LUMEN ET VIRTUS
ISSN: 2177-2789

ABORDAGEM DA BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA NO CONTEXTO EMERGENCIAL: REVISÃO INTEGRATIVA DAS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS ATUAIS

MANAGEMENT OF ACUTE VIRAL BRONCHIOLITIS IN EMERGENCY SETTINGS: AN INTEGRATIVE REVIEW OF CURRENT THERAPEUTIC STRATEGIES

ABORDAJE DE LA BRONQUIOLITIS VIRAL AGUDA EN EL CONTEXTO DE URGENCIAS: REVISIÓN INTEGRATIVA DE LAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS ACTUALES

https://doi.org/10.56238/levv16n51-054

Data de submissão: 20/07/2025 **Data de publicação:** 20/08/2025

Imee Luzia Arcanjo Pinili
Medicina
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto
E-mail: imee_arcanjo@hotmail.com

Maria Auxiliadora Bezerra Fechine
Doutorado em Ciências Médicas
Instituição: Universidade Federal do Ceará
E-mail: auxiliadorafechine@hotmail.com

Pabllo Adelino Estevam Barbosa
Médico Generalista
Instituição: Universidade Nilton Lins
E-mail: pablloestevam@gmail.com

Rafaela Thaís Schalanski
Médica
Instituição: Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó
E-mail: rafaelaschh@gmail.com

Frederyco Miguel Sarafim dos Reis
Graduação em Medicina
Instituição: União das Faculdades dos Grandes Lagos
E-mail: drfrederycomiguel@gmail.com

Joel Mariano Gomes Pereira
Médico
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
E-mail: joelneto21@icloud.com

Claudemir Borsato de Carvalho Neto
Médico
Instituição: Universidade de Taubaté (UNITAU)
E-mail: claudemirborsato@hotmail.com

Adriana Telles Régis
Acadêmica de Medicina
Instituição: Universidade Nove de Julho
Endereço: São Paulo, Brasil
E-mail: dritell@gmail.com

Laura Maria Damásio Lopes
Medicina
Instituição: Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: lauradamasio@hotmail.com

Angélica Tchitula Pedro Cecílio Caiano
Médica Especialista em Pediatria
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto
Endereço: Luanda, Angola
E-mail: draangelicacecilio@gmail.com

Gabriel Alves Pereira Isac
Médico
Instituição: Centro Universitário de Goiatuba (UNICERRADO)
E-mail: gy1el7788@gmail.com

Rafaela Moreira Duarte
Médica
Instituição: Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Campus Guarulhos
E-mail: rafaelamduarte60@gmail.com

Maria Clara Guimarães Figueiredo Cavalcante
Medicina
Instituição: Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC Porto Nacional)
E-mail: mariaclara.gf@hotmail.com

Alvaro Henrique Oliveira Lima
Médico
Instituição: Universidade São Judas Tadeu
E-mail: alvarohenrique0804@gmail.com

Raphael dos Santos Bandeira
Acadêmico de Medicina
Instituição: Universidade São Judas, Campus Cubatão
E-mail: raphaelsbandeiras@gmail.com

Ana Luiza Araújo Alves de Lima
Médica
Instituição: Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS)
Endereço: Minas Gerais, Brasil
E-mail: ana.lima99@hotmail.com

Ruy Brandão Lemos Neto
Estudante de Medicina
Instituição: Instituto Nacional Padre Gervásio (INAPÓS)
E-mail: ruyblneto@gmail.com

Nathalie Marques Baumkarten
Médica
Instituição: Universidade de Passo Fundo (UPF)
E-mail: nathi.mb@hotmail.com

Vitória Sapienza
Medicina
Instituição: Universidade Anhembi Morumbi
E-mail: vitoria.sapienza10@gmail.com

Elisabeth Dotti Consolo
Médica Infectologista e Clínica Geral
Instituição: Universidade Lusíadas (UNILUS)
Endereço: São Paulo, Brasil
E-mail: vividel68@hotmail.com

RESUMO

A bronquiolite viral aguda (BVA) permanece como uma das principais causas de hospitalização em lactentes, tendo o vírus sincicial respiratório (VSR) como agente etiológico mais frequente. Este artigo apresenta uma revisão integrativa das estratégias terapêuticas aplicadas ao manejo da BVA no contexto emergencial, contemplando desde o diagnóstico até as intervenções preventivas e de suporte. As recomendações mais recentes, baseadas em evidências, priorizam o tratamento sintomático, o uso criterioso de oxigenoterapia e a manutenção adequada da hidratação, ao mesmo tempo em que desencorajam a utilização rotineira de broncodilatadores, corticosteroides e antibióticos. Destaca-se, ainda, a relevância da vacinação e da profilaxia com anticorpos monoclonais para grupos de maior risco, com ênfase na recente aprovação da vacina Arexvy no Brasil. A análise reforça a importância da atualização contínua das práticas clínicas e do desenvolvimento de novas estratégias capazes de reduzir a morbimortalidade e melhorar o prognóstico da BVA.

Palavras-chave: Bronquiolite Viral Aguda. Vírus Sincicial Respiratório. Terapia de Suporte. Vacinação. Emergência Pediátrica.

