

# Trajetória Clínica e Desenvolvimento das Crianças com Diagnóstico de Bronquiolite Transferidas para um Hospital Terciário

Clinical Trajectory and Development of Children Diagnosed with Bronchiolitis Transferred to a Tertiary Hospital  
Trajectory Clínica y Desarrollo de Niños con Diagnóstico de Bronquiolitis Traslados a un Hospital de Tercer Nivel

## RESUMO

**Objetivo:** identificar e analisar a trajetória clínica e desenvolvimento das crianças com diagnóstico de bronquiolite transferidas para um hospital terciário. **Método:** trata-se de um estudo retrospectivo, observacional, descritivo, do tipo corte transversal com abordagem quantitativa que foi realizada na unidade de pronto socorro em um município do noroeste paulista, por meio da revisão de prontuários. Foram consideradas crianças de 0 a 11 anos e 29 dias, entre 01 de janeiro de 2025 a 31 de maio de 2025 transferidos para um hospital terciário. **Resultados:** cerca de 105 crianças tiveram o diagnóstico de bronquiolite e foram transferidas para um hospital terciário, o maior número de transferências ocorreram entre a idade de 1 a 5 meses, com o início dos sintomas entre 1 e 3 dias, a tosse estava presente em 94,3% dos casos, e ainda o diagnóstico para detecção do vírus sincicial respiratório, foram positivos em 61 (58,1%) pacientes. **Conclusão:** A bronquiolite continua sendo uma patologia que causa um nível significativo de atendimentos nos serviços de urgência e internações hospitalares, gerando demandas consideráveis assistenciais.

**DESCRIPTORIOS:** Bronquiolite; Hospitalização; Criança e Procedimentos Clínicos

## ABSTRACT

**Objective:** To identify and analyze the clinical trajectory and development of children diagnosed with bronchiolitis and transferred to a tertiary hospital. **Method:** This was a retrospective, observational, descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. It was conducted in an emergency room in a municipality in northwestern São Paulo state, through medical record review. Children aged 0 to 11 years and 29 days, transferred to a tertiary hospital between January 1, 2025, and May 31, 2025, were included. **Results:** Approximately 105 children were diagnosed with bronchiolitis and transferred to a tertiary hospital. The largest number of transfers occurred between the ages of 1 and 5 months. Symptom onset was between 1 and 3 days, and cough was present in 94.3% of cases. The diagnostic test for respiratory syncytial virus detection was positive in 61 (58.1%) patients. **Conclusion:** Bronchiolitis continues to be a pathology that causes a significant level of emergency room visits and hospital admissions, generating considerable healthcare demands.

**DESCRIPTORS:** Bronchiolitis; Hospitalization; Childhood and Clinical Procedures

## RESUMEM

**Objetivo:** Identificar y analizar la trayectoria clínica y el desarrollo de niños con diagnóstico de bronquiolitis y transferidos a un hospital terciario. **Método:** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal con enfoque cuantitativo. Se realizó en un servicio de emergencia de un municipio del noroeste del estado de São Paulo, mediante revisión de historias clínicas. Se incluyeron niños de 0 a 11 años y 29 días, transferidos a un hospital terciario entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de mayo de 2025. **Resultados:** Aproximadamente 105 niños fueron diagnosticados con bronquiolitis y transferidos a un hospital terciario. El mayor número de transferencias ocurrió entre las edades de 1 y 5 meses. El inicio de los síntomas fue entre 1 y 3 días, y la tos estuvo presente en el 94,3% de los casos. La prueba diagnóstica para la detección del virus respiratorio sincicial fue positiva en 61 (58,1%) pacientes. **Conclusión:** La bronquiolitis continúa siendo una afección que causa un número significativo de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, lo que genera una considerable demanda de atención médica.

**DESCRIPTORIOS:** Bronquiolitis; Hospitalización; Infancia y Procedimientos Clínicos

RECEBIDO EM: 05/11/2025 APROVADO EM: 21/11/2025

**Como citar este artigo:** Vitalino KD, Ferreira MDS, Ribeiro JCP, Domingues Junior LA, Lopes KO, Carvalho RG, Sakamoto SR, Bentin LAT. Trajetória Clínica e Desenvolvimento das Crianças com Diagnóstico de Bronquiolite Transferidas para um Hospital Terciário. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];16(103):18702-18719. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v16i103p18702-18719

**ID Kayque Domingos Vitalino**  
Graduando de Medicina, Fundação Educacional de Penápolis  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5385-5192>

**ID Mirelle dos Santos Ferreira**  
Graduanda de Enfermagem, Fundação Educacional de Penápolis  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6525-4559>

