



Conduta farmacológica para crianças com bronquiolite

Ademir Alves de Medeiros Filho¹; Jaquiedo Barbosa²; Larissa Cavalcante de Oliveira³; Mariana Martins de Lima Santos⁴; Yago Matheus Martins de Lima⁵

Como Citar:

FILHO, Ademir Alves de Medeiros;
BARBOSA, Jaquiedo; DE OLIVEIRA,
Larissa Cavalcante et al. Conduta
farmacológica para crianças com
bronquiolite. Revista Sociedade Científica,
vol.7, n. 1, p.3239-3255, 2024.
<https://doi.org/10.61411/rsc202458017>

DOI: 10.61411/rsc202458017

Área do conhecimento: Ciências da Saúde.

Sub-área: Farmácia.

Palavras-chaves: Bronquiolite; Criança;
Tratamento farmacológico; Terapia;
Medicamentos; Respiratório; Infecção viral;
Manejo clínico; Cuidados pediátricos

Publicado: 18 de julho de 2024.

Resumo

A bronquiolite, prevalente em crianças no Brasil, tem uma sazonalidade relacionada à alta circulação do vírus sincicial respiratório (VSR). A doença resulta da interação viral e resposta inflamatória local, causando sintomas como tosse, sibilância e dificuldade respiratória. O tratamento atual é baseado principalmente em medidas de suporte, como oxigenioterapia, hidratação e, em casos específicos, broncodilatadores e corticosteroides, destacando a necessidade de estratégias terapêuticas mais direcionadas. A pesquisa, conduzida como uma revisão integrativa de literatura, utilizou diversas fontes de dados, incluindo Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Pubmed e bancos de dados de universidades. As palavras-chave utilizadas foram "bronquiolite", "pediatria", "síndrome respiratória pediátrica" e "tratamento medicamentoso". Os critérios de inclusão e exclusão foram estabelecidos de forma personalizada, priorizando estudos dos últimos 5 anos (2019-2024) e relevância para o tema proposto, incluindo diretrizes do Ministério da Saúde ou de outros órgãos públicos brasileiros. Foram encontrados 28 artigos, incluindo relatos de casos, revisões, diretrizes e pesquisas de campo, dos quais 15 foram selecionados com base nos critérios estabelecidos. O manejo da bronquiolite ainda é desafiador devido à falta de consenso sobre a eficácia de intervenções farmacológicas, como broncodilatadores e corticosteroides. Recomendações atuais destacam o tratamento de suporte, como hidratação adequada, fisioterapia respiratória e monitoramento cuidadoso dos sinais vitais. O uso de medicamentos é reservado para casos selecionados e deve ser cuidadosamente ponderado, considerando os potenciais benefícios e riscos. Estratégias integradas, que combinam tratamento medicamentoso com fisioterapia respiratória, podem proporcionar um manejo eficaz e seguro da bronquiolite em crianças, visando não apenas aliviar os sintomas agudos, mas também melhorar os desfechos a longo prazo. A conduta farmacológica para o tratamento da bronquiolite em crianças no Brasil deve ser cuidadosamente ponderada, seguindo diretrizes internacionais. A abordagem deve priorizar o suporte clínico e a hidratação adequada, evitando o uso rotineiro de antibióticos. O uso de corticosteroides sistêmicos pode ser considerado em casos

¹Faculdade Integrada CETE, Garanhuns, Brasil. ✉

²Faculdade integrada CETE, Garanhuns, Brasil. ✉

³Faculdade integrada CETE, Garanhuns, Brasil. ✉

⁴Faculdade Integrada CETE, Garanhuns, Brasil. ✉

⁵Faculdade Integrada CETE, Garanhuns, Brasil. ✉



moderados a graves, com atenção aos possíveis efeitos adversos. Os broncodilatadores são recomendados apenas em casos selecionados. A fisioterapia respiratória desempenha um papel importante, assim como a administração de oxigênio suplementar em casos graves. O tratamento deve ser multidisciplinar, personalizado e baseado em evidências clínicas.

1. Introdução

A bronquiolite é uma condição respiratória aguda prevalente em crianças, assumindo uma posição significativa como causa de morbidade e hospitalização pediátrica em todo o Brasil. Estimativas epidemiológicas recentes apontam para uma ampla disseminação da doença, afetando aproximadamente 25% a 30% das crianças menores de dois anos durante suas infecções respiratórias agudas. Em uma análise mais detalhada, estudos clínicos abrangentes realizados em diversas regiões brasileiras revelaram uma marcada sazonalidade nos casos de bronquiolite, com a ocorrência de picos de incidência observados durante os meses de outono e inverno [1].