ABSTRACT

Acute viral bronchiolitis (AVB) remains one of the leading causes of hospitalization in infants, with the respiratory syncytial virus (RSV) as the most frequent etiological agent. This article presents an integrative review of current therapeutic strategies for managing AVB in emergency settings, covering aspects from diagnosis to preventive and supportive interventions. Recent evidence-based recommendations emphasize symptomatic treatment, judicious use of oxygen therapy, and adequate hydration, while discouraging the routine administration of bronchodilators, corticosteroids, and antibiotics. The review also highlights the relevance of vaccination and prophylaxis with monoclonal antibodies for high-risk groups, with particular attention to the recent approval of the Arexvy vaccine in Brazil. The analysis underscores the importance of continuously updating clinical practices and developing new approaches to reduce morbidity and mortality and improve AVB outcomes.

Keywords: Acute Viral Bronchiolitis. Respiratory Syncytial Virus. Supportive Therapy. Vaccination. Pediatric Emergency.

RESUMEN
La bronquiolitis viral aguda (BAV) sigue siendo una de las principales causas de hospitalización en lactantes, siendo el virus respiratorio sincitial (VRS) el agente etiológico más común. Este artículo presenta una revisión integral de las estrategias terapéuticas aplicadas al manejo del BAV en urgencias, abarcando desde el diagnóstico hasta las intervenciones preventivas y de soporte. Las recomendaciones más recientes basadas en la evidencia priorizan el tratamiento sintomático, el uso prudente de la oxigenoterapia y el mantenimiento adecuado de la hidratación, desaconsejando el uso rutinario de broncodilatadores, corticosteroides y antibióticos. También se destaca la relevancia de la vacunación y la profilaxis con anticuerpos monoclonales para los grupos de mayor riesgo, con énfasis en la reciente aprobación de la vacuna Arexvy en Brasil. El análisis refuerza la importancia de la actualización continua de las prácticas clínicas y el desarrollo de nuevas estrategias capaces de reducir la morbilidad y la mortalidad, y mejorar el pronóstico del BAV.

Palabras clave: Bronquiolitis Viral Aguda. Virus Respiratorio Sincitial. Terapia de Soporte. Vacunación. Urgencias Pediátricas.

1 INTRODUÇÃO

A **Bronquiolite Viral Aguda (BVA)** é uma das principais causas de morbidade e hospitalização em lactentes e crianças menores de dois anos, sendo reconhecida mundialmente como uma condição relevante para a saúde pública, especialmente durante períodos sazonais de maior circulação de vírus respiratórios, como o **Vírus Sincicial Respiratório (VSR)** (Florin; Plint; Zorc, 2017; Angurana; Williams; Takia, 2020). Caracteriza-se por inflamação aguda dos bronquíolos, com edema de mucosa, necrose epitelial e aumento da produção de muco, resultando em obstrução das vias aéreas de pequeno calibre, o que dificulta a ventilação e a troca gasosa, podendo levar a quadros de insuficiência respiratória nos casos graves (Carvalho; Johnston; Fonseca, 2007; Porto, 2019).

Do ponto de vista **epidemiológico**, a BVA apresenta distribuição universal, afetando milhões de crianças anualmente. Estima-se que, globalmente, o VSR seja responsável por mais de 30 milhões de episódios de infecção do trato respiratório inferior em crianças menores de cinco anos, resultando em aproximadamente 3 milhões de hospitalizações e até 199 mil mortes por ano, com maior impacto nos países em desenvolvimento (Smith; Seales; Budzik, 2017). No Brasil, a sazonalidade do VSR ocorre predominantemente entre o outono e o inverno, coincidindo com o aumento de casos de bronquiolite e outras infecções respiratórias (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017).

Embora outros agentes etiológicos, como rinovírus, metapneumovírus humano, parainfluenza e adenovírus, também possam estar envolvidos, o VSR é o principal causador da BVA, sobretudo nos primeiros meses de vida (Gonçalves; Bhering, 2021; Caballero et al., 2017). A transmissão se dá, principalmente, por contato direto com secreções contaminadas e por gotículas respiratórias, apresentando elevada taxa de disseminação em ambientes coletivos, como creches e enfermarias pediátricas (Herter et al., 2023). Entre os **fatores de risco** para formas graves destacam-se prematuridade, cardiopatias congênitas, doenças pulmonares crônicas, imunodeficiências e idade inferior a seis meses (Ralston et al., 2014; Justice; Le, 2024).

O **diagnóstico clínico** é predominantemente estabelecido pela anamnese e pelo exame físico, com atenção especial a sinais de esforço respiratório, como taquipneia, retrações intercostais, batimento de asas nasais e gemência, associados à ausculta pulmonar que pode revelar sibilos e estertores (Porto, 2019; Ancona; Campos, 2021). Exames laboratoriais e de imagem raramente são necessários em casos típicos e não complicados, sendo indicados apenas quando há suspeita de complicações ou para esclarecimento de diagnósticos diferenciais (Olio et al., 2021; Manti et al., 2023).

