ISSN: 2675-7222

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E FATORES ASSOCIADOS À ADMISSÃO DE CRIANÇAS COM BRONQUIOLITE NA UTI PEDIÁTRICA DO SERTÃO PARAIBANO

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND FACTORS ASSOCIATED WITH THE ADMISSION OF CHILDREN WITH BRONCHIOLITIS TO A PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT IN THE HINTERLAND OF PARAÍBA

https://doi.org/10.63330/sasciencesv6n2-303

Submetido em: 02/11/2026 e Publicado em: 09/11/2026

SAS: e26532

Débora Cristina Santos Bezerra
Graduanda em Fisioterapia
Centro Universitário de Patos - UNIFIP
E-mail: fisiodeborabezerra@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/2220720233309607

Laysa Gabrielle Silva Medeiros
Mestrado em Saúde Coletiva
Universidade Católica de Santos - UNISANTOS - SP
E-mail: laysamedeiros@fiponline.edu.br
Lattes: http://lattes.cnpq.br/6189404913685879

Helder Ítalo Dantas Sousa
Especialista em Vigilância e Cuidado em Saúde no Enfrentamento da Covid-19 e de Outras Doenças Virais
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Lattes: http://lattes.cnpq.br/0167519998422571

Célio Diniz Machado Neto
Mestrado em Ciências da Saúde
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP
Lattes: http://lattes.cnpq.br/4014935688577616

Alice Cristina Dantas
Graduanda em Fisioterapia
Centro Universitário de Patos - UNIFIP
Lattes: http://lattes.cnpq.br/1332331733478747

Ana Beatriz Alves da Rocha
Graduanda em Fisioterapia
Centro Universitário de Patos - UNIFIP
Lattes: http://lattes.cnpq.br/7251055417052181

Jessica Ingride Alves Rodrigues
Graduanda em Fisioterapia
Centro Universitário de Patos - UNIFIP
E-mail: jessicarodrigues@fisio.fiponline.edu.br

Olga Regina de Oliveira Ferreira
Graduanda em Fisioterapia
Centro Universitário de Patos - UNIFIP
E-mail: olgaregina906@gmail.com

Resumo

Uma das principais causas de hospitalização em lactentes é a Bronquiolite Viral Aguda (BVA), podendo evoluir para quadros graves que exigem cuidados intensivos. Este estudo objetivou analisar o perfil clínico-epidemiológico e os fatores associados à admissão de crianças com BVA em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) no sertão paraibano. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e analítico, retrospectivo, realizado por revisão de prontuários de crianças admitidas na UTIP de um hospital pediátrico. Foram analisadas características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas, sazonalidade e suporte ventilatório. Os resultados demonstraram a predominância do sexo masculino (62,9%) e de lactentes menores de seis meses (87,1%). Na admissão, 40% dos pacientes apresentavam SpO_2 inferior a 90%, sendo frequentes a taquipneia, dispneia e uso da musculatura acessória. A tosse ocorreu em 78,6% dos casos, febre em 32,9% e apneia em 4,3%. A prematuridade ocorreu em 12,9% e a cardiopatia foi a única comorbidade identificada (1,4%). Quanto à procedência, 71,4% dos pacientes eram oriundos do sertão paraibano com concentração de internações entre fevereiro e julho. A ventilação não invasiva foi o suporte respiratório mais utilizado (72,9%), com tempo de permanência de um a quatro dias (75%). Conclui-se que prevaleceram lactentes do sexo masculino e menores de seis meses, com comprometimento respiratório e necessidade de suporte ventilatório. Os achados contribuem para caracterizar o perfil de admissão na unidade estudada e podem auxiliar no planejamento da assistência e na organização dos serviços de saúde às crianças com BVA na região.

Palavras-chave: Bronquiolite Viral Aguda; Perfil Clínico-Epidemiológico; Pediatria; Unidade de Terapia Intensiva; Vírus Sincicial Respiratório.

Abstract

Acute Viral Bronchiolitis (AVB) is a major cause of infant hospitalization and may progress to severe conditions requiring intensive care. This study aimed to analyze the clinical and epidemiological profile and factors associated with the admission of children with AVB to a Pediatric Intensive Care Unit (PICU) in the Sertão region of Paraíba, Brazil. This retrospective, observational, descriptive, and analytical study

reviewed medical records of children admitted to a pediatric hospital's PICU. Sociodemographic, clinical, and epidemiological characteristics, seasonality, and ventilatory support were assessed. Male patients (62.9%) and infants younger than six months (87.1%) predominated. At admission, 40% had SpO_2 below 90%, and tachypnea, dyspnea, and accessory muscle use were frequent. Cough occurred in 78.6% of cases, fever in 32.9%, and apnea in 4.3%. Prematurity was observed in 12.9%, while congenital heart disease was the only comorbidity (1.4%). Most patients (71.4%) came from the Sertão region, with admissions concentrated between February and July. Non-invasive ventilation was the most common respiratory support (72.9%), lasting one to four days in 75% of cases. The findings indicate a predominance of male infants younger than six months with respiratory impairment requiring ventilatory support. These results characterize admissions to the studied unit and may support care planning and healthcare service organization for children with AVB in the region.

