BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA EM LACTENTES: FATORES ASSOCIADOS À GRAVIDADE, DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO

ACUTE VIRAL BRONCHIOLITIS IN INFANTS: FACTORS ASSOCIATED WITH SEVERITY, DIAGNOSIS AND CLINICAL MANAGEMENT

Tayná Barros Veiga [1], Dayane Dias Bastos[1], Palloma Cordeiro Câmara[2].

1. Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Garanhuns – Afya.

2. Professor(a) do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Garanhuns – Afya. E-mail: pallomacordeiroc@gmail.com

Eixo Temático: 01 – Saúde

RESUMO

Introdução: A bronquiolite viral aguda constitui importante causa de hospitalização em lactentes, sendo o vírus sincicial respiratório o principal agente etiológico. **Objetivo:** Analisar evidências recentes sobre fatores associados à gravidade, diagnóstico, manejo clínico e prevenção da bronquiolite viral aguda em lactentes. **Método:** Revisão integrativa, com busca realizada em 14 de agosto de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE e Cochrane Library, considerando publicações de 2021 a 2026 em português, inglês ou espanhol e documentos oficiais recentes. **Resultados:** Oito publicações/documentos compuseram a síntese. Revisão sobre fatores de gravidade reuniu 12 coortes e 895.276 lactentes, destacando menor idade, prematuridade e comorbidades. Revisão diagnóstica sintetizou 59 estudos e 23.605 lactentes, demonstrando baixa utilidade de exames complementares em casos típicos. Em 2025, o Sistema Único de Saúde registrou 99.033 hospitalizações por bronquiolite em menores de 2 anos, das quais 62.072 (63%) ocorreram em menores de 6 meses. Revisão Cochrane com 2.813 participantes mostrou menor risco de escalonamento terapêutico com cânula nasal de alto fluxo em comparação ao baixo fluxo (RR=0,55; IC95% 0,39–0,79). **Conclusão:** A identificação precoce dos fatores de risco, aliada ao diagnóstico predominantemente clínico e ao manejo de suporte, favorece assistência mais segura e racional.

Palavras-chave: Bronquiolite. Lactente. Vírus Sincicial Respiratório. Fatores de Risco. Terapêutica.

ABSTRACT

Introduction: Acute viral bronchiolitis is an important cause of hospitalization in infants, with respiratory syncytial virus being the main etiological agent. **Objective:** To analyze recent evidence on factors associated with severity, diagnosis, clinical management, and prevention of acute viral bronchiolitis in infants. **Method:** An integrative review was conducted, with a search performed on August 14, 2026, in PubMed/MEDLINE and the Cochrane Library, considering publications from 2021 to 2026 in Portuguese, English, or Spanish and recent official documents. **Results:** Eight publications/documents composed the synthesis. A review of severity factors included 12 cohorts and 895,276 infants, highlighting younger age, prematurity, and comorbidities. A diagnostic review synthesized 59 studies and 23,605 infants, demonstrating limited usefulness of complementary tests in typical cases. In 2025, the Brazilian Unified Health System recorded 99,033 hospitalizations for bronchiolitis in children younger than 2 years, of which 62,072 (63%) occurred in infants younger than 6 months. A Cochrane review with 2,813 participants showed a lower risk of treatment escalation with high-flow nasal cannula compared with low-flow oxygen (RR=0.55; 95%CI 0.39–0.79). **Conclusion:** Early identification of risk factors,

combined with predominantly clinical diagnosis and supportive management, promotes safer and more rational care.

Keywords: Bronchiolitis. Infant. Respiratory Syncytial Virus. Risk Factors. Therapeutics.