**ID Jhonata Carlos Pereira Ribeiro**  
Graduando de Enfermagem, Fundação Educacional de Penápolis  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4214-1098>

**ID Luiz Antônio Domingues Júnior**  
Graduando de Enfermagem, Fundação Educacional de Penápolis  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9686-4438>

**ID Kaylane de Oliveira Lopes**  
Graduanda de Enfermagem, Fundação Educacional de Penápolis  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5763-8931>

**ID Raianny Gallinari Carvalho**  
Graduanda de Enfermagem, Fundação Educacional de Penápolis  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5655-5471>

**ID Sabrina Ramires Sakamoto**  
Enfermeira Doutora, Fundação Educacional de Penápolis  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0189-7043>

**ID Leonardo Aparecido Teixeira Bentin\***  
Enfermeiro Doutor, Fundação Educacional de Penápolis  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6719-3375>

## INTRODUÇÃO

A bronquiolite viral destaca-se como uma das principais enfermidades que acometem crianças nos primeiros anos de vida, sendo responsável por uma elevada incidência de infecções do trato respiratório inferior em menores de dois anos de idade e essa condição está predominantemente associada à etiologia viral, representando um importante desafio para a saúde pública pediátrica devido sua frequência e ao potencial de gravidade nos casos mais severos<sup>(1)</sup>. Constitui uma infecção do trato respiratório inferior caracterizada pelo acometimento dos brônquios, resultando em alterações morfofuncionais relevantes, tais como o espessamento da mucosa, descamação do epitélio respiratório pseudoestratificado cilíndrico ciliado e desnaturação aguda da membrana basal<sup>(2)</sup>.

Sua etiologia é majoritariamente viral, com o vírus sincicial respiratório (VSR) sendo identificado como o agen-

te responsável por até 75% dos casos, outras espécies virais, como o rinovírus, o vírus parainfluenza e o vírus influenza, também contribuem de forma significativa para a ocorrência da doença, reforçando a importância da vigilância epidemiológica e do diagnóstico etiológico preciso no manejo clínico das infecções respiratórias em populações pediátricas em menores de 12 meses<sup>(2,3)</sup>.

O quadro clínico inicial da bronquiolite aguda caracteriza-se por sintomas típicos de infecção viral do trato respiratório superior, como febre e coriza, e em um intervalo de quatro a seis dias, observa-se a progressão do processo infeccioso para o trato respiratório inferior, manifestando-se por tosse persistente e sibilância, o que reflete o acometimento progressivo do sistema ventilatório e marca a evolução da doença para formas mais graves<sup>(4)</sup>. Embora a evolução clínica seja, na maioria dos casos, autolimitada, existe o risco de progressão para insuficiência respiratória grave, especialmente em pacientes

com fatores de susceptibilidade, podendo haver necessidade de suporte em contextos de maior complexidade<sup>(5)</sup>. Os exames laboratoriais realizados durante o curso da bronquiolite viral aguda apresentam baixa especificidade para o diagnóstico, a radiografia de tórax, quando indicada, revela achados característicos, como hiperinsuflação pulmonar associada a infiltrados intersticiais de intensidade variável, os quais refletem o comprometimento das vias aéreas e do parênquima pulmonar observado na doença<sup>(5-7)</sup>.

Diante desse contexto, as infecções respiratórias das vias aéreas inferiores em lactentes são associadas a uma significativa morbidade, e a avaliação da prevalência de vírus respiratórios torna-se fundamental para um aprofundamento nas características epidemiológicas dessas infecções<sup>(8,9)</sup>. Logo, o objetivo deste trabalho foi identificar e analisar a trajetória clínica e desenvolvimento das crianças com diagnóstico de bronquiolite transferidas para um hospital

terciário.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional, descritivo, do tipo corte transversal com abordagem quantitativa que foi realizada na unidade de pronto socorro em um município do noroeste paulista, por meio da revisão de prontuários. Foram consideradas crianças de 0 a 11 anos e 29 dias, entre 01 de janeiro a 31 de maio de 2025 transferidos para um hospital terciário. O grupo foi formado por pacientes que preenchem os critérios para diagnóstico clínico de bronquiolite registrado no prontuário com Código Internacional de Doença. As variáveis estudadas, incluíram dados sociodemográficas como faixa de idade, sexo, origem. Ademais, analisou-se variáveis clínicas, como sinais clínicos como, febre, coriza, cefaleia, tosse, congestão nasal, dispneia, cansaço respiração ruidosa, vômito, desconforto respiratório, outros sintomas e comorbidades. Avaliação do sistema respiratório, bases diagnósticas, manejo assistencial e sinais de agravamento também foram estudadas. Os dados foram coletados dos prontuários, utilizando formulário especificamente elaborado para esta pesquisa. Após coleta, os dados obtidos foram codificados de forma padrão e reunidos em planilha no Microsoft Office Excel versão 2024. As análises descritivas foram realizadas (frequências e números absolutos) e foram distribuídos em gráfico e tabelas para sua melhor compreensão.