Keywords: Acute Viral Bronchiolitis; Clinical-Epidemiological Profile; Intensive Care Unit; Pediatrics; Respiratory Syncytial Virus.

1 INTRODUÇÃO

Entre as infecções respiratórias que mais acometem a população pediátrica, destaca-se a Bronquiolite Viral Aguda (BVA), considerada a infecção do trato respiratório inferior mais frequente em lactentes e a principal causa de internações nessa faixa etária no Brasil. Fisiopatologicamente, caracterizada por intensa inflamação das pequenas vias aéreas, associada a edema de mucosa, hipersecreção de muco e descamação epitelial, levando à obstrução bronquiolar, aprisionamento de ar e comprometimento das trocas gasosas (De Andrade et al., 2024; Prado; Novais, 2025).

A BVA geralmente inicia com sintomas de vias aéreas superiores, como tosse e febre, podendo evoluir para acometimento das vias aéreas inferiores, com sibilância, hipóxia e aumento do esforço respiratório. A gravidade clínica é determinada pela presença de insuficiência respiratória, como hipoxemia persistente, esforço respiratório aumentado e risco de apneia, fatores importantes para indicação de suporte ventilatório e manejo intensivo (Giurisatto; Menezes, 2025; Borland et al., 2025).

Fatores como idade inferior a um ano, prematuridade, doenças crônicas e condições socioeconômicas aumentam o risco de evolução grave da BVA e devem ser considerados na avaliação inicial. O diagnóstico é predominantemente clínico, baseado em sinais de acometimento das vias aéreas superiores e inferiores, enquanto exames laboratoriais e de imagem são indicados apenas em casos graves ou de dúvida diagnóstica (Borland et al., 2025; Dallagiacoma et al., 2025).

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é o principal agente etiológico da BVA, associado a milhões de casos anuais de infecção respiratória em menores de cinco anos, com importante impacto nas

hospitalizações e mortalidade infantil. Além disso, pode causar complicações tardias, como sibilância recorrente e bronquiolite obliterante, aumentando a demanda por atendimentos e suporte intensivo no SUS (Organização Mundial da Saúde, 2025; Zar et al., 2025).

A distribuição da doença no Brasil é heterogênea, com o Sudeste concentrando o maior número de internações e custos hospitalares, enquanto Norte e Nordeste apresentam maiores taxas de letalidade, evidenciando desigualdades regionais (Quadros et al., 2024; Prado; Novais, 2025).

Esse cenário relaciona-se à sazonalidade do VSR, cuja circulação aumenta entre fevereiro e agosto, período associado ao crescimento das infecções respiratórias agudas e das hospitalizações, principalmente em lactentes, além de apresentar variações regionais na transmissão (Brasil, 2026).

Na Paraíba, a sazonalidade das infecções respiratórias pediátricas impacta diretamente a organização da rede assistencial, exigindo planejamento para os períodos de maior demanda. Nesses períodos, há necessidade de ampliar a capacidade de atendimento infantil devido ao aumento de casos e da pressão sobre leitos hospitalares, reforçando a importância de estratégias regionais adaptadas à dinâmica local de circulação viral (Paraíba, 2023).

Confirmado o diagnóstico, o manejo da BVA é essencialmente de suporte, uma vez que não há tratamento farmacológico específico com eficácia comprovada. As medidas terapêuticas incluem a manutenção da hidratação, controle da febre, higiene das vias aéreas superiores e, nos casos moderados a graves, suplementação de oxigênio, sendo a hospitalização indicada quando há sinais de insuficiência respiratória ou hipoxemia persistente (Brasil, 2025).

No manejo da BVA, destaca-se a atuação fisioterapêutica por meio de medidas de suporte, como técnicas de higiene brônquica, otimização da ventilação pulmonar e suporte ventilatório não invasivo em casos moderados a graves. Essas intervenções visam melhorar a mecânica respiratória, reduzir o esforço ventilatório e favorecer a oxigenação, contribuindo para a evolução clínica dos lactentes hospitalizados (Lins et al., 2025; Lopes et al., 2025; Rocha et al., 2024).

Considerando a escassez de estudos sobre esse público, emerge a seguinte questão de pesquisa: qual é o perfil clínico-epidemiológico e quais são os fatores associados à admissão de crianças com bronquiolite na UTIP do sertão paraibano? Diante disso, este estudo tem como objetivo analisar essas características em pacientes admitidos na UTIP. Para isso, os objetivos específicos do presente estudo foram: descrever o perfil sociodemográfico e epidemiológico das crianças internadas com BVA; identificar os principais fatores de risco associados à necessidade de internação na UTIP por BVA; caracterizar os sinais e sintomas clínicos apresentados na admissão hospitalar (SpO_2, frequência respiratória, uso de musculatura acessória, febre); avaliar a distribuição anual por bronquiolite segundo a sazonalidade; analisar o tipo de suporte necessário como oxigenoterapia, ventilação não invasiva, ventilação mecânica.

2 METODOLOGIA

O referido estudo caracterizou-se como sendo observacional, descritivo e analítico retrospectivo, elaborado a partir de dados clínicos de crianças internadas com BVA em UTIP, obtidos por meio de revisão de prontuários. O estudo foi realizado em um Hospital Pediátrico, localizado no sertão paraibano.