Essa sazonalidade está correlacionada com a elevada circulação de agentes etiológicos, notadamente o vírus sincicial respiratório (VSR), reconhecido como o principal responsável pela doença. Em termos numéricos, estima-se que anualmente entre 250.000 e 300.000 crianças sejam afetadas pela bronquiolite em todo o território brasileiro. A consequência direta dessa alta prevalência é a sobrecarga nos serviços de saúde, com taxas de hospitalização variando entre 3% e 5% dos casos, evidenciando a necessidade urgente de estratégias preventivas e terapêuticas eficazes para mitigar o impacto dessa doença respiratória na saúde pública brasileira [11].

A bronquiolite resulta de uma complexa interação entre fatores virais, imunológicos e estruturais. O vírus sincicial respiratório (VSR) é o agente mais comum, responsável por até 70% dos casos [5].

Após a exposição, o VSR invade as células epiteliais das vias aéreas, provocando sua destruição após replicação viral. Isso desencadeia uma resposta inflamatória local, com a liberação de citocinas pró-inflamatórias, como IL-6, IL-8 e



TNF- α , que atraem leucócitos para o local da infecção. A ativação de células dendríticas e a produção de interferons tipo I também são fundamentais na resposta imunológica. Essa inflamação resulta em edema da mucosa, aumento da produção de muco e obstrução das vias aéreas, gerando sintomas como tosse, sibilância, dificuldade respiratória e taquipneia. Em casos graves, a obstrução pode levar à hipoxemia e necessidade de suporte ventilatório. Outros vírus respiratórios, como rinovírus, adenovírus, influenza e metapneumovírus, podem causar bronquiolite, mas com menor frequência [7].

O tratamento farmacológico da bronquiolite em crianças tem sido tema de debate e pesquisa, resultando em diversas abordagens adotadas em diferentes protocolos clínicos. Conforme as diretrizes atuais, as principais medicações utilizadas visam aliviar os sintomas e reduzir as complicações. Broncodilatadores, como o salbutamol, são frequentemente prescritos, embora seu uso rotineiro careça de evidências consistentes de benefício clínico [5].

Em casos de sibilância significativa, doses específicas podem ser administradas por via inalatória, com monitoramento cuidadoso da resposta. A administração de epinefrina inalatória tem sido investigada, especialmente em casos graves, mas sua eficácia clínica permanece incerta. A oxigenioterapia é crucial em casos de hipoxemia significativa, visando manter níveis adequados de oxigênio arterial. Corticosteroides, como a dexametasona, são considerados em casos selecionados, embora seu benefício clínico ainda seja controverso. Em resumo, o manejo farmacológico da bronquiolite em crianças é complexo, baseado na avaliação individualizada dos sintomas e da gravidade, buscando fornecer suporte sintomático e garantir oxigenação adequada, evitando o uso desnecessário de medicações sem eficácia comprovada [3].

O agente etiológico mais comum é o vírus sincicial respiratório (VSR), responsável por até 70% dos casos de bronquiolite. Após a exposição ao vírus, ocorre a entrada nas células epiteliais das vias aéreas, onde ocorre replicação viral e subsequente



destruição dessas células, desencadeando uma resposta inflamatória local. Isso inclui a liberação de citocinas pró-inflamatórias, como interleucina-6 (IL-6), interleucina-8 (IL-8) e fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), que recrutam leucócitos para o local da infecção. Além disso, a ativação de células dendríticas e a produção de interferons tipo I desempenham um papel crucial na resposta imunológica contra o vírus [14].

Os sintomas típicos incluem tosse, sibilância, dificuldade respiratória e taquipneia, com casos mais graves podendo levar à hipoxemia e necessidade de suporte ventilatório. Diante desse cenário, os objetivos do manejo clínico da bronquiolite concentram-se na melhoria dos sintomas, prevenção de complicações e redução da carga da doença, buscando garantir uma abordagem terapêutica eficaz e segura para as crianças afetadas. Devido à complexidade da fisiopatologia da bronquiolite e à falta de tratamentos específicos com eficácia comprovada, a terapia atual baseia-se principalmente em medidas de suporte, como oxigenioterapia, hidratação adequada e, em alguns casos, administração de broncodilatadores e corticosteroides [8].