O estudo foi submetido e aprovado pela Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional de Penápolis - FUNEPE sob CAAE nº 90818325.1.0000.0135.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com foco em medidas de suporte e intervenções preventivas, o manejo da bronquiolite tem sido amplamente discutida, no período analisado cerca

de 105 crianças tiveram o diagnóstico de bronquiolite e foram transferidas para um hospital terciário. No Gráfico 01, a distribuição da faixa de idade com maior número de transferências foram entre 1 a 5 meses com 52 transferências (49,5%), seguido de 6 a 11 meses (29 transferências – 27,6%), 1 a 2 anos (16 transferências – 15,2%), 0 a 30 dias (07 transferências – 6,7%) e crianças acima de 3 anos com 1 transferência correspondendo a 1%. Os dados apresentados revelam um perfil epidemiológico claro e contundente sobre a gravidade da bronquiolite em lactentes jovens, necessitando de cuidados em nível terciário. Observa-se que o acometimento está na faixa etária do primeiro ano de vida, esse grupo representa mais de 80% de todas as transferências, confirmando que a bronquiolite, em suas formas mais severas, é uma doença que afeta primariamente crianças no primeiro ano de vida. A vulnerabilidade é multifatorial, fisiologicamente, as vias aéreas possui pequeno calibre são mais suscetíveis à obstrução por edema, muco, debris celulares e imunologicamente, coincidindo com o declínio dos anticorpos maternos transferidos passivamente e a imaturidade do sistema imune da própria criança, que tende a montar uma resposta inflamatória exacerbada e menos eficaz contra patógenos virais<sup>(10)</sup>. Achados semelhantes encontradas no estudo epidemiológico de bronquiolite e bronquite aguda em crianças no Sul do país entre 2019 e 2023, onde caracterizaram que as internações hospitalares em crianças menores de 1 ano<sup>(11)</sup>. Outro estudo também obtiveram o mesmo resultado, analisaram a hospitalização por bronquiolite aguda como fator de risco para sibilância recorrente<sup>(12)</sup>. Logo, a concentração de casos que necessitam de transferência para um hospital terciário, como observado, reflete não apenas a incidência da doença, mas também a identificação de pacientes com maior risco de deterioração clínica. No outro extremo, a drástica redução no número de casos após o primeiro ano de vida é

esperada e reflete o desenvolvimento anatômico e imunológico da criança, como o aumento do calibre das vias aéreas e a maturação do sistema imune, as infecções por vírus respiratórios tendem a se manifestar como quadros mais brandos, semelhantes a resfriados comuns, raramente exigindo hospitalização, exceto em crianças com comorbidades subjacentes significativas<sup>(13)</sup>.

A predominância do sexo masculino entre as crianças transferidas para o hospital terciário, observada em nosso estudo (54,3% masculino vs. 45,7% feminino), está em consonância com achados epidemiológicos recentes<sup>(14,15)</sup>. Contudo, é importante reiterar que a bronquiolite não é exclusiva de um sexo, como ilustrado por pesquisas específicas realizadas em contextos regionais distintos. Um estudo conduzido para analisar o perfil das internações e óbitos por bronquiolite no Estado do Amapá, por exemplo, identificou a predominância do sexo feminino em sua amostra, demonstrando a variabilidade epidemiológica da doença conforme a população analisada e possíveis fatores sociais e ambientais associados, em contrapartida no estudo que avaliou a epidemiologia da bronquiolite viral aguda em bebês hospitalizados realizado por Flores e colaboradores, demonstrou que o sexo masculino fora superior ao feminino<sup>(16,17)</sup>. Essas constatações reforçam a necessidade de intervenções preventivas e estratégias de manejo amplamente direcionadas, independentemente do sexo, visto que ambos os grupos são expressivamente afetados e podem necessitar de suporte hospitalar especializado. A literatura destaca que fatores como exposição ambiental, antecedentes familiares e idade de início dos sintomas podem ser determinantes mais relevantes para a gravidade e evolução da bronquiolite do que o próprio sexo da criança<sup>(18)</sup>.

