do sexo dos participantes, e não foram observadas associações entre as variáveis (ver dados inferenciais pormenorizados na **Tabela 3**. Ou seja, conclui-se que as medicações não são prescritas em maior ou menor frequência, ao se tratarem de meninos ou meninas.

Embora a bronquiolite possa ameaçar a saúde de crianças pequenas, é difícil definir o melhor tratamento para crianças com esta doença porque nenhuma terapia disponível pode encurtar o curso da bronquiolite ou o tempo de internação hospitalar. O tratamento básico para crianças pequenas com bronquiolite consiste em cuidados de suporte quando necessário, incluindo oxigênio suplementar e nutrição e hidratação adequadas (CAI Z, et al., 2020).

Tabela 3 - Avaliação do uso de medicações, em função do sexo, durante primeira internação das crianças atendidas em um hospital universitário, mar/2021 - mar/2023.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Antibiótico						
Fez uso	28	65,1	11	25,6	39	90,7
Não fez uso	4	9,3	0	0,0	4	9,3
Estatística inferencial	$\chi^2(1) = 1,51$; p = 0,21; V = 0,18					
glicocorticoide						
Fez uso	25	56,8	10	22,7	35	79,5
Não fez uso	7	15,9	2	4,5	9	20,5
Estatística inferencial	$\chi^2(1) = 0,14$; p = 0,70; V = 0,05					
AINE						
Fez uso	3	7,0	3	7,0	6	14,0
Não fez uso	28	65,1	9	20,9	37	86,0
Estatística inferencial	$\chi^2(1) = 1,69$; p = 0,19; V = 0,19					
Broncodilatador						
Fez uso	24	54,5	7	15,9	31	70,5
Não fez uso	8	18,2	5	11,4	13	29,5
Estatística inferencial	$\chi^2(1) = 1,16$; p = 0,28; V = 0,16					
Antiviral						
Fez uso	11	25,0	4	9,1	15	34,1
Não fez uso	21	47,7	8	18,2	29	65,9
Estatística inferencial	$\chi^2(1) = 0,004$; p = 0,94; V = 0,01					
Anticolinérgico						
Fez uso	1	2,3	0	0,0	1	2,3
Não fez uso	31	70,5	12	27,3	43	97,7
Estatística inferencial	$\chi^2(1) = 0,38$; p = 0,53; V = 0,09					
Probiótico						
Fez uso	2	4,5	1	2,3	3	6,8
Não fez uso	30	68,2	11	25,0	41	93,2
Estatística inferencial	$\chi^2(1) = 0,06$; p = 0,80; V = 0,03					
Anti-histamínico						
Fez uso	5	11,4	0	0,0	5	11,4
Não fez uso	27	61,4	12	27,3	39	88,6
Estatística inferencial	$\chi^2(1) = 2,11$; p = 0,14; V = 0,21					
Outros						
Fez uso	9	20,9	2	4,7	11	25,6
Não fez uso	22	51,2	10	23,3	32	74,4
Estatística inferencial	$\chi^2(1) = 0,69$; p = 0,40; V = 0,12					

Legenda: f: frequência bruta; %: frequência relativa calculada com base no total de respostas válidas; χ^2: Estatística do Teste Qui-Quadrado; gl: graus de liberdade; p: significância estatística; V: coeficiente de associação V de Cramer; * = associação estatisticamente significativa ao nível de 5%.
Fonte: de Sousa FAO, et al., 2026.

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a maioria dos casos de bronquiolite aguda em crianças não requer tratamento farmacológico específico, focando-se principalmente em medidas de suporte como hidratação adequada e oxigenoterapia, quando necessário (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

A solução salina hipertônica nebulizada pode reduzir modestamente o tempo de internação entre bebês hospitalizados com bronquiolite aguda e pode melhorar ligeiramente o escore de gravidade clínica. O tratamento com solução salina hipertônica nebulizada também pode reduzir o risco de hospitalização entre pacientes ambulatoriais e pacientes do pronto-socorro. A solução salina hipertônica nebulizada parece ser um tratamento seguro em bebês com bronquiolite, com apenas eventos adversos menores e resolvidos espontaneamente, especialmente quando administrado em conjunto com um broncodilatador (ZHANG L, et al., 2023).