Assim, o desafio permanente reside em desenvolver estratégias terapêuticas mais direcionadas e eficazes, ao mesmo tempo em que se promove uma abordagem integrada e abrangente para o manejo da bronquiolite em crianças.

2. Metodologia

A análise da conduta farmacológica para crianças com bronquiolite é crucial em meio à necessidade de otimizar o tratamento em um cenário clínico desafiador. A evolução na pesquisa médica trouxe insights importantes sobre o uso de corticosteroides, como a dexametasona, na modulação da resposta inflamatória associada a síndromes respiratórias. Apesar dos avanços, questões fundamentais persistem, como dosagem e segurança em pacientes pediátricos. A busca por uma análise abrangente visa preencher essa lacuna de conhecimento, informando decisões clínicas mais embasadas e estratégias terapêuticas personalizadas e eficazes.



A pesquisa, trata de uma revisão de integrativa de literatura que utilizou como base de dados fontes como: Scielo, BVS, Pubmed, banco de dados de universidades, diretrizes de hospitais, tais como: Albert Einstein que foram encontrados com base em palavras chaves, tais como “bronquiolite”, “pediatria”, “síndrome respiratória pediátrica”, “tratamento medicamentoso” e logo após, os artigos foram selecionados em idioma selecionado, dando preferência a textos em português para melhor contribuir com a pesquisa.

Os estudos encontrados totalizaram um total de 28 artigos, sendo relatos de casos, revisões, diretrizes e pesquisas de campo, sendo selecionadas apenas 14 com base nos critérios de inclusão e exclusão que foram elaborados de forma personalizada para estabelecer os critérios para o trabalho em questão. Os critérios estabelecidos para a seleção dos estudos utilizados foram com base no seu período de publicação, onde foi dada preferência a estudos dos últimos 5 anos, sendo do período de 2019 a 2024, estudos que apresentassem relevância para o tema proposto, tendo preferências, diretrizes do ministério da saúde ou outros órgãos públicos brasileiros. Os critérios de exclusão, por sua vez, foram estudos irrelevantes para o tema, onde fugiam do contexto geral, estudos duplicados, anos anteriores ao período de seleção, estudos caracterizados como revisão e não mostrasse avanços e estudos em outros idiomas que não fossem português.

Com base nos dados selecionados, foi realizado uma síntese dos resultados, dispostos de forma descritiva ao longo do trabalho, sendo debatida até então com fim de responder à questão da pesquisa, que é: “Qual a conduta farmacológica para tratamento de bronquiolite em crianças no Brasil?” de forma descritiva e conclusiva o trabalho trará um conjunto de informações de demais literaturas referenciadas para estabelecer uma conclusão precisa.



3. **Desenvolvimento e discussão**

A bronquiolite é uma doença viral aguda do trato respiratório inferior, sendo uma das principais causas de hospitalização em crianças com menos de dois anos de idade. Caracterizada inicialmente por sintomas leves de infecção respiratória superior, como coriza e tosse, a doença pode progredir para dificuldade respiratória grave e hipoxemia em casos mais severos. As recomendações atuais variam, com algumas diretrizes sugerindo o uso de broncodilatadores, corticosteroides ou antivirais, enquanto outras enfatizam o tratamento de suporte, como oxigenoterapia e hidratação. A abordagem ideal depende de uma compreensão clara da fisiopatologia da doença e da avaliação cuidadosa da gravidade e idade do paciente [12].

Os tratamentos farmacológicos para crianças com bronquiolite têm sido objeto de intensa pesquisa, com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e reduzir a morbidade associada à doença. Dentre os medicamentos mais frequentemente utilizados, os broncodilatadores, como o salbutamol, têm sido estudados extensivamente. O salbutamol é um agonista β_2 -adrenérgico que atua relaxando a musculatura lisa das vias aéreas, potencialmente aliviando a obstrução e melhorando o fluxo de ar. No entanto, as evidências sobre seu benefício em crianças com bronquiolite são variadas e frequentemente contraditórias [9].

Estudos iniciais sugeriram que os broncodilatadores poderiam melhorar os sintomas respiratórios e reduzir o tempo de internação, especialmente em casos mais graves. No entanto, revisões sistemáticas e meta-análises mais recentes questionaram esses benefícios, destacando que qualquer melhora clínica pode ser modesta e que não há impacto claro na redução da necessidade de ventilação mecânica ou na duração da internação. Além disso, o uso de broncodilatadores pode estar associado a efeitos adversos, como taquicardia e tremores, especialmente em lactentes [12].