INTRODUÇÃO

A bronquiolite viral aguda (BVA) é uma infecção do trato respiratório inferior que acomete principalmente crianças menores de 2 anos, com maior impacto clínico no primeiro ano de vida. A inflamação e a obstrução das pequenas vias aéreas podem produzir coriza, tosse, taquipneia, sibilância, estertores, retrações torácicas e dificuldade alimentar.[1] O vírus sincicial respiratório (VSR) é o agente etiológico mais frequente, embora outros vírus respiratórios também possam produzir quadro semelhante.[1]

A relevância clínica e social da BVA é evidenciada pela elevada carga assistencial. Dados nacionais mostram que, em 2025, foram registradas 99.033 hospitalizações por bronquiolite aguda em crianças menores de 2 anos no Sistema Único de Saúde (SUS); 62.072 (63%) ocorreram em lactentes menores de 6 meses. Nesse mesmo grupo etário, 8.846 hospitalizações (14%) envolveram internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).[2] Esses números reforçam a vulnerabilidade dos lactentes mais jovens e a importância do reconhecimento precoce de gravidade.

A evolução da doença é heterogênea. Menor idade cronológica, prematuridade, doença pulmonar crônica, cardiopatia congênita, doenças neurológicas, alterações genéticas, imunocomprometimento e exposição à fumaça do tabaco estão entre os fatores associados a formas mais graves.[3] A identificação dessas condições auxilia na estratificação do risco e na definição da necessidade de observação, internação ou suporte respiratório avançado.

Outro desafio consiste em evitar práticas diagnósticas e terapêuticas de baixo valor. Evidências recentes reforçam que a BVA típica é um diagnóstico clínico e que radiografia de tórax, exames laboratoriais e testes virais não devem ser solicitados rotineiramente.[4,5] Da mesma forma, broncodilatadores, corticosteroides e antibióticos não apresentam indicação de rotina, devendo a assistência priorizar hidratação, oxigenação e monitoramento clínico.[2,5]

Nos últimos anos, também ocorreram mudanças importantes na prevenção do VSR. O Ministério da Saúde incorporou estratégia com nirsevimabe para prematuros com idade gestacional até 36 semanas e 6 dias e idade inferior a 6 meses, além de crianças menores de 24 meses com comorbidades específicas.[6] Esses avanços, somados à atualização de diretrizes internacionais, justificam a síntese das evidências contemporâneas sobre a doença.

Diante desse cenário, o objetivo deste estudo foi analisar evidências recentes acerca dos principais fatores associados à gravidade da bronquiolite viral aguda em lactentes, bem como recomendações atuais sobre diagnóstico, manejo clínico e prevenção.

MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa da literatura, conduzida a partir da pergunta norteadora: quais evidências recentes descrevem os principais fatores associados à gravidade e orientam o diagnóstico, o manejo clínico e a prevenção da bronquiolite viral aguda em lactentes?

A busca foi realizada em 14 de agosto de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE e Cochrane Library. Utilizaram-se os termos “Bronchiolitis”, “Infant”, “Respiratory Syncytial Virus Infections”, “Risk Factors”, “Diagnosis” e “Therapeutics”, correspondentes a descritores MeSH/DeCS, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. A estratégia principal foi: “Bronchiolitis” AND “Infant” AND (“Risk Factors” OR “Diagnosis” OR “Therapeutics”). O recorte temporal compreendeu janeiro de 2021 a 14 de agosto de 2026.

Foram incluídas publicações em português, inglês ou espanhol envolvendo lactentes ou crianças menores de 2 anos com BVA e que abordassem etiologia, fatores de gravidade, investigação diagnóstica, tratamento, suporte respiratório ou prevenção. Priorizaram-se revisões sistemáticas, metanálises, diretrizes e revisões clínicas de referência. Excluíram-se estudos sobre bronquiolite obliterante, pesquisas exclusivamente experimentais, trabalhos sem relação direta com a pergunta norteadora e duplicatas.

Documentos oficiais do Ministério da Saúde publicados em 2026 foram consultados complementarmente para contextualização epidemiológica e incorporação das recomendações nacionais vigentes. Após leitura e verificação de pertinência, oito publicações/documentos compuseram a síntese final. Os achados foram organizados em quatro categorias: carga da doença e fatores associados à gravidade; diagnóstico; manejo clínico; e prevenção. Por utilizar exclusivamente dados secundários, não houve necessidade de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

A síntese quantitativa reforçou a magnitude do problema entre lactentes. No Brasil, as hospitalizações por bronquiolite aguda em menores de 2 anos passaram de 62.621 registros em 2022 para 99.033 em 2025. No último ano, os menores de 6 meses concentraram 62.072 hospitalizações (63% do total), além de 8.846 internações em UTI dentro dessa faixa etária.[2] Esse padrão é coerente com a maior vulnerabilidade clínica observada nos primeiros meses de vida.