Na sequência, o uso das medicações durante a primeira internação foi avaliado quanto à idade (em meses), dos pacientes por meio do teste U de Mann-Whitney. Não foram identificadas diferenças entre a idade dos pacientes entre fazer uso ou não fazer uso de antibióticos (U = 75,50; p = 0,91), glicocorticoides (U = 148,00; p = 0,78), broncodilatadores (U =180,50; p = 0,58), antivirais (U = 209,00; p = 0,83), probióticos (U = 31,50; p = 0,15) e outras medicações (U = 161,00; p = 0,67). Ou seja, ser mais novo ou ser mais velho não mostrou relação entre a medicação ter sido ou não prescrita.

Tabela 4 - Avaliação do uso de medicações, em função da idade (meses), durante primeira internação das crianças internadas no hospital universitário, mar/2021 - mar/2023.

Variáveis	M	Md	DP	IC 95%	Min - Máx
Antibiótico					
Fez uso (N = 39)	5,90	3,00	6,93	3,65 – 8,14	1 – 32
Não fez uso (N = 4)	3,25	3,50	0,95	1,73 – 4,77	2 – 4
Estatística inferencial			U = 75,50; p = 0,91		
glicocorticoide					
Fez uso (N = 35)	5,49	3,00	5,70	3,53 – 7,45	1 – 27
Não fez uso (N = 9)	6,56	4,00	9,64	0,86 – 13,97	2 – 32
Estatística inferencial			U = 148,00; p = 0,78		
AINE					
Fez uso (N = 6)	10,17	6,00	10,79	1,16 – 21,50	4 – 32
Não fez uso (N = 37)	5,11	3,00	5,58	3,25 – 6,97	1 – 27
Estatística inferencial			U = 52,50; **p = 0,03***		
Broncodilatador					
Fez uso (N = 31)	5,19	3,00	5,63	3,13 – 7,26	1 – 27
Não fez uso (N = 13)	6,92	4,00	8,55	1,75 – 12,09	1 – 32
Estatística inferencial			U =180,50; p = 0,58		
Antiviral					
Fez uso (N = 15)	5,20	3,00	4,76	2,56 – 7,84	1 – 17
Não fez uso (N = 29)	5,97	3,00	7,40	3,15 – 8,78	1 – 32
Estatística inferencial			U = 209,00; p = 0,83		
Anticolinérgico					
Fez uso (N = 1)	-	-	-	-	-
Não fez uso (N = 43)	5,44	3,00	6,41	3,47 – 7,42	1 - 32
Estatística inferencial			-		
Probiótico					
Fez uso (N = 3)	8,67	8,00	6,02	6,31 – 23,64	3 – 15
Não fez uso (N = 41)	5,49	3,00	6,63	3,40 – 7,58	1 – 32
Estatística inferencial			U = 31,50; p = 0,15		
Anti-histamínico					
Fez uso (N = 5)	12,00	8,00	8,88	0,96 – 23,04	5 – 27
Não fez uso (N = 39)	4,90	3,00	5,89	2,99 – 6,81	1 – 32
Estatística inferencial			U = 29,50; **p = 0,01***		
Outros					
Fez uso (N = 11)	6,55	4,00	8,76	0,66 – 12,44	1 – 32
Não fez uso (N = 32)	5,53	3,00	5,86	3,42 – 7,65	1 – 27
Estatística inferencial			U = 161,00; p = 0,67		

Legenda: M: média; M_d: mediana; DP: desvio padrão; IC 95%: intervalo de confiança ao nível de 95%; Min: valor mínimo observado; Máx: valor máximo observado; U: Estatística do Teste U de Mann-Whitney; p: significância estatística; * = diferença estatisticamente significativa ao nível de 5%.
Fonte: de Sousa FAO, et al., 2026.

O uso das medicações também foi avaliado durante a segunda internação dos pacientes. A maioria deles fizeram uso de antibióticos (75,0%). Em relação aos glicocorticoides 50,0% fez uso e 50,0% não fez, ao passo que a maior parte dos pacientes não fez uso de AINE (75,0%), broncodilatadores (75,0%), antivirais (87,5%), anticolinérgicos (100,0%), probióticos (100,0%), anti-histamínicos (87,5%) e outras medicações (62,5%).

No entanto, para a AINE, foi verificada uma diferença estatisticamente significativa entre a idade dos pacientes (U = 52,50; p = 0,03). Ou seja, os pacientes que fizeram uso dela eram pacientes mais velhos (M = 10,17 meses; M_d = 6,00; DP = 10,79), ao passo os pacientes que não fizeram uso eram pacientes mais novos (M = 5,11 meses; M_d = 3,00; DP = 5,58).