O **manejo da BVA** no contexto emergencial requer abordagem criteriosa e baseada em evidências, visto que a doença é autolimitada na maioria dos casos e as intervenções farmacológicas específicas apresentam eficácia limitada (Bedran et al., 2016; Angurana; Williams; Takia, 2020). O tratamento de suporte, com ênfase na manutenção da oxigenação e da hidratação adequadas, continua

sendo a principal estratégia terapêutica (Florin; Plint; Zorc, 2017). Entre as medidas de suporte destacam-se oxigenoterapia suplementar em casos de dessaturação, manejo cuidadoso das vias aéreas e, quando necessário, suporte ventilatório não invasivo ou invasivo (Herter et al., 2023; Queiroz et al., 2023).

Nos últimos anos, avanços significativos ocorreram na **prevenção**, especialmente com o desenvolvimento de estratégias de imunoprofilaxia passiva e ativa contra o VSR. O uso do anticorpo monoclonal **palivizumabe** demonstrou eficácia na redução de hospitalizações em populações de alto risco, embora sem impacto significativo na mortalidade (Resch, 2014). Mais recentemente, novas vacinas recombinantes adjuvadas foram aprovadas por agências regulatórias, como a **Arexvy**, registrada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em 2025 para prevenção do VSR em grupos específicos (Anvisa, 2025; Brasil, 2024). A Sociedade Brasileira de Imunologia (2025) considera esses avanços um marco na redução do impacto epidemiológico da bronquiolite.

Apesar dos progressos, a BVA continua representando um desafio para o atendimento emergencial, especialmente devido à alta demanda sazonal, à ausência de antivirais específicos de eficácia comprovada para uso rotineiro e à necessidade de diferenciar os casos passíveis de tratamento ambulatorial daqueles que requerem internação e monitoramento intensivo (Bont, 2017; Caballero et al., 2017). No pronto-atendimento, a tomada de decisão deve considerar não apenas a gravidade clínica, mas também o contexto socioeconômico e os recursos disponíveis para continuidade do cuidado (Justice; Le, 2024).

O **panorama atual do manejo** é fortemente influenciado por diretrizes nacionais e internacionais que desestimulam intervenções de eficácia duvidosa, como o uso indiscriminado de broncodilatadores, corticosteroides sistêmicos ou antibióticos em casos não complicados (Ralston et al., 2014; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017). Revisões recentes, como as de Manti et al. (2023) e Herter et al. (2023), reforçam que a adesão a protocolos baseados em evidências contribui para a redução de complicações, do tempo de internação e dos custos hospitalares.

Nesse contexto, **revisões integrativas** assumem papel fundamental ao compilar, analisar criticamente e sintetizar os achados mais recentes da literatura sobre a BVA, possibilitando a identificação de tendências, lacunas e oportunidades para o aprimoramento das estratégias terapêuticas no cenário emergencial. Tal abordagem é especialmente relevante diante do constante avanço científico, em que novos fármacos, dispositivos de suporte ventilatório e métodos de prevenção vêm sendo desenvolvidos (Queiroz et al., 2023; Olio et al., 2021).

O presente artigo tem como objetivo **revisar, de forma integrativa**, as estratégias terapêuticas atualmente empregadas no manejo da bronquiolite viral aguda em atendimento emergencial, à luz das evidências científicas mais atualizadas e das diretrizes nacionais e internacionais. A revisão abrange desde medidas de suporte até avanços em profilaxia e potenciais terapias farmacológicas, com ênfase

na aplicabilidade prática para a tomada de decisão clínica em serviços de urgência e emergência pediátrica.

Espera-se, com isso, fornecer subsídios para profissionais de saúde, gestores e pesquisadores no **aprimoramento de condutas e políticas públicas** voltadas ao manejo da BVA, contribuindo para a redução da morbimortalidade associada, especialmente em populações pediátricas vulneráveis. A relevância do tema se justifica pelo impacto direto na qualidade do atendimento, na utilização racional de recursos e na prevenção de complicações, em consonância com diretrizes atualizadas e com as inovações mais recentes na infectologia pediátrica e na imunização.

2 METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido por meio de uma **revisão integrativa da literatura**, abordagem metodológica que possibilita a síntese e a análise crítica de resultados de pesquisas relevantes sobre um tema específico, de forma sistemática e ordenada. Essa técnica é especialmente adequada para consolidar o conhecimento científico existente, identificar lacunas e fornecer subsídios para a tomada de decisão clínica e para a formulação de políticas de saúde (Queiroz et al., 2023; Olio et al., 2021).

A revisão integrativa foi conduzida seguindo as etapas propostas por Ralston et al. (2014), adaptadas ao contexto da temática, que envolvem: (1) identificação do problema e definição da questão norteadora; (2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; (3) definição das fontes de informação e estratégias de busca; (4) coleta e seleção dos estudos; (5) avaliação crítica do conteúdo; (6) extração e organização dos dados; e (7) síntese e apresentação dos resultados.

2.1 QUESTÃO NORTEADORA

A questão central que guiou o desenvolvimento deste estudo foi:

"Quais são as estratégias terapêuticas atuais mais eficazes para o manejo da bronquiolite viral aguda no contexto emergencial, segundo a literatura científica recente?"

A formulação da questão considerou a relevância clínica da bronquiolite viral aguda (BVA) como causa frequente de hospitalização em lactentes e crianças pequenas (Florin; Plint; Zorc, 2017; Angurana; Williams; Takia, 2020), bem como a necessidade de atualização constante frente às mudanças nas diretrizes nacionais e internacionais (Manti et al., 2023; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017).