Quanto aos fatores prognósticos, Loveys et al.[3] avaliaram 26.467 registros e incluíram 10 artigos, correspondentes a 12 coortes e 895.276 lactentes. Foram identificadas associações com menor idade cronológica, prematuridade, gestação múltipla, doença pulmonar crônica, cardiopatia congênita, doença neurológica, condições genéticas, outras comorbidades, desvantagem socioeconômica e exposição à fumaça do tabaco. A amplitude da amostra confere robustez à identificação dos principais grupos de maior risco.

No diagnóstico, Loveys et al.[4] examinaram 28.602 publicações e incluíram 30, reunindo 59 estudos e 23.605 lactentes. A radiografia de tórax apresentou acurácia diagnóstica insuficiente e esteve associada a maior prescrição de antibióticos; exames laboratoriais não se associaram de forma consistente a desfechos clínicos, e testes virais apresentaram utilidade limitada na BVA típica. A certeza da evidência, contudo, foi classificada como muito baixa, reforçando a necessidade de interpretação clínica individualizada.

A atualização da diretriz Australasiana de 2025 partiu de 26.467 citações e incorporou 431 estudos em 41 recomendações, incluindo 11 recomendações novas e 7 atualizações consideradas centrais.[5] O documento reforçou diagnóstico clínico, uso criterioso de exames, metas de oxigenação, suporte respiratório escalonado e estratégias de prevenção do VSR.

Em relação à etiologia, metanálise de Ambrożej et al.[7] analisou qualitativamente 21 estudos, dos quais 18 foram incluídos na metanálise. A bronquiolite VSR-positiva esteve associada a maior necessidade de suplementação de oxigênio quando comparada a outras etiologias (OR=1,78; IC95% 1,04–3,02), embora as manifestações clínicas gerais tenham apresentado grande sobreposição entre os diferentes vírus. Esse achado não justifica, isoladamente, testagem viral universal.

O manejo permanece predominantemente de suporte. Revisão Cochrane de 2024 incluiu 16 estudos e 2.813 lactentes; 11 estudos compararam alto fluxo com baixo fluxo e 5 compararam alto fluxo com pressão positiva contínua nas vias aéreas.[8] Em comparação ao baixo fluxo, a cânula nasal de alto fluxo reduziu o risco de escalonamento terapêutico (RR=0,55; IC95% 0,39–0,79; 8 estudos; 2.215 participantes), além de reduzir modestamente a duração da hospitalização em 0,65 dia e da oxigenoterapia em 0,59 dia, com certeza baixa a moderada conforme o desfecho.[8] Assim, o alto fluxo pode ser útil em pacientes selecionados, mas não deve ser empregado automaticamente em todos os casos.

As recomendações contemporâneas mantêm posição contrária ao uso rotineiro de broncodilatadores, corticosteroides e antibióticos na BVA típica.[2,5] Na prevenção, o nirsevimabe ampliou a imunoprofilaxia no SUS: o palivizumabe contemplava prematuros

com idade gestacional até 28 semanas, enquanto a estratégia de 2026 passou a abranger prematuros até 36 semanas e 6 dias com idade inferior a 6 meses e crianças menores de 24 meses com comorbidades definidas.[6]