A variação nas recomendações de uso também é evidente entre diferentes diretrizes clínicas, com algumas recomendações desaconselhando o uso rotineiro de



broncodilatadores e outras sugerindo seu uso em pacientes selecionados com sintomas significativos de obstrução das vias aéreas [3].

Os corticosteroides têm sido estudados quanto ao seu papel no tratamento de crianças com bronquiolite, uma doença viral comum do trato respiratório inferior. A eficácia desses medicamentos é debatida devido à sua ação anti-inflamatória, que pode beneficiar casos mais severos, mas também pelos riscos associados. A dexametasona sistêmica tem sido considerada para reduzir a inflamação e melhorar sintomas em casos graves, com estudos recentes mostrando redução na necessidade de readmissão hospitalar em casos moderados a graves [14].

O uso de corticosteroides inalatórios, como a budesonida, também é investigado. Estudos sugerem que a budesonida pode reduzir o tempo de internação e a gravidade dos sintomas em bronquiolite aguda. Contudo, há riscos, como aumento do risco de infecções secundárias e hiperglicemia, então a decisão de usar corticosteroides deve considerar a gravidade da doença e a idade do paciente [9].

A prescrição de antibióticos deve ser baseada em evidências clínicas de infecção bacteriana, como persistência de febre, aumento da contagem de leucócitos ou achados radiológicos sugestivos de pneumonia. A decisão de administrar antibióticos deve ser cuidadosamente ponderada devido à falta de benefício comprovado contra infecções virais e ao risco de promover resistência bacteriana. Antibióticos comumente utilizados incluem ampicilina, amoxicilina e ceftriaxona para cobrir agentes bacterianos frequentemente associados, como *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. A administração de antibióticos é reservada para casos graves ou persistentes de bronquiolite em que há suspeita ou confirmação de infecção bacteriana secundária [10].

O ribavirin é um nucleosídeo análogo que inibe a replicação viral, atuando principalmente contra o VSR. Seu mecanismo de ação envolve a inibição da síntese de RNA viral, interrompendo assim a replicação do vírus. O ribavirin pode ser administrado por via inalatória ou oral, sendo a administração inalatória mais comum



para tratamento de infecções respiratórias virais, incluindo a bronquiolite. No entanto, seu uso é limitado devido aos potenciais efeitos adversos, como broncoespasmo, anemia hemolítica e risco de toxicidade pulmonar [13].

Estudos sobre a eficácia do ribavirin no tratamento da bronquiolite têm resultados inconsistentes, com algumas evidências sugerindo uma redução na carga viral e melhora dos sintomas em alguns pacientes, enquanto outros estudos não encontraram benefício clínico significativo [13].

Os corticosteroides sistêmicos podem reduzir essa inflamação e melhorar os sintomas respiratórios. Estudos clínicos demonstraram que a administração precoce de dexametasona pode reduzir a necessidade de readmissão hospitalar em crianças com bronquiolite moderada a grave. No entanto, seu benefício em casos leves de bronquiolite ainda é incerto. Os corticosteroides inalatórios, como a budesonida, também têm sido estudados e podem reduzir o tempo de internação hospitalar e a gravidade dos sintomas respiratórios em crianças com bronquiolite viral aguda [14].

Os antibióticos são reservados para casos específicos de infecção bacteriana secundária em crianças com bronquiolite, uma doença viral aguda do trato respiratório inferior, predominantemente causada pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) e outros vírus respiratórios. A decisão de prescrevê-los é baseada em evidências clínicas de infecção bacteriana, como persistência de febre e achados radiológicos sugestivos de pneumonia, devido à falta de benefício comprovado contra infecções virais e ao risco de promover resistência bacteriana [7].

Os antibióticos comumente utilizados incluem ampicilina, amoxicilina e ceftriaxona para cobrir agentes bacterianos frequentemente associados. Já os antivirais, como o ribavirin, têm sido estudados, embora seu uso seja controverso e restrito a casos selecionados devido aos potenciais efeitos adversos, como broncoespasmo e anemia hemolítica. Seu uso deve ser considerado apenas em casos graves ou em pacientes



imunocomprometidos, com base em uma avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios [8].