A população do estudo foi composta por lactentes internados na UTIP com quadro clínico e/ou laboratorial compatível com bronquiolite viral aguda, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2025.

Foram incluídos todos os prontuários elegíveis (amostragem consecutiva / censo retrospectivo) que atenderam aos critérios de inclusão. Foram considerados registros de lactentes de ambos os sexos, com idade entre 0 e 24 meses, admitidos na UTIP estudada com diagnóstico clínico de BVA confirmado, no período de janeiro a dezembro de 2025, cujos prontuários mostraram-se completos e disponíveis no sistema da instituição. Os prontuários que apresentaram informações insuficiente para análise, confirmação diagnóstica ou para variável(s)-chave e que foram admitidos por outras causas respiratórias foram excluídos e registrados no fluxograma de perdas/exclusões. Essa estratégia permite descrever o perfil real da coorte atendida na instituição durante o período estudado.

A coleta de dados foi realizada por meio de revisão retrospectiva dos prontuários eletrônicos dos lactentes internados na UTIP durante o período de janeiro a dezembro de 2025.

Foi utilizado um formulário padronizado de registro, contendo informações sociodemográficas: idade, sexo, procedência e peso ao nascer; dados clínico-epidemiológicos, como sinais e sintomas na admissão (saturação periférica de oxigênio, frequência respiratória, uso de musculatura acessória, febre), bem como comorbidades associadas. Além disso, foram coletadas informações sobre fatores de risco associados à gravidade, incluindo prematuridade, cardiopatias e imunodeficiência, e sobre o suporte terapêutico utilizado, como oxigenoterapia, ventilação não invasiva e ventilação mecânica.

Por fim, foram registrados dados temporais — mês e ano da internação — para análise da sazonalidade, além do tempo total de internação. Todos os dados foram tratados de forma sigilosa, armazenados em planilhas eletrônicas protegidas e revisados por pesquisadores previamente treinados para garantir consistência e confiabilidade.

Como análise opinativa, os dados da amostra foram analisados, tabulados e graficados utilizando o software SPSS Statistics versão 25.

Foram empregadas análises estatísticas descritivas e analíticas. As variáveis quantitativas foram apresentadas em forma de média e desvio padrão, enquanto as variáveis categóricas foram expressas em prevalências acompanhadas de seus respectivos intervalos de confiança. Os testes estatísticos utilizados para comparação de médias e proporções foram selecionados conforme a distribuição das variáveis de interesse. Os resultados obtidos foram organizados e apresentados em forma de tabela.

A realização deste estudo considerou a Resolução n° 510/16 e 580/2018, do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada e estabelece critérios de especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). Todos os prontuários foram codificados e os dados coletados armazenados em planilhas eletrônicas protegidas. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos, foi aprovado com parecer de n° 8.161.184, e a preservação da privacidade dos sujeitos foi assegurada por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 70 prontuários de crianças admitidas por Bronquiolite Viral Aguda (BVA) na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica durante o ano de 2025. Os dados revelaram prevalência de pacientes do sexo masculino (62,9%) e com menos de três meses de vida (64,3%). Quanto à procedência, 71,4% eram provenientes da região do sertão paraibano, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e epidemiológica (n = 70)

Variáveis Sociodemográficas e Epidemiológicas	n	%
Sexo		
Masculino	44	62,9%
Feminino	26	37,1%
Faixa etária		
0 a 3 meses	45	64,3%
4 a 6 meses	15	21,4
7 a 24 meses	10	14,3%
Procedência		
Agreste Paraibano	3	4,3%
Borborema	14	20,0%
Mata Paraibana	3	4,3%
Sertão Paraibano	50	71,4%

Fonte: Dados da pesquisa (2026)

A predominância do sexo masculino observada no presente estudo também foi identificada em pesquisas anteriores. Um estudo retrospectivo realizado por De Jacobis *et al*. (2020), com 203 crianças hospitalizadas por bronquiolite causada pelo VSR, observou a predominância masculina em 55% dos participantes. De forma semelhante, Pereira et al. (2023) em um estudo brasileiro de abrangência nacional, analisou 615.657 crianças menores de 12 meses diagnosticadas com BVA e identificou que 60% eram do sexo masculino, especialmente naqueles com idade inferior a 6 meses.

Para Uusitupa *et al.* (2026) essa predominância pode estar associada a particularidades biológicas que envolvem possíveis diferenças no calibre das vias aéreas, o que pode contribuir para uma maior repercussão da inflamação e acúmulo de secreções nos bronquíolos, bem como variações na resposta imunológica ao VRS que podem influenciar a suscetibilidade à infecção e sua evolução. Dessa forma, o predomínio masculino observado no presente estudo corrobora com os achados de estudos nacionais e internacionais.

Ainda com relação à faixa etária, verificou-se a predominância de lactentes com faixa etária de 0 a 3 meses na população estudada. Corroborando com esses dados, Baldassarre *et al.* (2023), em seu estudo realizado no sul da Itália, identificaram que, entre 349 crianças hospitalizadas por BVA, 80,2% tinham entre 0 a 3 meses.