Quadro 1 – Síntese dos principais dados quantitativos das fontes selecionadas

Fonte	Tipo	Dado quantitativo principal
Dalziel et al., 2022	Revisão clínica	Sem amostra agregada; síntese de diagnóstico e manejo.
Ministério da Saúde, 2026 – BVA	Dados nacionais/guia	2025: 99.033 hospitalizações <2 anos; 62.072 (63%) <6 meses; 8.846 UTI.
Loveys et al., 2025	Revisão sistemática	10 artigos; 12 coortes; N=895.276 lactentes.
Loveys et al., 2026	Revisão sistemática	30 publicações incluídas; 59 estudos; N=23.605 lactentes.
Borland et al., 2025	Diretriz	26.467 citações; 431 estudos; 41 recomendações (11 novas; 7 atualizadas).
Ministério da Saúde, 2026 – nirsevimabe	Estratégia nacional	Prematuros ≤36s6d e <6 meses; comorbidades <24 meses.
Ambrożej et al., 2024	Revisão/metanálise	21 estudos; 18 na metanálise; VSR e oxigênio: OR=1,78 (IC95% 1,04–3,02).
Armarego et al., 2024	Revisão Cochrane	16 estudos; N=2.813; escalonamento: RR=0,55 (IC95% 0,39–0,79).

Fonte: elaboração própria a partir das publicações selecionadas.

CONCLUSÃO

A bronquiolite viral aguda permanece importante causa de morbidade e hospitalização em lactentes, com concentração expressiva de internações nos menores de 6 meses. Evidências de grandes coortes reforçam menor idade, prematuridade e comorbidades como fatores associados a maior gravidade. O reconhecimento dessas condições deve ser integrado à avaliação do esforço respiratório, oxigenação, alimentação e estado geral.

O diagnóstico da BVA típica é predominantemente clínico, e exames complementares devem ser utilizados de forma criteriosa. O manejo deve priorizar hidratação, oxigenação e escalonamento respiratório quando necessário, evitando intervenções farmacológicas rotineiras sem benefício estabelecido. A cânula nasal de alto fluxo pode reduzir a necessidade de escalonamento em pacientes selecionados, enquanto novas estratégias preventivas contra o VSR, como o nirsevimabe, ampliam as possibilidades de redução das formas graves. Estudos futuros devem avaliar o impacto dessas medidas sobre hospitalizações, admissões em UTI e desfechos no contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dalziel SR, Haskell L, O'Brien S, Borland ML, Plint AC, Babl FE, et al. Bronchiolitis. Lancet. 2022;400(10349):392-406. doi:10.1016/S0140-6736(22)01016-9.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Guia de manejo clínico: bronquiolite viral aguda [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2026. 89 p.

3. Loveys K, Borland ML, Oakley E, Babl FE, Cotterell E, Haskell L, et al. Risk factors for severe bronchiolitis in Australian and Aotearoa New Zealand infants: a systematic review. J Paediatr Child Health. 2025;61(10):1549-1565. doi:10.1111/jpc.70165.

4. Loveys K, Borland ML, Oakley E, Babl FE, Cotterell E, Harrison G, et al. Investigations for bronchiolitis in infants: an overview of reviews and systematic review of primary studies. Pediatr Pulmonol. 2026;61(4):e71582. doi:10.1002/ppul.71582.

5. Borland ML, Loveys K, Babl FE, Cotterell E, Haskell L, O'Brien S, et al. Australasian Bronchiolitis Guideline: 2025 update. J Paediatr Child Health. 2025;61(8):1197-1215. doi:10.1111/jpc.70144.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Estratégia de imunização contra o vírus sincicial respiratório para crianças prematuras e com comorbidades: anticorpo monoclonal nirsevimabe. Brasília: Ministério da Saúde; 2026.

7. Ambrożej D, Orzołek I, Makrinioti H, Castro-Rodriguez JA, Camargo CA Jr, Hasegawa K, et al. Association of respiratory virus types with clinical features in bronchiolitis: implications for virus testing strategies. A systematic review and meta-analysis. Paediatr Respir Rev. 2024;49:34-42. doi:10.1016/j.prrv.2023.09.003.

8. Armarego M, Forde H, Wills K, Beggs SA. High-flow nasal cannula therapy for infants with bronchiolitis. Cochrane Database Syst Rev. 2024;3(3):CD009609. doi:10.1002/14651858.CD009609.pub3.