A imunoglobulina intravenosa é uma opção terapêutica para crianças com bronquiolite grave associada a imunodeficiências primárias ou secundárias. A IVIG fornece anticorpos específicos contra o VSR e pode reduzir a gravidade da doença em crianças com deficiência de anticorpos ou imunodeficiências. A IVIG é administrada por via intravenosa para reforçar a resposta imunológica do paciente contra o VSR, que é o agente viral predominante na bronquiolite. Seu uso é restrito a casos graves de bronquiolite e geralmente é considerado em pacientes com risco aumentado de complicações devido à imunodeficiência subjacent [4].

A fisioterapia respiratória desempenha um papel crucial no tratamento de crianças com bronquiolite, especialmente em casos moderados a graves. Esta abordagem terapêutica visa melhorar a ventilação pulmonar, reduzir o esforço respiratório e facilitar a remoção de secreções das vias aéreas. Técnicas como a drenagem postural e a percussão torácica são frequentemente utilizadas para mobilizar e deslocar o muco das vias aéreas, promovendo assim a ventilação eficaz [9].

Além disso, a fisioterapia respiratória pode ser complementada com o uso de medicamentos para ajudar a reduzir a inflamação das vias aéreas e melhorar os sintomas respiratórios. Corticosteroides sistêmicos, como a dexametasona, são administrados para reduzir a resposta inflamatória das vias aéreas, enquanto broncodilatadores como o salbutamol são usados para dilatar as vias aéreas e melhorar o fluxo de ar. A combinação dessas intervenções pode não apenas aliviar os sintomas respiratórios agudos, mas também prevenir complicações graves, como a insuficiência respiratória [1].

A eficácia da fisioterapia respiratória é bem respaldada por evidências clínicas, mostrando redução da duração da hospitalização e melhora dos desfechos em crianças com bronquiolite. Estudos indicam que essa técnica pode otimizar os efeitos dos



medicamentos, facilitando sua distribuição e absorção nas vias aéreas, como no caso dos corticosteroides inalatórios. Ao reduzir a necessidade de doses elevadas de medicamentos, a fisioterapia respiratória minimiza os potenciais efeitos colaterais sistêmicos. Essa abordagem integrada, combinando fisioterapia respiratória com tratamento medicamentoso, representa uma estratégia multidisciplinar e personalizada para o manejo da bronquiolite em crianças, buscando não só controlar os sintomas agudos, mas também melhorar a qualidade de vida a longo prazo [1].

A hidratação é crucial para crianças com bronquiolite, uma vez que até 70% dos casos estão associados à desidratação, resultado da febre, aumento da taxa respiratória e dificuldade na alimentação, especialmente em lactentes. Essa desidratação pode agravar a hipoxemia e comprometer a função cardíaca, aumentando o risco de complicações graves. Portanto, garantir uma hidratação adequada é essencial para prevenir esses desfechos adversos. Estratégias para assegurar a hidratação incluem oferecer líquidos frequentemente, preferencialmente por via oral, para manter a função mucociliar das vias aéreas e evitar o ressecamento das secreções [6].

Em casos de dificuldade de alimentação, a hidratação pode ser mantida por meio da administração de soluções de reidratação oral, que também podem conter eletrólitos para repor as perdas. A monitorização cuidadosa do status de hidratação, com avaliação frequente do estado clínico, peso corporal e diurese, é fundamental para ajustar as estratégias de hidratação conforme necessário [1]

Em situações de desidratação grave ou incapacidade de manter a hidratação oral, a administração intravenosa de fluidos pode ser necessária para garantir a perfusão adequada dos órgãos e a estabilidade hemodinâmica. Durante o tratamento da bronquiolite, é essencial um monitoramento cuidadoso de diversos parâmetros clínicos para garantir a eficácia do tratamento e a segurança do paciente. A frequência respiratória deve ser monitorada continuamente, pois a bronquiolite geralmente causa



um aumento na frequência respiratória devido à obstrução das vias aéreas menores e à hipoxemia associada [8].

A avaliação frequente da respiração também é importante para identificar a necessidade de intervenções terapêuticas adicionais, como a administração de oxigênio ou suporte ventilatório. Além da frequência respiratória, os sinais vitais devem ser monitorados de perto. A temperatura corporal deve ser controlada para identificar a presença de febre, um sintoma comum na bronquiolite, enquanto a frequência cardíaca e a pressão arterial são monitoradas para detectar sinais de estresse cardiovascular, que podem indicar uma forma mais grave da doença [7].