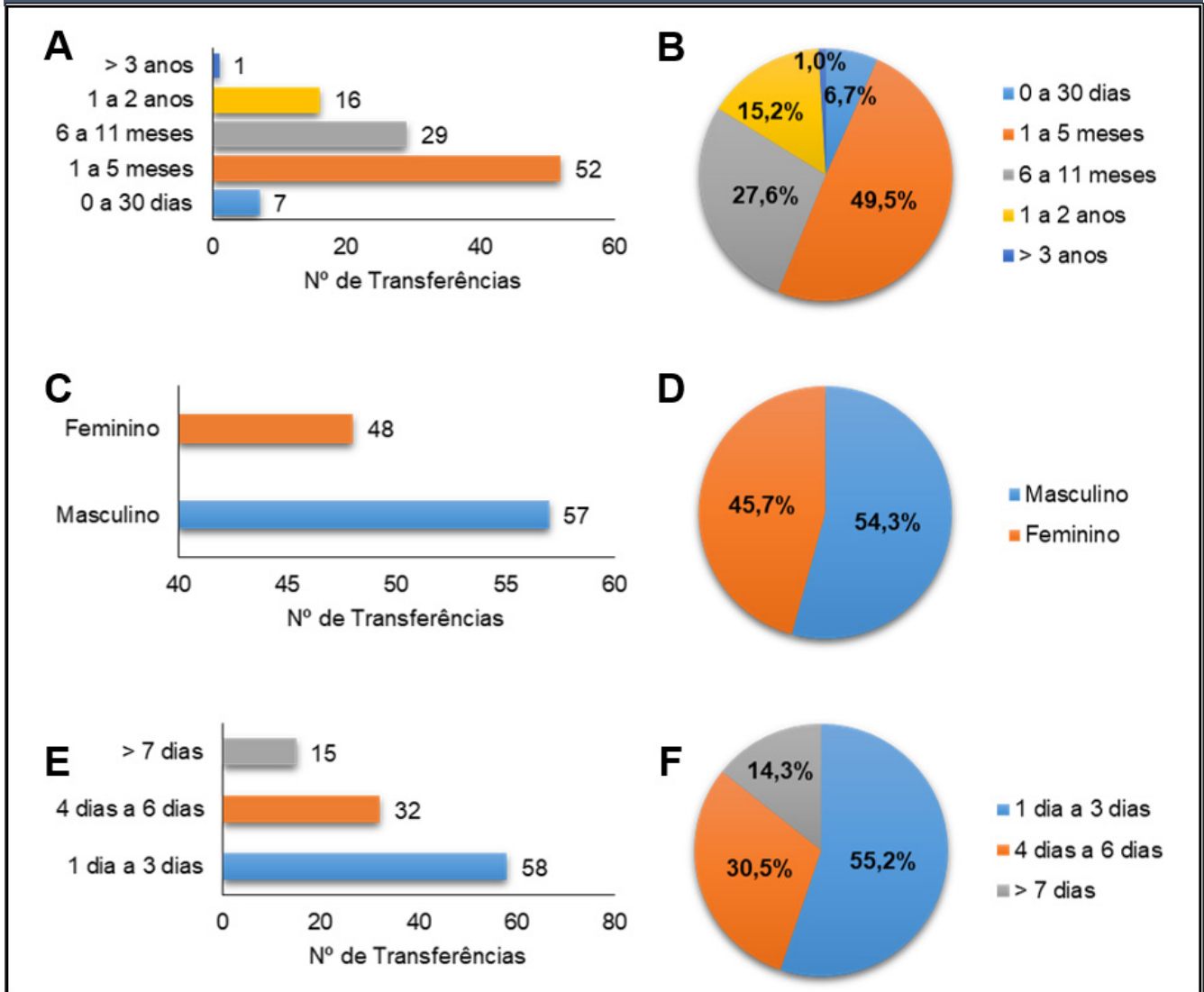
A análise do início dos sintomas em crianças com bronquiolite, evidenciada no estudo, são compatíveis com o período de incubação da bronquiolite viral,

evidenciados nos estudos apontam que, após a inoculação, o paciente passa por uma fase assintomática conhecido como período de incubação que ocorre entre 4 a 5 dias, seguida pelo surgimento de sintomas típicos, como coriza, conges-

tão nasal, febre e, em quadros mais graves, hipóxia reforçando a necessidade de atenção para manejo clínico e decisões sobre transferências hospitalares (18-20). Essa evolução é fundamental para indicar medidas de suporte respiratório

precoce e para reconhecer sinais de agravamento, garantindo que o paciente seja encaminhado prontamente para unidades de maior complexidade.