Além disso, entre os pacientes que necessitaram de cuidados intensivos, 96,9% pertenciam a essa faixa etária, reforçando a maior vulnerabilidade dos lactentes mais jovens às formas mais graves da doença. Esse perfil também foi observado por Linssen *et al.* (2021), que analisaram 2.161 crianças com BVA por VSR admitidas em UTIPs na Holanda e verificaram que 78,5% apresentaram a mesma faixa etária de 0 a 3 meses, destacando também sua expressiva participação entre os casos que necessitam de cuidados intensivos. Para Asseri (2025) essa vulnerabilidade pode estar relacionada à imaturidade do sistema imunológico e ao menor calibre das vias aéreas.

Quanto à procedência, houve predominância de pacientes do sertão paraibano (71,4%). Esse achado deve ser interpretado considerando a localização do hospital estudado. Santana et al. (2026), ao analisarem as internações por bronquiolite na Paraíba entre 2016 e 2025, evidenciaram a ocorrência da doença em âmbito estadual. Dessa forma, o predomínio de pacientes procedentes do sertão observado nesta pesquisa deve ser compreendido no contexto da área de abrangência do hospital, e não como evidência de maior incidência da doença nessa região.

Em relação às características clínicas na admissão hospitalar, verificou-se saturação periférica de oxigênio (SpO_2) < 90% em 40% (n = 28) dos pacientes. A taquipnéia foi identificada em 50% da amostra, enquanto o uso de musculatura acessória esteve presente em 94,3% dos casos, evidenciando aumento do esforço respiratório. Entre as manifestações clínicas, observou-se maior frequência de tosse (78,6%) em comparação à febre (32,9%). A dispnéia esteve presente em 92,9% dos pacientes enquanto a apneia se fez presente em apenas 4,3% destes. As características clínicas encontram-se apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Características clínicas na admissão hospitalar das crianças com BVA (n = 70)

Variáveis clínicas	n	%
Saturação Periférica de Oxigênio na admissão		
≥ 95%	17	24,3%
90–94%	25	35,7%
< 90%	28	40%
Frequência respiratória elevada		
Sim	35	50%
Não	35	50%
Uso de musculatura acessória		
Sim	66	94,3%
Não	4	5,7%
Febre		
Sim	23	32,9%
Não	47	67,1%
Tosse		
Sim	55	78,6%
Não	15	21,4%
Dispneia		
Sim	65	92,9%
Não	5	7,1%
Apneia		
Sim	3	4,3%
Não	67	95,7%

Fonte: Dados da pesquisa (2026)

Quanto à saturação periférica de oxigênio, observou-se que 40% dos pacientes apresentaram valores inferiores a 90% na admissão na UTIP, compatível com hipoxemia em uma parcela considerável dos casos de BVA. Em um estudo prospectivo observacional realizado por Angurana *et al*. (2020), que incluiu 173 lactentes menores de 12 meses admitidos na UTIP, apresentaram mediana de SpO2 de 85% em ar ambiente, enquanto aqueles que não necessitaram de cuidados intensivos apresentaram mediana de 88%.

Em contrapartida, Stollar *et al.* (2020) em seu estudo, acompanharam lactentes com BVA e SpO_2 inicial igual ou superior a 90% e observaram episódios de dessaturação abaixo desse limiar em 69% dos participantes. Embora a dessaturação tenha sido frequente, não se associou a maior taxa de reinternação entre os lactentes que receberam alta. Esse resultado reforça a importância de interpretar a SpO_2 em conjunto com os sinais de esforço respiratório e a evolução clínica, evitando considerar um episódio isolado de dessaturação como indicador suficiente de pior prognóstico.

Quanto à frequência respiratória, 50% dos pacientes apresentaram taquipneia na admissão na UTIP. Esse achado é compatível com o estudo de Siddiqui *et al*. (2026), no qual a taquipnéia foi mais frequente

entre crianças com bronquiolite grave (86,4%) do que naquelas com doença não grave. Além disso, a análise multivariada identificou a taquipneia como fator de risco independente para maior gravidade.

De forma complementar, De Rose *et al.* (2023), ao avaliarem neonatos e lactentes menos de 3 meses com BVA, identificaram escores clínicos de gravidade significativamente mais elevados entre pacientes que necessitam de suporte respiratório. Como esses instrumentos incluíam a frequência respiratória associada a outros sinais clínicos, os resultados reforçam a importância da avaliação integrada do comprometimento respiratório nessa população.

Do ponto de vista fisiopatológico, Andreolio *et al.* (2021) apontam que a obstrução das pequenas vias aéreas, decorrente do processo inflamatório e do edema, eleva a resistência ao fluxo respiratório e o trabalho respiratório, favorecendo taquipneia, retenção de ar, redução da complacência pulmonar e hipoxemia.