Vale salientar que, a introdução de medicações como broncodilatadores, corticosteroides e antibióticos tem sido amplamente discutida. Estudos mostram que o uso de broncodilatadores, como o salbutamol, em crianças menores de 12 meses não apresenta benefícios significativos e pode ser associado a efeitos adversos (BACHUR RG e ROBERTS JM, 2020). Nesse sentido, diretrizes recentes da American Academy of Pediatrics reforçam que o manejo da bronquiolite deve priorizar medidas de suporte, não recomendando o uso rotineiro dessas terapias farmacológicas em lactentes (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2022).

Ademais, o uso de corticosteroides sistêmicos em crianças com bronquiolite também não é respaldado por evidências robustas. Sugere-se que, para a maioria das crianças, os corticosteróides não reduzem significativamente a duração da hospitalização ou melhoram os sintomas (FERNANDES RM, et al., 2013). No caso de antibióticos, a prescrição é indicada apenas quando há suspeita de infecção bacteriana secundária, pois a bronquiolite é majoritariamente viral (FLORIN TA, et al., 2017). Desse modo, a idade correta para o uso de medicação para bronquiolite deve ser considerada com cautela, focando-se em evidências clínicas que indiquem benefícios concretos e minimizem riscos. É essencial que os profissionais de saúde sigam diretrizes baseadas em evidências para assegurar a melhor prática clínica no tratamento de crianças com bronquiolite.

Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) são usados principalmente para alívio sintomático de febre e dor em crianças com bronquiolite. No entanto, seu uso deve ser restrito a crianças mais velhas devido ao risco de efeitos adversos. Análises mostram que os pacientes que utilizam AINEs são significativamente mais velhos do que aqueles que não utilizam, sugerindo que seu uso deve ser considerado com cautela e limitado a crianças acima de seis meses, conforme as necessidades sintomáticas (ROTH DE, et al., 2018). Da mesma forma, foi observada uma diferença estatisticamente significativa para os anti-histamínicos (U = 29,50; p = 0,01). Os pacientes que fizeram uso do mesmo eram pacientes mais velhos (M = 12,00 meses; M_d = 8,00; DP = 8,88), enquanto os pacientes que não fizeram uso eram pacientes mais novos (M = 4,90 meses; M_d = 3,00; DP = 5,89). Ressalta-se, por fim, que não foi possível realizar comparações inferenciais com os anticolinérgicos, em razão de apenas um paciente ter feito uso dele (N = 1). Mais informações constam na **Tabela 4**.

É cabível salientar que, os anti-histamínicos não são recomendados para o tratamento de bronquiolite em crianças devido à falta de eficácia e ao risco de efeitos adversos, como sedação. Estudos mostram que crianças mais velhas que apresentam sintomas alérgicos concomitantes podem receber anti-histamínicos, mas seu uso deve ser evitado em lactentes e crianças menores de 12 meses (CHAVASSE RJ, et al., 2002).

A prescrição de tais medicações também foi avaliada quanto ao sexo dos pacientes por meio do teste Qui-Quadrado. Não foram observadas associações estatisticamente significativas para os antibióticos, glicocorticoides, AINE, broncodilatadores, antivirais, anti-histamínicos e outras medicações. Para os anticolinérgicos e probióticos, não foi possível realizar a avaliação quanto ao sexo dos pacientes, em razão de não existirem pacientes que fizeram uso de tais medicações. Avaliou-se, na sequência, a prescrição das medicações em função da idade (em meses) dos pacientes. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas para os antibióticos (U = 2,50; p = 0,24), glicocorticoides (U = 4,50; p = 0,30), AINE (U = 2,50; p = 0,24), broncodilatadores (U = 6,00; p = 1,00) e outras medicações (U = 4,00; p = 0,29). Para as medicações antiviral, anticolinérgico, probiótico e anti-histamínico, não foram realizadas comparações inferenciais em razão de existirem um (N = 1) ou nenhum (N = 0) paciente no subgrupo “fez uso da medicação”.

Foram avaliados os medicamentos utilizados na terceira internação. Todos os pacientes fizeram uso de antibióticos (100,0%), enquanto metade deles fizeram uso de broncodilatadores (50,0%) e outras medicações (50,0%). A maioria não fez uso de antivirais (75,0%), ao passo que nenhum paciente (0,0%) fez uso de

anticolinérgicos, probióticos e anti-histamínicos. Em relação ao uso das medicações em função do sexo dos pacientes, foi observada uma associação estatisticamente significativa para a medicação AINE [$\chi^2(1) = 4,00$; $p = 0,04$*; $V = 1,00$]. Verificou-se uma associação entre ser do sexo masculino e não fazer uso, e entre ser do sexo feminino e fazer uso. Para os antibióticos, glicocorticoides, broncodilatadores e antivirais, não foram verificadas associações estatisticamente significativas (**Tabela 5**). Registra-se, ainda, que não foram realizadas comparações inferenciais para os anticolinérgicos, probióticos e anti-histamínicos, em razão de nenhum paciente (N = 0) ter feiro uso dessas mediações.