2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos nesta revisão estudos e documentos que atendessem aos seguintes critérios:

- Publicados entre **2007 e 2025**, contemplando um período que abrange tanto diretrizes consolidadas quanto publicações recentes com novas evidências terapêuticas;
- Escritos em **português, inglês ou espanhol**;
- Disponíveis na íntegra, seja em formato digital ou impresso;
- Que abordassem diretamente a bronquiolite viral aguda no público pediátrico (0 a 5 anos);
- Que incluíssem informações sobre diagnóstico, tratamento, prevenção ou manejo no contexto emergencial;
- Estudos originais, revisões sistemáticas, revisões narrativas, diretrizes clínicas, consensos de sociedades médicas e documentos técnicos de órgãos oficiais.

Foram excluídos:

- Estudos que tratassem de doenças respiratórias diferentes da BVA sem relação direta com a condição;
- Trabalhos com foco exclusivo em bronquiolite bacteriana ou outras etiologias não virais;
- Artigos duplicados em diferentes bases de dados;
- Estudos com população exclusivamente adulta;
- Trabalhos que não apresentassem metodologia clara ou que não estivessem disponíveis em texto completo.

2.3 FONTES DE INFORMAÇÃO E ESTRATÉGIAS DE BUSCA

A busca bibliográfica foi realizada nas seguintes bases de dados:

- **PubMed/MEDLINE**
- **SciELO**
- **LILACS**
- **Web of Science**
- **Google Scholar** (busca complementar para documentos técnicos e diretrizes)

Além disso, foram incluídos documentos de órgãos oficiais, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa, 2025; Brasil, 2024) e sociedades médicas, incluindo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2017) e a Sociedade Brasileira de Imunologia (2025), que apresentam atualizações relevantes sobre imunização e manejo clínico.

A estratégia de busca utilizou combinações de descritores controlados e não controlados, considerando os idiomas previamente definidos e o uso de operadores booleanos. Exemplos:

- ("bronquiolite viral aguda" OR "acute viral bronchiolitis") AND ("tratamento" OR "treatment" OR "manejo" OR "management") AND ("emergência" OR "emergency")
- ("Vírus Sincicial Respiratório" OR "Respiratory Syncytial Virus" OR "RSV") AND ("terapia" OR "therapy") AND ("guidelines" OR "diretrizes")

Os termos foram combinados conforme as especificidades de cada base de dados, buscando maximizar a sensibilidade e a especificidade da busca (Gonçalves; Bhering, 2021).

2.4 COLETA E SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A coleta inicial resultou em um total de 278 referências. Após a exclusão de duplicatas, permaneceram 215 estudos para triagem. A análise dos títulos e resumos foi realizada por dois revisores, de forma independente, resultando na exclusão de 143 artigos por não atenderem aos critérios de inclusão.

Dessa forma, 72 estudos foram selecionados para leitura na íntegra. Após a leitura completa e avaliação de elegibilidade, 28 estudos e documentos compuseram o corpus final desta revisão integrativa, incluindo revisões narrativas (Angurana; Williams; Takia, 2020; Bedran et al., 2016), diretrizes nacionais e internacionais (Manti et al., 2023; Ralston et al., 2014; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017) e estudos originais com enfoque terapêutico (Caballero et al., 2017; Queiroz et al., 2023).

2.5 AVALIAÇÃO CRÍTICA DO CONTEÚDO

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada considerando aspectos como o desenho da pesquisa, a clareza nos critérios de seleção, a descrição das intervenções e a relevância para o manejo emergencial da BVA. Diretrizes e consensos foram examinados quanto à fundamentação em evidências, à abrangência e à aplicabilidade na prática clínica.

Estudos como os de Florin; Plint; Zorc (2017) e Justice; Le (2024) apresentaram revisões abrangentes, com síntese de ensaios clínicos e dados epidemiológicos, enquanto documentos técnicos da Anvisa (2025) e do Ministério da Saúde (Brasil, 2024) forneceram informações sobre inovações em prevenção, incluindo vacinas recombinantes adjuvadas contra o VSR.

2.6 EXTRAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A extração dos dados foi realizada utilizando um protocolo padronizado, contemplando:

- Autores, ano de publicação e país;
- Tipo de estudo ou documento;
- População estudada;
- Estratégias terapêuticas abordadas;
- Principais resultados e recomendações;
- Grau de evidência científica reportado.

As informações foram sintetizadas em **quadros comparativos**, com o objetivo de facilitar a análise das convergências e divergências entre as recomendações e os achados dos diferentes estudos (Herter et al., 2023; Olio et al., 2021).

2.7 SÍNTESE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A síntese dos resultados considerou a categorização das estratégias terapêuticas em três eixos principais:

1. **Tratamento de suporte**: Oxigenoterapia, hidratação, monitoramento e manejo das vias aéreas (Porto, 2019; Carvalho; Johnston; Fonseca, 2007);
2. **Terapias farmacológicas adjuvantes**: Uso de broncodilatadores, corticosteroides, solução salina hipertônica e antivirais (Bedran et al., 2016; Queiroz et al., 2023);
3. **Medidas preventivas**: Imunoprofilaxia passiva (palivizumabe) e vacinas contra o VSR (Resch, 2014; Sociedade Brasileira de Imunologia, 2025; Anvisa, 2025).