A elevada frequência de dispneia (92,9%) e de uso da musculatura acessória (94,3%) observada neste estudo evidencia o importante esforço respiratório dos pacientes admitidos na UTIP. Esse achado é compatível com a maior demanda respiratória característica dos casos graves de bronquiolite. Dadlez *et al.* (2017), ao avaliarem 1.217 crianças com bronquiolite, identificaram retrações ou uso da musculatura acessória como fator independentemente associado à descompensação respiratória, enquanto Scheller *et al.* (2025), em estudo com 584 lactentes hospitalizados, observaram associação entre maior número de retrações e deterioração respiratória com necessidade de suporte respiratório.

Em relação à febre, observou-se sua presença em 32,9% dos pacientes, enquanto 67,1% não apresentaram esse sinal na admissão na UTIP. Esse resultado demonstra que a febre não esteve presente na maioria dos casos avaliados, embora seja descrita como uma manifestação possível da bronquiolite. Em estudo envolvendo 1.715 lactentes hospitalizados com bronquiolite, 51% apresentaram temperatura superior a 38 °C, evidenciando que a ocorrência de febre pode variar entre diferentes populações com a doença (García-García et al., 2023). Achados semelhantes aos da presente pesquisa foram descritos por Al Shibli *et al.* (2021), que identificaram febre em 34% de 362 lactentes hospitalizados, e por Milić *et al.* (2017), que observaram esse sinal de 30% de 560 pacientes. Dessa forma, os achados reforçam que a febre nem sempre pode estar presente em uma parcela expressiva das crianças hospitalizadas por BVA, não constituindo uma manifestação obrigatória para a apresentação clínica da doença.

A presença da tosse foi observada em 78,6% dos pacientes avaliados, configurando-se como uma manifestação clínica frequente da BVA. Esse achado foi semelhante ao observado por Ekoube *et al.* (2024), que identificaram tosse em 67,9% dos 215 pacientes avaliados. Além disso, a presença de tosse esteve associada à internação hospitalar prolongada, permanecendo como preditor independente após análise multivariada, indicando que esse achado pode estar relacionado à maior complexidade clínica da doença.

Além disso, uma revisão de evidências incluída nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (2026) reuniu seis estudos com 1.396 lactentes e estimou prevalência de tosse de 64%. Assim, os 78,6% observados na presente pesquisa reforçam a tosse como uma manifestação clínica frequente entre as crianças admitidas na UTIP por BVA.

A ocorrência de episódios de apneia correspondeu a 4,3% dos pacientes analisados. Esse achado apresenta frequência inferior porém próxima à descrita por Xu *et al.* (2024), que identificaram apneia em 8,6% de 613 crianças hospitalizadas com bronquiolite. De forma semelhante, Xu *et al.* (2022), ao avaliarem 1.372 crianças hospitalizadas com bronquiolite, identificaram a presença da apneia em 133 participantes, o que totalizou 9,69% da mostra. No referido estudo, a taquipnéia também foi identificada como fator independentemente associado à ocorrência de apneia, reforçando a relevância da avaliação clínica dos sinais de comprometimento respiratório nesses pacientes.

Quanto aos fatores de risco associados à gravidade da bronquiolite viral aguda, observou-se baixa frequência de prematuridade, presente em 12,9% da amostra. Em relação às comorbidades, identificou-se apenas a presença de cardiopatia, correspondendo a 1,4% dos pacientes avaliados. Em relação ao histórico de hospitalizações prévias, 24,3% das crianças apresentavam internações anteriores, enquanto 75,7% não possuíam esse antecedente, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Fatores de risco associados à gravidade da BVA (n = 70)

Variáveis	n	%
Prematuridade		
Sim	9	12,9%
Não	61	87,1%
Comorbidades associadas		
Sim	1	1,4%
Não	69	98,6%
Cardiopatia		
Sim	1	1,4%
Não	69	98,6%
Internações anteriores		
Sim	17	24,3%
Não	53	75,7%

Fonte: Dados da pesquisa (2026)

Em relação à prematuridade, nove pacientes (12,9%) nasceram prematuros, enquanto a maioria era nascida a termo. Embora a frequência observada tenha sido inferior à descrita na literatura, Van Hasselt et al. (2023), em revisão sistemática e metanálise com 18.331 crianças admitidas em UTIP por BVA ou infecção pelo VSR, identificaram prematuridade em 31% dos casos e observaram maior necessidade de

ventilação mecânica invasiva entre esse grupo. Assim, a menor frequência de prematuridade encontrada nesta amostra não exclui sua relevância como fator associado à maior gravidade da bronquiolite.

Quanto às comorbidades, apenas um paciente (1,4%) apresentou condição associada, sendo esta uma cardiopatia. Apesar da baixa frequência, Loveys et al. (2025), em revisão sistemática com 895.276 crianças, apontaram as comorbidades — incluindo a cardiopatia congênita — como fatores fortemente associados ao agravamento da bronquiolite e à necessidade de suporte intensivo. A baixa ocorrência de prematuridade e de comorbidades na amostra estudada pode estar relacionada ao tamanho amostral restrito ao contexto regional, o que limitou o estabelecimento de associações estatísticas significativas entre essas variáveis e a admissão na UTIP. Contudo, a literatura ratifica que tais condições mantêm elevada relevância clínica na condução dos casos graves.