A saturação de oxigênio é um parâmetro crítico que deve ser continuamente monitorado utilizando oxímetros de pulso. A hipoxemia é uma complicação comum na bronquiolite devido à inflamação das vias aéreas e à redução da capacidade do pulmão de trocar gases adequadamente. A manutenção da saturação de oxigênio acima de 92-94% é crucial para prevenir danos aos órgãos e tecidos devido à falta de oxigênio. A oxigenoterapia é frequentemente administrada para alcançar e manter esses níveis de saturação, utilizando cânulas nasais, máscaras faciais ou, em casos mais graves, suporte de alto fluxo [1].

No tratamento farmacológico da bronquiolite em crianças, é essencial considerar os potenciais efeitos adversos associados aos medicamentos utilizados, bem como estratégias para mitigar esses riscos. Os corticosteroides sistêmicos, como a dexametasona, são frequentemente prescritos para reduzir a inflamação das vias aéreas e melhorar os sintomas respiratórios. O uso prolongado ou em doses elevadas pode estar associado a efeitos adversos como supressão adrenal, hiperglicemia, hipertensão arterial e distúrbios do crescimento em crianças pequenas [6].

Para mitigar esses riscos, recomenda-se utilizar a menor dose eficaz pelo menor tempo possível. A monitorização cuidadosa dos níveis de glicose no sangue e da pressão



arterial é crucial durante o tratamento com corticosteroides sistêmicos, especialmente em crianças com fatores de risco pré-existentes [12].

Os broncodilatadores, como o salbutamol, são utilizados para dilatar as vias aéreas e melhorar o fluxo de ar em casos selecionados de bronquiolite com sinais significativos de obstrução das vias aéreas. No entanto, o uso indiscriminado pode levar a efeitos adversos como taquicardia, tremores e hipocalcemia. Estratégias para mitigar esses riscos incluem a monitorização frequente dos sinais vitais, especialmente em crianças com doenças cardíacas subjacentes. Além disso, a administração de doses controladas e ajustadas à resposta clínica pode reduzir a incidência de efeitos adversos [4].

Os antibióticos são prescritos em casos de infecção bacteriana secundária, embora seu uso rotineiro seja desencorajado devido ao risco de resistência bacteriana e efeitos adversos como diarreia, reações alérgicas e disbiose intestinal. Estratégias para mitigar esses riscos incluem a seleção apropriada do antibiótico com base na suscetibilidade bacteriana, a menor duração possível do tratamento e a consideração de terapias alternativas em casos de suspeita de infecção viral [1].

Os antivirais, como o ribavirin, são reservados para casos graves ou em pacientes imunocomprometidos devido ao risco de efeitos adversos significativos, como broncoespasmo, anemia hemolítica e toxicidade pulmonar. Estratégias para mitigar esses riscos incluem a administração cuidadosa com monitorização frequente dos sinais vitais e dos níveis hematológicos [8].

A hidratação adequada é fundamental no manejo da bronquiolite, especialmente em crianças com dificuldades respiratórias e perda de líquidos. Estratégias para garantir a hidratação adequada incluem a oferta de líquidos frequentes, preferencialmente por via oral, e o uso de soluções de reidratação oral em casos de dificuldade de alimentação. A monitorização regular do estado de hidratação e a avaliação clínica são cruciais para ajustar as estratégias de manejo [10].



As recomendações atuais de sociedades médicas e diretrizes nacionais e internacionais para o tratamento de crianças com bronquiolite desempenham um papel crucial na orientação da prática clínica e na escolha de tratamentos farmacológicos. A bronquiolite, frequentemente causada pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) e outros vírus respiratórios, é uma das principais causas de hospitalização em lactentes, especialmente durante os meses de inverno. As diretrizes são desenvolvidas com base em revisões sistemáticas da literatura e em evidências clínicas, visando melhorar os desfechos clínicos e minimizar o uso desnecessário de intervenções [12].

De acordo com as diretrizes atuais, o manejo da bronquiolite baseia-se principalmente no suporte clínico e na manutenção da hidratação adequada. Recomenda-se evitar o uso rotineiro de antibióticos, a menos que haja evidência clínica de infecção bacteriana secundária. O tratamento com corticosteroides sistêmicos, como a dexametasona, pode ser considerado em casos selecionados de bronquiolite moderada a grave, principalmente para reduzir a inflamação das vias aéreas e melhorar os sintomas respiratórios [9].