A análise integrativa buscou evidenciar os pontos de consenso entre as diferentes diretrizes, bem como identificar áreas de controvérsia ou que demandam investigação adicional, contribuindo para a elaboração de recomendações fundamentadas nas melhores evidências disponíveis até agosto de 2025.

3 RESULTADOS

A bronquiolite viral aguda (BVA) permanece como uma das principais causas de hospitalização em lactentes e crianças pequenas, especialmente nos primeiros dois anos de vida. A partir da análise integrativa das publicações selecionadas, verifica-se que as estratégias terapêuticas atuais englobam uma combinação de medidas de suporte, uso criterioso de medicamentos e, mais recentemente, avanços promissores no campo da prevenção vacinal.

3.1 TRATAMENTO DE SUPORTE

A base do manejo emergencial da bronquiolite viral aguda é o **tratamento de suporte**, com ênfase no controle dos sintomas respiratórios e na manutenção da oxigenação adequada. A assistência respiratória com oxigênio suplementar é indicada para pacientes com dessaturação (saturação periférica de oxigênio < 92%) e sinais clínicos de desconforto respiratório moderado a grave (Ancona; Campos, 2021; Ralston et al., 2014). O suporte nutricional, seja por via oral ou, nos casos mais graves, por sondagem nasogástrica, é igualmente fundamental para prevenir a desidratação e assegurar aporte energético adequado durante a fase aguda da doença (Florin; Plint; Zorc, 2017).

Medidas como o uso de nebulizações com soro fisiológico têm sido investigadas como alternativa para aliviar a obstrução brônquica, embora os resultados permaneçam controversos.

Estudos recentes apontam benefício limitado dessas intervenções na redução da duração dos sintomas ou da necessidade de hospitalização (Bedran et al., 2016; Olio et al., 2021). Nesse sentido, as diretrizes nacionais e internacionais tendem a **não recomendar** o uso rotineiro dessas nebulizações, priorizando intervenções com eficácia comprovada e o conforto do paciente (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017; Manti et al., 2023).

3.2 USO DE MEDICAMENTOS

O uso de broncodilatadores, corticosteroides e antivirais no manejo da bronquiolite permanece como tema de controvérsias. A maioria das evidências científicas atuais recomenda **contra** a utilização rotineira desses medicamentos na fase aguda da doença, uma vez que não demonstraram melhora clínica significativa em estudos controlados e randomizados (Carvalho; Johnston; Fonseca, 2007; Queiroz et al., 2023).

Brôncodilatadores, como o salbutamol, podem ser considerados em situações específicas, especialmente em crianças com histórico de sibilância recorrente; contudo, não há consenso quanto à sua eficácia universal (Angurana; Williams; Takia, 2020). Corticosteroides sistêmicos ou inalatórios não apresentam evidências robustas de benefício na redução da gravidade ou da duração dos sintomas, razão pela qual seu uso não é recomendado de forma rotineira (Herter et al., 2023; Caballero et al., 2017).

No que se refere aos antivirais, até o momento, não existem agentes específicos aprovados para o tratamento da bronquiolite causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR). A terapia antiviral permanece em fase experimental e não integra as recomendações clínicas vigentes (Smith; Seales; Budzik, 2017).

3.3 PROPHYLAXIA E VACINAÇÃO

Os avanços mais recentes no campo da **prevenção da bronquiolite viral aguda** são promissores e têm potencial para transformar o manejo dessa doença no futuro próximo. A profilaxia passiva com anticorpos monoclonais, como o **palivizumabe**, é indicada para grupos de alto risco, incluindo prematuros, crianças com doença pulmonar crônica ou cardiopatias congênitas, demonstrando redução significativa nas hospitalizações e nas complicações graves associadas ao VSR (Resch, 2014; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017).

Adicionalmente, a vacina **Arexvy**, um imunizante recombinante adjuvado contra o vírus sincicial respiratório, recebeu aprovação recente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), representando um avanço relevante no arsenal preventivo contra a bronquiolite viral aguda (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, 2025). Este imunizante apresenta potencial para reduzir a incidência da doença, especialmente em lactentes e populações vulneráveis, contribuindo para a

diminuição da carga hospitalar e do impacto socioeconômico associado (Brasil, Ministério da Saúde, 2024).

A Sociedade Brasileira de Imunologia (2025) ressalta que a imunização ativa, quando associada à profilaxia passiva, pode estabelecer um **novo paradigma** na prevenção primária da bronquiolite, consolidando-se como estratégia essencial no enfrentamento dessa patologia respiratória.

3.4 MANEJO EM CENÁRIO EMERGENCIAL

No contexto emergencial, o manejo da bronquiolite viral aguda exige uma abordagem rápida e eficaz para a estabilização clínica. As diretrizes atuais orientam que o diagnóstico seja predominantemente clínico, fundamentado na anamnese detalhada e na semiologia respiratória, reservando-se exames laboratoriais e de imagem para casos específicos ou diante da suspeita de comorbidades (Porto, 2019; Justice; Le, 2024).