**Gráfico 01- Características demográficas e início dos sintomas das crianças com diagnóstico de bronquiolite transferidas para um hospital terciário, entre janeiro e maio de 2025.**



A: número de transferências de acordo com as faixas de idades, B: porcentagem de transferências de acordo com as faixas de idades, C: número de transferências de acordo com os sexos, D: porcentagem de transferências de acordo com os sexos, E: número das transferências de acordo com o início dos sintomas e F: Porcentagem das transferências de acordo com o início dos sintomas.

As manifestações clínicas observadas apresentam características das infecções das vias aéreas superiores, com achados de febre, tosse e congestão nasal, que durante a evolução progressiva da doença, tendem a agravar-se com desconforto respiratório, tosse produtiva e

hipertermia (21). No estudo que avaliou as abordagens clínicas da bronquiolite aguda no âmbito atual pediátrico, identificaram que é rotineiro identificar nos pacientes com sintomatologia associada a bronquiolite, uma variedade de manifestações, incluindo febre, tosse,

taquipneia, dificuldades respiratórias e também episódios de vômitos<sup>(22)</sup>. O que sugere a semelhança nos dados (Tabela 01) obtidos da presença dos sintomas dos pacientes, onde a tosse estava pre-

sente em 94,3% dos casos cerca de 99 pacientes, e a variável febre em 79 casos (72,2%), a coriza em 75 casos (71,4%), desconforto respiratório estavam presentes em 69 casos cerca de 65,7%,

como também a dispneia em 35 paciente (33,3%) e vômito com 25 casos (23,8%), quando observamos o cansaço, respiração ruidosa e diarreia ficaram abaixo de 10 casos.

**Tabela 01 - Presença de sintomas, características das ausculta pulmonares e comorbidades apresentadas pelas crianças com diagnóstico de bronquiolite transferidas para um hospital terciário, entre janeiro e maio de 2025.**

VARIÁVEIS	n (105)	%
<b>SINTOMAS</b>		
Tosse	99	94,3%
Febre	79	75,2%
Coriza	75	71,4%
Desconforto Respiratório	69	65,7%
Dispneia	35	33,3%
Congestão Nasal	27	25,7%
Vômito	25	23,8%
Cansaço	9	8,5%
Respiração Ruidosa	8	7,6%
Diarreia	7	6,7%
<b>AUSCULTA PULMONAR</b>		
Ruídos Adventícios (Sibilos)	96	91,4%
Murmúrios Vesiculares	90	85,7%
<b>COMORBIDADES</b>		
Prematuridade	4	3,8%
Asma	2	1,9%

O padrão clínico apresentado nos casos apreciados no estudo um dos sinais mais comum incluiu o ruído adventício (sibilos) e o murmúrio vesicular sugerindo o intenso processo inflamatório nas vias aéreas inferiores. Devido ao tamanho menor das vias aéreas das crianças quando comparadas com os adultos, o processo inflamatório da bronquiolite pode causar obstrução das vias aéreas, levando a sintomas mais graves, como desconforto respiratório, presença de ruídos adventícios pulmonares como sibilância e alteração do fluxo de ar para os pulmões<sup>(23)</sup>. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo que avaliou o perfil epidemiológico da morta-

lidade infantil por doenças respiratórias no Brasil<sup>(24)</sup>.

Além disso, o presente estudo identificou a prematuridade como comorbidade em 3,8% dos casos, e a asma em 1,9%. A associação entre prematuridade e bronquiolite tem sido amplamente discutida, e apontam que bebês prematuros apresentam risco significativamente maior para bronquiolite, com taxas de hospitalização e gravidade elevadas decorrentes da imaturidade do sistema imunológico e das vias aéreas. De acordo com o estudo que Prado e Novais (2025), onde descreveram que há relatos de estreita associação entre prematuridade e bronquiolite, sugerin-

do que a prematuridade aumenta em 7 vezes o risco de bebês adquirirem bronquiolite viral aguda<sup>(25)</sup>.

Para subsidiar os achados diferenciais (Tabela 02), exames de radiografia de tórax foram realizados em 90,5% dos casos, cerca de 95 crianças, o que sugere que devido à presença de febre nos pacientes e o profissional buscou da presença de infecções pulmonares secundárias, como descrito também no estudo que avaliou o tratamento utilizado nos casos de bronquiolite viral aguda diagnosticada no pronto-socorro pediátrico<sup>(26)</sup>.