Neste estudo, observou-se ainda que 24,3% das crianças admitidas na UTIP apresentavam histórico de internação anterior por BVA. Esse achado indica que uma parcela expressiva dos pacientes já havia necessitado de assistência hospitalar prévia, refletindo a recorrência de episódios respiratórios nos primeiros anos de vida. A ocorrência de internações prévias também pode ser considerada no contexto do perfil clínico das crianças que chegam à terapia intensiva, especialmente diante da possibilidade de novos episódios apresentarem maior gravidade.

Quanto à distribuição temporal das internações por bronquiolite viral aguda, todos os casos ocorreram no ano de 2025. Observou-se maior frequência de internações nos meses de fevereiro a julho, somando 75,6% dos casos registrados na coleta, com maior destaque para março e abril, ambos correspondendo a 14,3% dos casos avaliados, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição anual e sazonal das internações por BVA (n = 70)

Período	n	%
Ano da internação		
2025	70	100%
Sazonalidade		
Janeiro	5	7,1%
Fevereiro	9	12,9%
Março	10	14,3%
Abril	10	14,3%
Maio	9	12,9%
Junho	8	11,4%
Julho	9	12,9%
Agosto	5	7,1%
Setembro	1	1,4%
Outubro	0	0%
Novembro	1	1,4%
Dezembro	3	4,3%

Fonte: Dados da pesquisa (2026)

No que se refere à distribuição sazonal dos casos de BVA, observou-se no presente estudo, maior concentração de internações entre os meses de fevereiro e julho. Esse achado demonstra uma distribuição temporal dos casos ao longo do ano, com maior ocorrência durante o período correspondente ao outono e ao início do inverno. Esse padrão pode ser comparado aos dados apresentados por Pereira *et al*. (2023), que apontaram que, no Brasil, o pico sazonal por BVA em 2020 estaria concentrado entre fevereiro e julho, abrangendo parte do outono e do inverno.

Durante a internação, observou-se que 14,3% das crianças admitidas permaneceram em ar ambiente, enquanto 10% necessitaram de oxigenoterapia durante a internação. Entre os tipos de suporte ventilatório empregados, a ventilação não invasiva (VNI) foi a modalidade mais utilizada, correspondendo a 72,9% dos casos. Apenas dois pacientes (2,9%) necessitam de ventilação mecânica invasiva (VMI), conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5. Suporte terapêutico utilizado nas crianças internadas com BVA (n = 70)

Tipo de suporte	n	%
Tipo de ventilação		
Oxigenoterapia	7	10%
Ventilação não invasiva (VNI)	51	72,9%
Ventilação mecânica invasiva (VMI)	2	2,9%
Ar ambiente	10	14,3%

Fonte: Dados da pesquisa (2026)

A ventilação não invasiva foi utilizada em 72,9% dos pacientes avaliados durante a internação na UTIP, constituindo a principal modalidade de suporte respiratório observada na amostra. Esse achado é consistente com a ampla utilização da VNI no manejo de crianças com bronquiolite em unidades de terapia intensiva pediátrica. Em estudo multicêntrico envolvendo 33.816 atendimentos por bronquiolite em 27 UTIPs, a utilização da VNI apresentou aumento expressivo ao longo do período estudado, evidenciando sua incorporação frequente às estratégias de suporte respiratório nessa população (Pelletier, 2024).

Em relação ao tempo de utilização dos suportes ventilatórios, observou-se predominância de uso da ventilação não invasiva (VNI) que se destacou com o uso de 1 a 4 dias, correspondendo a 75% dos casos. Apenas dois pacientes necessitaram de ventilação mecânica invasiva (VMI), permanecendo em suporte por 5 e 18 dias, respectivamente, conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6. Tempo de suporte terapêutico utilizado nas crianças internadas com BVA (n = 60)

Tempo de suporte	n	%
Cateter nasal		
1 dia	6	10%
> 5 dias	2	3,3%
Ventilação não invasiva (VNI)		
1-4 dias	45	75%
> 5 dias	5	8,3%
Ventilação mecânica invasiva (VMI)		
5 dias	1	1,7%
18 dias	1	1,7%

Fonte: Dados da pesquisa (2026)

Quanto à duração do suporte ventilatório, observou-se que 45 crianças (75,0%) permaneceram em ventilação não invasiva (VNI) por um período de 1 a 4 dias, sendo essa a duração mais frequente entre os pacientes avaliados. Esse resultado pode ser comparado ao estudo de Bulten et al. (2026), que avaliou crianças menores de dois anos com bronquiolite submetidas à VNI em unidade de terapia intensiva pediátrica e encontrou duração média do suporte de 40 horas. Embora os períodos tenham sido categorizados de forma distinta, os achados indicam que a VNI foi utilizada predominantemente por períodos inferiores a alguns dias na população estudada.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que, na UTIP estudada, predominaram lactentes do sexo masculino e menores de seis meses, em sua maioria procedentes do Sertão Paraibano, com sinais de comprometimento respiratório na admissão, incluindo hipoxemia, taquipneia, dispneia e uso da musculatura acessória. A prematuridade e as

comorbidades foram pouco frequentes, não sendo possível estabelecer sua associação com a admissão na UTIP. Observou-se maior concentração das internações entre fevereiro e julho de 2025, e a ventilação não invasiva foi o principal suporte respiratório utilizado.