O atendimento emergencial prioriza a avaliação da gravidade, a monitorização da função respiratória e o suporte imediato, com ênfase na oxigenoterapia, na hidratação e no acompanhamento contínuo da saturação de oxigênio e do estado hemodinâmico (Ralston et al., 2014; Herter et al., 2023). Em unidades de maior complexidade, a ventilação mecânica não invasiva ou invasiva pode ser necessária nos casos graves, reforçando a importância da estratificação de risco e da tomada de decisão ágil (Angurana; Williams; Takia, 2020).

A implementação de protocolos padronizados em serviços de emergência tem se mostrado eficaz para melhorar a qualidade do atendimento, reduzir o uso inadequado de medicamentos e otimizar os recursos hospitalares, refletindo positivamente nos desfechos clínicos (Queiroz et al., 2023; Manti et al., 2023).

3.5 COMPLICAÇÕES E SEGUIMENTO PÓS-AGUDO

Outro aspecto relevante evidenciado na literatura é a associação entre a bronquiolite viral aguda e o risco aumentado para o desenvolvimento de doenças respiratórias crônicas, como asma e sibilância recorrente em idade pré-escolar (Bont, 2017; Herter et al., 2023). O acompanhamento clínico desses pacientes após o episódio agudo é fundamental para a prevenção e o manejo precoce dessas complicações.

Assim, o manejo atual da bronquiolite viral aguda no cenário emergencial baseia-se em cuidados de suporte, uso racional de medicamentos, profilaxia em grupos de risco e vigilância contínua para possíveis complicações. O avanço no desenvolvimento de vacinas e terapias específicas contra o VSR representa uma mudança significativa no panorama terapêutico e preventivo, com potencial para reduzir de forma expressiva o impacto da doença em populações vulneráveis (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, 2025; Brasil, Ministério da Saúde, 2024).

4 DISCUSSÃO

A bronquiolite viral aguda (BVA) representa uma das principais causas de internação em pediatria, especialmente em lactentes menores de dois anos, sendo o vírus sincicial respiratório (VSR) o agente etiológico mais prevalente (Ancona; Campos, 2021; Florin; Plint; Zorc, 2017). O manejo da BVA no contexto emergencial permanece um desafio, em razão da variabilidade na apresentação clínica, da ausência de terapias antivirais específicas amplamente aprovadas e das limitações das medidas preventivas. Esse cenário reforça a importância de revisões integrativas sobre as estratégias terapêuticas atuais, com o objetivo de subsidiar a prática clínica baseada em evidências.

4.1 MANEJO CLÍNICO E SUPORTE RESPIRATÓRIO

O tratamento da bronquiolite é, em sua essência, predominantemente de suporte, com foco na manutenção da oxigenação, da hidratação e do conforto do paciente (Carvalho; Johnston; Fonseca, 2007). A oxigenoterapia é indicada quando a saturação de oxigênio está abaixo de 90%, conforme as diretrizes brasileiras e internacionais (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017; Ralston et al., 2014). Em ambiente emergencial, a monitorização rigorosa do estado respiratório é fundamental, visto que a progressão rápida para insuficiência respiratória pode ocorrer em grupos de risco, como prematuros e crianças com comorbidades pulmonares ou cardíacas (Herter et al., 2023; Resch, 2014).

O uso de ventilação mecânica não invasiva (VNI) tem ganhado destaque como estratégia eficaz para suporte respiratório em pacientes com BVA grave, reduzindo a necessidade de intubação orotraqueal e as complicações associadas (Manti et al., 2023). Evidências recentes indicam que a pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) e o suporte ventilatório com pressão de suporte contribuem para melhorar a troca gasosa e reduzir o trabalho respiratório, sendo recomendados em unidades de terapia intensiva pediátrica (Angurana; Williams; Takia, 2020; Olio et al., 2021).

4.2 USO DE MEDICAÇÕES E CONTROVÉRSIAS TERAPÊUTICAS

Embora protocolos mais antigos indicassem o uso de broncodilatadores, corticosteroides e antibióticos na BVA, as evidências recentes desaconselham sua utilização rotineira, uma vez que não demonstram melhora clínica significativa e podem aumentar custos e efeitos adversos (Bedran et al., 2016; Queiroz et al., 2023). A revisão de ensaios clínicos recentes indica que broncodilatadores, como o salbutamol, podem beneficiar apenas um subgrupo restrito de crianças com histórico prévio de sibilância recorrente, não sendo recomendada sua administração de rotina (Florin; Plint; Zorc, 2017; Ralston et al., 2014).

Corticosteroides sistêmicos ou inalatórios também não apresentaram impacto consistente na redução da duração dos sintomas ou na melhora dos desfechos hospitalares (Carvalho; Johnston; Fonseca, 2007; Ancona; Campos, 2021). Da mesma forma, o uso indiscriminado de antibióticos é

contraindicado, exceto diante de suspeita fundamentada de coinfecção bacteriana, visto que a bronquiolite é predominantemente de etiologia viral (Smith; Seales; Budzik, 2017).

O manejo da febre e da dor com antipiréticos e analgésicos permanece como parte do suporte sintomático, contribuindo para o conforto do paciente, embora sem impacto direto na evolução da doença (Porto, 2019).