**Tabela 02 - Exames realizados para subsidiar os diagnósticos médicos das crianças com bronquiolite transferidas para um hospital terciário, entre janeiro e maio de 2025.**

VARIÁVEIS	n (105)	%
<b>EXAME DE IMAGEM</b>		
Raio-X de Tórax	95	90,5%
<b>TR - VSR</b>		
Reagente	61	58,1%
Não Reagente	13	12,4%
<b>TR - COVID-19</b>		
Reagente	3	2,9%
Não Reagente	60	57,1%
<b>TR - INFLUENZA A E B</b>		
Reagente	1	1,0%
Não Reagente	37	35,2%

TR – Teste rápido de imunocromatografia.

O sucesso da terapia antirretroviral depende do diagnóstico precoce<sup>(27)</sup>. O teste rápido de imunocromatografia para detecção do vírus sincicial respiratório, foram realizados em 61 (58,1%) pacientes obtiveram o resultado reagente e 13 casos (12,4%) tiveram o resultado não reagente. Como

também testes para detecção do vírus Sars-Cov-2 foram realizados com 3 casos (2,9%) com resultado reagente e 60 casos (57,1%) com resultados não reagente. A presença da influenza A e B foram testadas também, com 37 casos (35,2%) não reagente e 1 caso (1,0%) reagente. Os testes rápidos para pesquisa de antígenos imunocromatológicos

permitem tomada de decisão imediatas em relação à introdução do tratamento e também medidas de controle de infecção, achados semelhantes encontradas no trabalho que avaliou o prognóstico de crianças hospitalizadas menores de 2 anos com codetecção de influenza A e vírus sincicial respiratório no local de atendimento<sup>(26)</sup>.

**Tabela 03 - Manejo farmacológico utilizadas pelas crianças com diagnóstico de bronquiolite transferidas para um hospital terciário, entre janeiro e maio de 2025.**

VARIÁVEIS	n (105)	%
<b>β2-AGONISTA</b>		
Salbutamol	97	92,4%
<b>CORTICÓIDES</b>		
Metilprednisolona	85	81,0%
Prednisolona	34	32,4%
<b>ANTIBIÓTICOS</b>		
Amoxicilina e Clavulanato	16	15,2%
Azitromicina	7	6,7%
Amoxicilina	7	6,7%
Ceftriaxona	4	3,8%
Cefalotina	2	1,9%
<b>ANTÉRMICOS</b>		
Dipirona	28	26,7%
Paracetamol	26	24,8%
Ibuprofeno	2	1,9%

Para o manejo medicamentoso (Tabela 03) dos casos a utilização do beta-antagonista salbutamol foram utilizados em 97 casos (92,4%), e os corticóides metilprednisona em 85 pacientes (81,0%) e prednisona em 34 crianças (32,4%). Para tratamento infeccioso secundário a escolha do clavulanato associado com amoxicilina predominado em 16 casos (15,2%), seguidos de azitromicina e amoxicilina com 7 casos cada (6,7%), ceftriaxona com 4 casos (3,8%) e cefalotina com 2 casos (1,9%). E para o tratamento com

antitérmicos a dipirona estava presente em 28 casos (26,7%), o paracetamol em 26 casos (24,8%) e a escolha do ibuprofeno em 2 casos (1,9%).

Embora sua eficácia pode variar conforme o estudo e contexto, os tratamentos farmacológicos para bronquiolite, em grande parte, têm se focado no uso de broncodilatadores, corticosteróides, antibióticos e agentes imunomoduladores<sup>(28)</sup>. Porém, existem poucas evidências conclusivas para a abordagem terapêutica efetiva para a melhora da doença, no entanto, a terapia suporte

devem ser pautadas na garantia de boa hidratação e oxigenação, logo, há poucas propostas terapêuticas descritas, que reflete a ausência de evidência para único tratamento eficaz, como demonstramos nos estudos que avaliou tratamentos utilizados nos casos de bronquiolite viral aguda no pronto socorro pediátrico<sup>(20)</sup> e também na revisão de literatura que analisou os aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico da bronquiolite viral<sup>(29)</sup>.

**Tabela 04- Uso de oxigenoterapia, manejo clínico e sinais de gravidade apresentadas pelas crianças com diagnóstico de bronquiolite transferidas para um hospital terciário, entre janeiro e maio de 2025.**

VARIÁVEIS	n (105)	%
<b>OXIGENOTERAPIA</b>		
Cateter Nasal	73	69,5%
Máscara de Venturi	15	14,3%
Máscara com Reservatório	3	2,9%
<b>MANEJO CLÍNICO</b>		
Lavagem Nasal com SF 0,9%	86	81,9%
Inalação com SF 0,9%	86	81,9%
Expansão Volêmica	40	38,1%
<b>SINAIS DE GRAVIDADE</b>		
Taquipneia	67	63,8%
Uso de Musculatura Acessória	57	54,3%
Retração Fúrcula	17	16,2%
Batimento de Asa de Nariz	5	4,8%
Agitação	3	2,9%
Gemência	3	2,9%
Prostração	3	2,9%
Cianose	1	1,0%
Intubação	1	1,0%

SF – Solução fisiológica 0,9%.