Dessa forma, os achados caracterizam o perfil dos pacientes atendidos e podem subsidiar o reconhecimento das demandas assistenciais, a organização do suporte ventilatório e o planejamento das ações de cuidado no contexto regional.

REFERÊNCIAS

AL SHIBLI, A. et al. Epidemiology of Bronchiolitis in Hospitalized Infants at Tawam Hospital, Al Ain, United Arab Emirates. The **Open Respiratory Medicine Journal**, v. 15, p. 7–13, 2021. DOI: https://doi.org/10.2174/1874306402115010007.

ANDREOLIO, C. et al. Airway resistance and respiratory compliance in children with acute viral bronchiolitis requiring mechanical ventilation support. **Indian Journal of Critical Care Medicine**, v. 25, p. 88-93, 2021. DOI: https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23594.

ANGURANA, S. et al. Clinico-virological profile, intensive care needs, and outcome of infants with acute viral bronchiolitis: a prospective observational study. **Indian Journal of Critical Care Medicine**, v. 25, p. 1301-1307, 2021. DOI: https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24016.

ASSERI, A. A. et al. Respiratory syncytial virus: a narrative review of recent updates and advances in epidemiology, pathogenesis, diagnosis, management, and prevention. **Journal of Clinical Medicine**, v. 14, 2025. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm14113880.

BALDASSARRE, M. et al. Hospitalization for bronchiolitis in children ≤1 year of age, Southern Italy, year 2021: need for new preventive strategies? **Italian Journal of Pediatrics**, v. 49, 2023. DOI: https://doi.org/10.1186/s13052-023-01455-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Bronquiolite**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/b/bronquiolite. Acesso em: 25 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 31/2026**: estratégia com nirsevimabe para prevenção do vírus sincicial respiratório (VSR)**.** Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/notas-tecnicas/2026/nota-tecnica-no-31-2026-cgici-dpni-svsa-ms. Acesso em: 25 abr. 2026.

BORLAN, M. L. et al. Australasian Bronchiolitis Guideline: 2025 Update. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 61, n. 8, p. 1197–1215, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jpc.70144. Acesso em: 25 abr. 2026.

BULTEN, R. et al. Noninvasive ventilation in pediatric bronchiolitis: variables related to weaning readiness and approach. **Canadian Respiratory Journal**, v. 2026, e2042835, 2026. DOI: https://doi.org/10.1155/CARJ/2042835.

DALEZ, N. M. et al. Risk factors for respiratory decompensation among healthy infants with bronchiolitis. **Hospital Pediatrics**, v. 7, n. 9, p. 530-535, 2017. DOI: https://doi.org/10.1542/hpeds.2017-0034.

DALLAGIACOMA, Giulia et al. Risk factors for severe outcomes of respiratory syncytial virus infection in children: a nationwide cohort study in Sweden. **The Lancet Regional Health – Europe**, v. 58, 101447, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2025.101447. Acesso em: 25 abr. 2026.

DALZIEL, S. R. et al. Bronchiolitis. **The Lancet**, v. 400, n. 10349, p. 392-406, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01016-9.

DE ANDRADE, N. G. A et al. Bronquiolite viral aguda: um panorama completo da definição, epidemiologia, fisiopatologia, sintomas, tratamento e desfecho. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 7, p. 2430-2442, 2024. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/2605. Acesso em: 01 out. 2025.

DE JACOBIS, I. T et al. Sex differences in blood pro-oxidant status and platelet activation in children admitted with respiratory syncytial virus bronchiolitis: a pilot study. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 46, art. 29, 2020. DOI: https://doi.org/10.1186/s13052-020-0792-x.

DE ROSE, D. U. et al. Comparison of three clinical scoring tools for bronchiolitis to predict the need for respiratory support and length of stay in neonates and infants up to three months of age. **Frontiers in Pediatrics**, v. 11, 2023. DOI: 10.3389/fped.2023.1040354. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fped.2023.1040354?utm_source=chatgpt.com.

EKOUBE, C. E. et al. Predictors of prolonged length of hospital stay and in-hospital mortality in patients aged 1-24 months with acute bronchiolitis in Douala, Cameroon. **BMC Pediatrics**, v. 24, n. 1, art. 150, 2024. DOI: https://doi.org/10.1186/s12887-024-04653-x.

LINS, G. W. et al. Fisioterapia na bronquiolite: levantamento de técnicas respiratórias. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 8, n. 19, 2025. Disponível em: https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/2572. Acesso em: 21 abr. 2026.

LINSSEN, R. S. et al. Burden of respiratory syncytial virus bronchiolitis on the Dutch pediatric intensive care units. **European Journal of Pediatrics**, v. 180, p. 3141–3149, 2021. DOI: https://doi.org/10.1007/s00431-021-04079-y. Disponível em: Acessar o artigo.

LOPES, C. B. et al. Avanços no tratamento da bronquiolite: do suporte ventilatório à terapia farmacológica. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 3, p. 1522–1531, 2025. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n3p1522-1531. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/5494. Acesso em: 21 abr. 2026.