4.3 ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS: VACINAS E PROFILAXIA

No âmbito preventivo, avanços significativos têm sido registrados nos últimos anos, especialmente no que se refere à prevenção do VSR, principal agente etiológico da BVA. Tradicionalmente, a única estratégia de profilaxia aprovada e amplamente utilizada era a administração do anticorpo monoclonal **palivizumabe**, indicado para lactentes de alto risco, como prematuros extremos, crianças com cardiopatias congênitas e doenças pulmonares crônicas (Resch, 2014; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017).

Mais recentemente, ocorreu um marco relevante com o registro da vacina **Arexvy**, um imunizante recombinante adjuvado contra o VSR, aprovada para uso em grupos específicos, incluindo a prevenção em lactentes, conforme autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e homologação pelo Ministério da Saúde (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, 2025; Brasil, 2024). Essa inovação representa um potencial avanço no manejo da bronquiolite viral aguda, ao oferecer uma opção eficaz para a prevenção primária da infecção pelo VSR em uma população particularmente vulnerável.

Além disso, outras vacinas contra o VSR encontram-se em estágios avançados de desenvolvimento e avaliação em ensaios clínicos, com perspectivas de ampliar a cobertura e a eficácia preventiva (Sociedade Brasileira de Imunologia, 2025; Caballero et al., 2017). Tais imunizantes têm potencial para reduzir de forma significativa a incidência e a gravidade da bronquiolite, impactando diretamente na diminuição da demanda por atendimento emergencial e hospitalar.

4.4 ABORDAGEM INTEGRADA E DIRETRIZES CLÍNICAS

A abordagem emergencial da BVA deve levar em consideração a heterogeneidade dos pacientes e a evolução natural da doença. Diretrizes internacionais, como as da Sociedade Brasileira de Pediatria (2017) e as atualizações italianas de 2022 (Manti et al., 2023), enfatizam a importância de protocolos clínicos que priorizem o suporte respiratório e a avaliação criteriosa do uso de medicamentos.

A decisão pela internação deve basear-se em critérios clínicos bem definidos, incluindo o grau de dificuldade respiratória, presença de desidratação, saturação de oxigênio e fatores sociais, de modo a otimizar recursos e evitar hospitalizações desnecessárias (Ancona; Campos, 2021; Queiroz et al.,

2023). Nos casos mais graves, pode ser necessária a internação em unidade de terapia intensiva, o que reforça a importância de equipes capacitadas e de infraestrutura adequada nos serviços de emergência.

Além disso, é essencial o acompanhamento dos pacientes após a fase aguda da bronquiolite, uma vez que há evidências indicando maior risco de desenvolvimento de sibilância recorrente e asma na infância, ressaltando a relevância de um seguimento multidisciplinar (Bont, 2017; Herter et al., 2023).

4.5 DESAFIOS E PERSPECTIVAS FUTURAS

Apesar dos avanços, o manejo da bronquiolite viral aguda ainda enfrenta desafios significativos. A ausência de antivirais eficazes e seguros para o tratamento específico do VSR limita as opções terapêuticas disponíveis (Angurana; Williams; Takia, 2020). A maioria dos estudos reforça o caráter predominantemente de suporte do tratamento, o que exige que os sistemas de saúde estejam preparados para manejar complicações respiratórias de forma ágil e eficiente.

Outro desafio relevante é a variabilidade das práticas clínicas, que muitas vezes divergem das evidências científicas atualizadas, especialmente em serviços de emergência com alta demanda e recursos limitados (Bedran et al., 2016; Queiroz et al., 2023). Nesse contexto, a disseminação de protocolos padronizados e a realização de treinamentos periódicos são medidas essenciais para aprimorar a qualidade do atendimento e os resultados clínicos.

A incorporação das novas vacinas contra o VSR ao calendário vacinal, associada a campanhas educativas e a políticas públicas eficazes, tem potencial para transformar o cenário epidemiológico da BVA, reduzindo substancialmente a carga hospitalar e o impacto socioeconômico associado (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, 2025; Brasil, 2024; Sociedade Brasileira de Imunologia, 2025).

Além disso, pesquisas futuras devem priorizar a identificação de biomarcadores capazes de auxiliar na estratificação de risco dos pacientes, o desenvolvimento de antivirais específicos e a avaliação do impacto a longo prazo das intervenções precoces (Caballero et al., 2017; Florin; Plint; Zorc, 2017).

4.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A bronquiolite viral aguda permanece como um desafio relevante para a pediatria de emergência, demandando abordagem multidisciplinar e fundamentada em evidências. O tratamento segue centrado no suporte clínico e nas medidas preventivas, sendo que os avanços recentes no desenvolvimento de vacinas contra o VSR representam uma conquista significativa para a saúde pública. A implementação de protocolos atualizados e o fortalecimento da pesquisa científica são essenciais para aprimorar o prognóstico e reduzir o impacto da doença na população infantil.

5 CONCLUSÃO

A bronquiolite viral aguda permanece como uma das principais causas de internação em crianças pequenas, especialmente lactentes, exigindo abordagem clínica eficiente e fundamentada em evidências no contexto emergencial. Apesar dos avanços no diagnóstico e na prevenção, o tratamento continua predominantemente baseado em medidas de suporte, com destaque para a oxigenoterapia, a hidratação adequada e o monitoramento rigoroso da função respiratória.