A suplementação de oxigênio chegou a 69,5% (73 casos), seguido da máscara venturi com 15 casos (14%) e máscara com reservatório em 3 casos (2,9%). Quando observamos o manejo clínico a lavagem nasal e inalação com solução fisiológica a 0,09% ocorreu em 86 casos (81,9%) e a expansão volêmica aconteceu em 40 pacientes (38,1%) como descrito na Tabela 04. No estudo de coorte

prospectivo que avaliação a epidemiologia de bronquiolite viral aguda em bebês hospitalizados, demonstrou que a solução salina hipertônica tem sido amplamente estudada e utilizada como uma intervenção terapêutica, indicando a inalação de solução salina hipertônica com o intuito de ajudar a reduzir a viscosidade do muco e melhorar a função ciliar, facilitando a expectoração e aliviando a obstrução brônquica. Na

revisão bibliográfica sobre bronquiolite viral aguda evidenciou que a lavagem nasal com soro fisiológico é relevante para desobstruir as vias aéreas em casos leves e é recomendada antes da alimentação oral e em casos de obstrução nasal e a terapia de oxigênio é uma opção quando a saturação se encontra abaixo de 92%, podendo ser utilizado dispositivos não invasivos para suplementar o fluxo de oxigênio.

A taquipneia tem sido recentemente reconhecida como um dos sinais associados com gravidade da doença, mesmo nos lactentes mais jovens, indicando insuficiência nas trocas de gases (30). Dentre os sinais de gravidade a taquipneia com 67 casos (63,8) e o uso da musculatura acessória durante a respiração ocorreu em 57 crianças (54,3%), superando os demais sintomas de gravidade, como a retração de fúrcula com 17 casos (16,2%), batimento da asa de nariz com 5 casos (4,8%), agitação, gemência, prostração em 3 casos (2,9%), 1 criança apresentava cianose e 1 caso precisou de intubação orotraqueal (1,0%). O surgimento precoce desses sinais de gravidade, sugerem que em muitas vezes acompanhando sibilos como discutido anteriormente, a diminuição da saturação de oxigênio, a utilização de muscu-

latura acessória e batimento de asa de nariz, podem está ligado à obstrução das vias aéreas inferiores causada pelo processo inflamatório e pelo acúmulo de muco, validando o perfil clínico observado em nossa amostra. Mesmas manifestações foram encontradas no trabalho que analisou sintomas, sinais clínicos e suporte de oxigênio em pacientes com bronquiolite, corroborando com os achados do estudo, como taquipneia, uso de musculatura respiratória acessória, batimento de asa de nariz.

### CONCLUSÃO

A bronquiolite continua sendo uma patologia que causa um nível significativo de atendimentos nos serviços de urgência e internações hospitalares,

gerando demandas consideráveis assistenciais. Embora existam manejos clínicos atualizados, observa-se que existem carência de terapias com eficácia, resultando em muitas vezes na prolongação da assistência hospitalar. É imperativo que os esforços atuais se concentrem em estratégias que aprimorem a capacitação dos profissionais de saúde em relação às evidências científicas, visando reduzir a adoção de práticas que oferecem benefícios aos pacientes pediátricos com bronquiolite. Este estudo demonstrou o perfil epidemiológico dos pacientes afetados de contribuir na identificação de variáveis relevantes para investigações futuras. Assim, torna-se essencial a realização de estudos mais aprofundados para garantir a atualização contínua do manejo da bronquiolite.