Não foi encontrado na literatura evidências que justificasse a diferença no uso de AINE entre os sexos. Todavia, é importante pontuar que o uso dessa classe medicamentosa no tratamento da bronquiolite se faz como suporte e pode variar a depender dos sintomas e resposta individual a medicação.

Tabela 5 - Avaliação do uso de medicações, em função do sexo, durante terceira internação das crianças internadas em um hospital universitário, mar/2021 - mar/2023.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Antibiótico						
Fez uso	4	80,0	1	20,0	5	100,0
Não fez uso	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estatística inferencial				-		
Glicocorticoide						
Fez uso	1	25,0	0	0,0	1	25,0
Não fez uso	2	50,0	1	25,0	3	75,0
Estatística inferencial				$\chi^2(1) = 0,44$; $p = 0,50$; $V = 0,33$		
AINE						
Fez uso	0	0,0	1*	25,0*	1	25,0
Não fez uso	3*	75,0*	0	0,0	3	75,0
Estatística inferencial				$\chi^2(1) = 4,00$; **$p = 0,04$***; $V = 1,00$		
Broncodilatador						
Fez uso	2	50,0	0	0,0	2	50,0
Não fez uso	1	25,0	1	25,0	2	50,0
Estatística inferencial				$\chi^2(1) = 1,33$; $p = 0,24$; $V = 0,57$		
Antiviral						
Fez uso	1	25,0	0	0,0	1	25,0
Não fez uso	2	50,0	1	25,0	3	75,0
Estatística inferencial				$\chi^2(1) = 0,44$; $p = 0,50$; $V = 0,33$		
Anticolinérgico						
Fez uso	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não fez uso	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Estatística inferencial				-		
Probiótico						
Fez uso	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não fez uso	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Estatística inferencial				-		
Anti-histamínico						
Fez uso	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não fez uso	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Estatística inferencial				-		
Outros						
Fez uso	1	25,0	1	25,0	2	50,0
Não fez uso	2	50,0	0	0,0	2	50,0
Estatística inferencial				$\chi^2(1) = 1,33$; $p = 0,24$; $V = 0,57$		

Legenda: f: frequência bruta; %: frequência relativa calculada com base no total de respostas válidas; χ^2: Estatística do Teste Qui-Quadrado; gl: graus de liberdade; p: significância estatística; V: coeficiente de associação V de Cramer; * = associação estatisticamente significativa ao nível de 5%.
Fonte: de Sousa FAO, et al., 2026.

Quanto ao uso de medicações avaliado em função da idade (em meses) dos pacientes por meio do teste U de Mann-Whitney, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas para os broncodilatadores (U =1,00; p = 0,43) e outras medicações (U = 0,00; p = 0,12). Para os demais tipos de medicamentos, não foram realizadas comparações inferenciais em razão dos subgrupos terem apenas um (N = 1) ou nenhum (N = 0) pacientes.

O uso de antibióticos foi universal na coorte de crianças durante sua terceira internação. Foi observada uma tendência de crianças mais jovens receberem broncodilatadores em comparação com as mais velhas; no entanto, devido ao tamanho extremamente limitado da amostra, essa diferença não alcançou significância estatística (p=0,43). Para as demais classes de medicamentos, como glicocorticoides, AINEs e antivirais, o uso foi esporádico (N=1), e para anticolinérgicos, probióticos e anti-histamínicos, o uso foi nulo, impossibilitando quaisquer conclusões sobre a relação entre a idade e a terapia medicamentosa.