LOVEYS, C. et al. Risk factors for severe bronchiolitis in Australian and Aotearoa New Zealand infants: a systematic review. **Journal of Paediatrics and Child Health**, 2025. DOI: https://doi.org/10.1111/jpc.70165.

MILIĆ, P. et al. Characteristics of Infants Hospitalized with Bronchiolitis at University Hospital of Split Between 2011 and 2015. **Paediatria Croatica**, v. 61, n. 2, p. 53–58, 2017. DOI: https://doi.org/10.13112/PC.2017.8.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Vírus sincicial respiratório (VSR). Genebra: **OMS**, 2025. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/respiratory-syncytial-virus-(rsv). Acesso em: 25 abr. 2026.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de ação estadual das doenças respiratórias em pediatria da Paraíba**. João Pessoa: SES-PB, 2023. Disponível em: https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/cib-2023/resolucao-cib-pb-no-115-plano-de-acao-estadual-das-doencas-respiratorias-em-pediatria-da-paraiba-2.pdf. Acesso em: 24 abr. 2026.

PELLETIER, J. H. et al. Respiratory support practices for bronchiolitis in the pediatric intensive care unit. **JAMA Network Open**, v. 7, n. 5, e2410746, 2024. DOI: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.10746.

PEREIRA, E. Q. et al. Análise espaço-temporal de hospitalizações por bronquiolite no Brasil: predição de regiões epidêmicas e períodos para imunização contra o vírus sincicial respiratório. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 41, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021304.

PRADO, S. I.; Novais, M. A. P. Bronquiolite viral aguda no Brasil: características de tempo de permanência e custos hospitalares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, p. e07402023, 2025. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2025.v30n4/e07402023/#. Acesso em: 19 out. 2025.

QUADROS, B. F. et al. Bronquiolite aguda: panorama descritivo das taxas de mortalidade em crianças com idade inferior a 1 ano. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 7, p. 1241–1251, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n7p1241-1251. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/2565. Acesso em: 26 abr. 2026.

ROCHA, D. M. C. et al. Efeitos da fisioterapia respiratória em crianças internadas com bronquiolite viral aguda. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 16, 2024. DOI: https://doi.org/10.3895/rbqv.v16n0.18389. Acesso em: 25 abr. 2026.

RODRÍGUEZ-FERNÁNDEZ, R. et al. Age and respiratory syncytial virus etiology in clinical outcomes of bronchiolitis. **Journal of Allergy and Clinical Immunology: Global**, v. 1, p. 91-98, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jacig.2022.05.005.

SANTANA, M. L. S. et al. Perfil epidemiológico de internações por bronquiolite aguda em pacientes menores de 5 anos na Paraíba entre 2016 e 2025: um estudo ecológico. **Revista Delos**, v. 19, n. 77, e8673, 2026. DOI: 10.55905/Rdelosv19.N77-073.

SANTOS, R. W. F. et al. Prevalence of respiratory viruses in children in Northeast Brazil: the scenario before the COVID-19 pandemic. **IJID Regions**, v. 14, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijregi.2024.100499.

SCHELLER, L. L. et al. Clinical features of patients with bronchiolitis prior to the initiation of noninvasive respiratory support. **Respiratory Care**, v. 70, n. 7, p. 838-846, 2025. DOI: https://doi.org/10.1089/respcare.11922.

SIDDIQUI, M. F. et al. Clinical predictors of severe bronchiolitis and adverse hospital outcomes in children under two years: a retrospective study. **Acta Medica International**, 2026. DOI: https://doi.org/10.21276/amit.2026.v13.i2.762.

STOLLAR, F. et al. Frequency, timing, risk factors, and outcomes of desaturation in infants with acute bronchiolitis and initially normal oxygen saturation. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 12, e2030905, 2020. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.30905. Disponível em: Acessar o artigo.

UUSITUPA, E. et al. Comparison of hospitalization rates and clinical features between boys and girls with respiratory syncytial virus infection. **Influenza and Other Respiratory Viruses**, v. 20, 2026. DOI: https://doi.org/10.1111/irv.70235.

VAN HASSELT, T. J. et al. Children born preterm admitted to paediatric intensive care for bronchiolitis: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pediatrics**, v. 23, art. 326, 2023. DOI: https://doi.org/10.1186/s12887-023-04150-7.

Xu, Q. et al. Development and external validation of a simple nomogram for predicting apnea in children hospitalized with bronchiolitis. **Frontiers in Pediatrics**, v. 10, art. 922226, 2022. DOI: https://doi.org/10.3389/fped.2022.922226.

XU, Q. et al. Establishment and validation of a prediction model for apnea on bronchiolitis. **Frontiers in Pediatrics**, v. 12, e1397750, 2024. DOI: https://doi.org/10.3389/fped.2024.1397750.

ZAR, H. J. New advances in respiratory syncytial virus prevention and treatment. **Pediatric Pulmonology**, v. 60, supl. 1, p. S120–S122, 2025. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39466029/. Acesso em: 25 abr. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO consolidated guidelines for the management of common childhood illness: management of asthma in children and adolescents and bronchiolitis in infants and young children. Geneva: **World Health Organization**, 2026. ISBN 978-92-4-012268-0. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240122680?utm_source=chatgpt.com.