### REFERÊNCIAS

1. Prado SI, Novais MAP. Internações pediátricas por bronquiolite no Brasil: caracterização longitudinal e gastos hospitalares. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2024;37:eAPE00876.
2. Santos DS, Neves SAS, Moccellini AS. Morbiletalidade por bronquite e bronquiolite aguda em crianças menores de um ano: estudo nacional de série histórica, 2013-2022. *Research, Society and Development*. 2023;12(9):e0512943143–e0512943143.
3. Lima R. Bronquiolite aguda. *Life Saving: Separata Científica*. 2021;8(19):50–5.
4. Carvalho WB, Johnston C, Fonseca MC. Bronquiolite aguda, uma revisão atualizada. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53:182–8.
5. Bonnet D, Schmaltz AA, Feltes TF. Infection by the respiratory syncytial virus in infants and young children at high risk. *Cardiol Young*. 2005;15(3):256–65.
6. Ferlini R, Pinheiro FO, Andreolio C, Carvalho PRA, Piva JP. Características e evolução de crianças com bronquiolite viral aguda submetidas à ventilação mecânica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28:55–61.
7. Lubrano R, Cecchetti C, Elli M, Tomasello C, Guido G, Di Nardo M, Maciangelo R, Pasotti E, et al. Prognostic value of extravascular lung water index in critically ill children with acute respiratory failure. *Intensive Care Med*. 2011;37:124–31.
8. Miron D, Srugo I, Kra-Oz Z, Keness Y, Wolf D, Amirav I, Kassis I. Sole pathogen in acute bronchiolitis: is there a role for other organisms apart from respiratory syncytial virus? *Pediatr Infect Dis J*. 2010;29(1):e7–10.
9. Zalm MM, Uiterwaal CSPM, Wilbrink B, de Jong BM, Verheij TJM, Kimpfen JLL, Ent CV. Respiratory pathogens in respiratory tract illnesses during the first year of life: a birth cohort study. *Pediatr Infect Dis J*. 2009;28(6):472–6.
10. Barbosa AVA, Talim AT, Porto VS, Freitas

- CM. Bronquite e Bronquiolite Aguda em crianças do Sul: Epidemiologia das internações entre 2019 e 2023. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 2024;6(9):753–64.
11. Albernaz EP, Menezes AMB, César JA, Victora CG, Barros FC. Hospitalização por bronquiolite aguda como fator de risco para sibilância recorrente. *Cad Saude Publica*. 2000;16:1049–57.
12. Flores D, Bachi A, França CN, Konstantyner T. Epidemiologic evaluation of acute viral bronchiolitis (AVB) in infants hospitalized. *Brazilian Journal of Global Health*. 2020;1(1):29–34.
13. Nogueira FG. Características clínico-epidemiológicas e fatores de risco associados a desfechos desfavoráveis em crianças hospitalizadas com síndrome respiratória aguda grave no estado do Amapá [tese]. Recife: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, 2024;
14. 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;7(14):e141080–e141080.
15. Peixoto FG, Filho JEBA, Medina AB, Silva GCB, Pedro IG, Carvalho ACV, Neves JPC, Stolerman TRC, et al. Bronquiolite viral aguda. *Revista Eletrônica Acervo Médico*. 2023 Dec 22;23(11):e14836.
16. Pinheiro FER, Araujo EO, Tavares GC, Furtado AFM, Rodrigues B de AN, Rizzi VB, Araújo HVS, Pio ARM, et al. Abordagens clínicas da bronquiolite aguda no âmbito atual pediátrico. *Brazilian Journal of Health Review*. 2024;7(1):5837–60.
17. Pediatría SA, Subcomisiones C. Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. Resumen ejecutivo. *Arch Argent Pediatr*. 2015;113(4):373–4.
18. Dallabrida CP, Arraes FC, Ahn FMD, Pereira ME, Darte VMV, Silva Lima UT. Perfil epidemiológico da mortalidade infantil por doenças respiratórias no Brasil: bronquiolite, bronquite, asma e pneumonia. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. 2025;11(7):453–65.
19. Prado SI, Novais MAP. Bronquiolite viral aguda no Brasil: características de tempo de internação e gastos hospitalares. *Cien Saude Colet*. 2025 Apr;30(4).
20. Ganan CS, Carpi MF, Correia GF, Martin JG. Avaliação do tratamento utilizado nos casos de bronquiolite viral aguda diagnosticados no pronto-socorro pediátrico. *Acesso em*. 2021;30(08):2024.
21. Debiaggi M, Canducci F, Ceresola ER, Clementi M. The role of infections and coinfections with newly identified and emerging respiratory viruses in children. *Virol J*. 2012;9(1):247.
22. Vieira NA, Müller SD. Bronquiolite na primeira infância: fisiopatologia e tratamento. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. 2025 Jun 16;11(6):3397–421.
23. Ganan C, Carpi M, Correia G, Martin J. Evaluation of the treatment used in cases of acute viral bronchiolitis diagnosed in the pediatric emergency room. *Residência Pediátrica*. 2022;12(4).
24. Souza e Silva LL, Soares LP, Xavier AFV, Brandão MM, Simões SC, Chaves LP, Watanabe LH, Machedo AGF, et al. Bronquiolite viral: aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico. *Brazilian Journal of Development*. 2023 Mar 29;9(3):12351–61.
25. Lisboa DDJ, Niederauer F, Maraschin R. A influência da fisioterapia respiratória nos sinais clínicos em lactentes com bronquiolite viral aguda.