Como limitações da pesquisa destacam-se o desenho retrospectivo, a amostra por conveniência e a dependência de registros eletrônicos, fatores que restringem a generalização dos resultados. Não obstante, os insights gerados são valiosos.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu delinear o perfil epidemiológico e clínico de crianças com bronquiolite atendidas em um hospital universitário, evidenciando predominância do sexo masculino, maioria autodeclarada parda e elevada procedência de municípios do interior da Paraíba. Observou-se sazonalidade bem definida, com maior incidência nos meses mais frios, reforçando a influência do vírus sincicial respiratório, além de um pico expressivo de atendimentos em 2022. Os achados clínicos indicaram elevada gravidade, com universalidade de sintomas respiratórios, alto índice de internação prévia e uso intensivo de antibióticos, glicocorticoides e broncodilatadores. Não houve associação estatisticamente significativa entre número de internações e sexo, município ou raça/cor, exceto por maior prescrição de AINES no sexo feminino. Esses resultados evidenciam a relevante carga da bronquiolite na saúde pediátrica local e reforçam a necessidade de protocolos clínicos padronizados, capacitação contínua das equipes e ações preventivas. Estudos longitudinais são necessários para esclarecer os fatores relacionados ao pico de casos em 2026 e avaliar a efetividade das intervenções, visando melhores desfechos e qualidade assistencial.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Iniciação Científica (PIC) voluntário, à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e ao Hospital Universitário Júlio Bandeira de Melo (HUJB).

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA KC, et al. Bronquiolite: revisão de literatura. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 2018; 22(1): 77-84.
2. ALMEIDA HS. Systematic review of the efficacy of corticosteroids in the treatment of acute bronchiolitis. Journal of Pediatrics, 2013; 163(3): 940-949.
3. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. Pediatrics, 2014; 134(5): e1474-e1502.
4. AZZARI C, et al. Epidemiology and prevention of respiratory syncytial virus infections in children in Italy. Italian Journal of Pediatrics, 2021; 47: 1-12.
5. BACHUR RG e ROBERTS JM. Management of bronchiolitis in infants and children. New England Journal of Medicine, 2020; 382(1): 56-64.

6. BALDASSARRE ME, et al. Hospitalization for bronchiolitis in children aged ≤1 year, Southern Italy, year 2021: need for new preventive strategies?. Italian Journal of Pediatrics, 2023; 49(1): 66.
7. BORGES LCC. Bronquiolite Viral Aguda. Observatório da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: https://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/48202 . Acessado em: 2 de abril de 2023.
8. BOZZOLA E, et al. Respiratory syncytial virus bronchiolitis in infancy: the acute hospitalization cost. Frontiers in pediatrics, 2021; 8: 594898.
9. CAI Z, et al. Efficacy of salbutamol in the treatment of infants with bronchiolitis. Medicine, 2020; 99(4).
10. CHAVASSE RJ, et al. Anti-histamines for prolonged non-specific cough in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002; 3: CD001267.
11. FERNANDES RM, et al. Systematic review of the efficacy of corticosteroids in the treatment of acute bronchiolitis. Journal of Pediatrics, 2013; 940–949.
12. FERREIRA NA, et al. Hospitalização infantil: impacto emocional indexado a figura dos pais. Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia, 2020; 8(1): 402-408.
13. FIOCRUZ. Bronquiolite na Infância: Diagnóstico e Tratamento. Portal de Boas Práticas, Eixo: Atenção à Criança, 07 de junho de 2022. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/bronquiolite-na-infancia-diagnostico-e-tratamento/. Acessado em: 31 de janeiro de 2026.
14. FLORIN TA, et al. Bronchiolitis: Current evidence-based management and guidelines. Pediatrics, 2017; 140(6): e20170756.
15. JUSTICE NA e LE JK. Bronchiolitis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.
16. PEREIRA CP, et al. Bronquiolite viral: uma revisão narrativa. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024; 6(6): 1571-1586.
17. 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. Revista Paulista de Pediatria, 2023; 41: e2021304.
18. RALSTON SL. Clinical practice guideline: The diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. Pediatrics, 2014; 134(5): e1474-e1502.
19. ROTH DE, et al. The Pediatric Infectious Disease Journal. Pediatrics, 2018; 37(8): e20181071.
20. SABEENA S, et al. The Impact of Coronavirus Disease 2019 Pandemic on Bronchiolitis (Lower Respiratory Tract Infection) Due to Respiratory Syncytial Virus: A Systematic Review and Meta-Analysis. Indian Journal of Public Health, 2023; 67(2): 284.
21. SHAY e DAVID K, et al. Bronchiolitis-associated hospitalizations among US children, 1980-1996. JAMA, 1999; 282(15): 1440-1446.
22. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Diretrizes para o manejo da bronquiolite viral aguda. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/pediatria-para-familias/doencas/bronquiolite-aguda/. Acessado em: 27 de maio de 2024.
23. ZHANG L, et al. Nebulised hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants. Cochrane database of systematic reviews, 2023; 4.