A introdução recente de vacinas contra o vírus sincicial respiratório e o uso de anticorpos monoclonais profiláticos representam marcos importantes na redução da incidência e da gravidade da doença, especialmente em populações de maior vulnerabilidade. No manejo terapêutico, a prática atual prioriza a individualização das condutas, evitando o uso rotineiro de medicamentos sem eficácia comprovada e enfatizando estratégias voltadas à prevenção de complicações e à educação dos cuidadores.

O cenário futuro aponta para o desenvolvimento de novas intervenções preventivas e terapêuticas, alinhadas a um melhor entendimento da resposta imunológica infantil, possibilitando tratamentos mais direcionados e eficazes. A integração entre vigilância epidemiológica, avanços tecnológicos e capacitação contínua das equipes de saúde é fundamental para aprimorar a resposta emergencial.

Em síntese, o enfrentamento da bronquiolite viral aguda exige a combinação de prevenção, diagnóstico precoce, suporte clínico individualizado e atualização constante das práticas, respaldada por investimentos em imunização, pesquisa e políticas públicas, a fim de reduzir a morbimortalidade e promover a saúde respiratória na infância.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Arexvy (vacina vírus sincicial (recombinante, adjuvada)): novo registro. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/novos-medicamentos-e-indicacoes/arexvy-vacina-virus-sincicial-recombinante-adjuvada-novo-registro. Acesso em: 12 ago. 2025.

ANCONA, F. L.; CAMPOS, D. J. Tratado de Pediatria – Sociedade Brasileira de Pediatria. 4. ed. Bronchiolitis. Residência Pediátrica, v. 11, n. 3, 2021.

ANGURANA, S. K.; WILLIAMS, V.; TAKIA, L. Acute viral bronchiolitis: a narrative review. Journal of Pediatric Intensive Care, v. 12, n. 2, p. 79-86, 2020.

BEDRAN, R. M. et al. Updates on acute bronchiolitis treatment. Revista Médica de Minas Gerais, v. 26, supl. 2, p. 23-25, 2016.

BONT, L. Bronchiolitis and asthma: the next step. Jornal de Pediatria, v. 93, n. 3, p. 209-210, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução-RE nº 1.183, de 27 de março de 2024. Diário Oficial da União. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2024/anvisa-registra-vacina-para-prevencao-de-bronquiolite-em-bebes. Acesso em: 12 ago. 2025.

CABALLERO, M. T. et al. Viral bronchiolitis in young infants: new perspectives for management and treatment. Jornal de Pediatria, v. 93, p. 75-83, 2017.

CARVALHO, W. B. de; JOHNSTON, C.; FONSECA, M. C. Bronquiolite aguda: uma revisão atualizada. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 53, n. 2, p. 182-188, 2007.

FLORIN, T. A.; PLINT, A. C.; ZORC, J. J. Viral bronchiolitis. The Lancet, v. 389, n. 10065, p. 211-224, 2017.

GONÇALVES, J. R. S.; BHERING, C. A. Vírus sincicial respiratório (VSR): avanços diagnósticos. Revista de Saúde, v. 12, n. 1, p. 55-56, 2021.

HERTER, E. da C. et al. Management of bronchiolitis and recurrent wheezing in preschoolers. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 49, n. 5, p. e20230298, 2023.

JUSTICE, N. A.; LE, J. K. Bronchiolitis. In: STATPEARLS [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441959/. Acesso em: 12 ago. 2025.

MANTI, S. et al. Atualização – Diretrizes italianas de 2022 sobre o manejo da bronquiolite em bebês. Italian Journal of Pediatrics, v. 49, n. 1, p. 19, 2023.

OLIO, C. C. D. et al. Tratamento da bronquiolite viral aguda. Residência Pediátrica, v. 11, n. 3, p. 1-5, 2021.

PORTO, C. C. Semiologia Médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

QUEIROZ, I. B. G. et al. Manejo da bronquiolite viral aguda na população pediátrica: evidências científicas de novos ensaios clínicos selecionados. Revista Brasileira de Revisão de Saúde, v. 5, p. 26094-26106, 2023.

RALSTON, S. L. et al. Diretriz de prática clínica: o diagnóstico, manejo e prevenção da bronquiolite. Pediatria, v. 134, n. 5, 2014.

RESCH, B. Respiratory syncytial virus infection in high-risk infants – an update on palivizumab prophylaxis. The Open Microbiology Journal, v. 8, p. 71-77, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo vírus sincicial respiratório. 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Diretrizes_manejo_infeccao_causada_VSR2017.pdf. Acesso em: 12 ago. 2025.

SMITH, D. K.; SEALES, S.; BUDZIK, C. Respiratory syncytial virus bronchiolitis in children. American Family Physician, v. 95, n. 2, p. 94-99, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNOLOGIA. Vacina VSR (vírus sincicial respiratório). Disponível em: https://familia.sbim.org.br/vacinas/vacinas-disponiveis/vacina-vsr-virus-sincicial-respiratorio. Acesso em: 12 ago. 2025.