O uso de broncodilatadores, como o salbutamol, também é controverso e não é rotineiramente recomendado, exceto em casos de obstrução significativa das vias aéreas com sibilos persistentes. As diretrizes enfatizam a importância da fisioterapia respiratória para mobilização de secreções e melhora da ventilação pulmonar. Essas técnicas podem incluir drenagem postural e percussão torácica para facilitar a remoção de muco das vias aéreas, promovendo assim a ventilação eficaz e reduzindo a necessidade de intervenções farmacológicas [12].

Além disso, as diretrizes recomendam a administração de oxigênio suplementar para manter os níveis adequados de saturação de oxigênio, especialmente em casos graves de bronquiolite. A monitorização cuidadosa dos sinais vitais, da hidratação e da resposta ao tratamento é essencial para ajustar as estratégias terapêuticas conforme necessário [3].



O uso de corticosteroides sistêmicos, como a dexametasona, pode reduzir a inflamação das vias aéreas e melhorar os sintomas respiratórios em casos selecionados, mas também está associado a efeitos adversos, como aumento do risco de infecções secundárias e alterações do comportamento. Por outro lado, a fisioterapia respiratória, embora possa potencializar os efeitos dos medicamentos e reduzir a necessidade de doses elevadas, está associada a riscos mínimos e pode ser uma opção segura e eficaz para melhorar a função pulmonar. Essa abordagem integrada, considerando os efeitos colaterais e os benefícios de cada intervenção, é fundamental para proporcionar um tratamento eficaz e seguro para crianças com bronquiolite [14].

4. **Considerações finais**

Com base no texto fornecido, a conduta farmacológica para o tratamento da bronquiolite em crianças no Brasil deve ser cuidadosamente ponderada e individualizada, levando em consideração várias diretrizes e recomendações internacionais. A abordagem deve ser principalmente baseada em suporte clínico e manutenção da hidratação adequada, evitando o uso rotineiro de antibióticos, a menos que haja evidência clínica de infecção bacteriana secundária.

O uso de corticosteroides sistêmicos, como a dexametasona, pode ser considerado em casos selecionados de bronquiolite moderada a grave, para reduzir a inflamação das vias aéreas e melhorar os sintomas respiratórios. No entanto, é importante ter em mente os potenciais efeitos adversos associados a esses medicamentos e utilizar a menor dose eficaz pelo menor tempo possível.

Quanto aos broncodilatadores, como o salbutamol, seu uso não é rotineiramente recomendado, exceto em casos de obstrução significativa das vias aéreas com sibilos persistentes. A fisioterapia respiratória desempenha um papel importante no manejo da doença, ajudando na mobilização de secreções e melhorando a ventilação pulmonar e além disso, a administração de oxigênio suplementar é recomendada para manter os



níveis adequados de saturação de oxigênio, especialmente em casos graves de bronquiolite.

De forma mais específica, a conduta farmacológica para o tratamento da bronquiolite em crianças no Brasil deve seguir uma abordagem multidisciplinar, baseada em diretrizes internacionais e adaptada às condições clínicas individuais de cada paciente, com foco no suporte clínico, hidratação adequada, uso criterioso de corticosteroides e broncodilatadores, e integração da fisioterapia respiratória.

5. **Declaração de direitos**

Os autores: Ademir Alves de Medeiros Filho, Jaquiedo Barbosa, Larissa Cavalcante de Oliveira, Mariana Martins de Lima Santos, Yago Matheus Martins de Lima. declaram ser detentores dos direitos autorais da presente obra, que o artigo não foi publicado anteriormente e que não está sendo considerado por outra Revista/Journal. Declaram que as imagens e textos publicados são de responsabilidade dos autores, e não possuem direitos autorais reservados à terceiros. Textos e/ou imagens de terceiros são devidamente citados ou devidamente autorizados com concessão de direitos para publicação quando necessário. Declaram respeitar os direitos de terceiros e de Instituições públicas e privadas. Declaram não cometer plágio ou auto plágio e não ter considerado/gerado conteúdos falsos e que a obra é original e de responsabilidade dos autores.

6. **Referências**

1. ABREU, Verónica et al. Impacto da fisioterapia nos diferentes tipos de bronquiolite, pacientes e locais de atendimento: revisão sistemática. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 28, n. 4, p. 464-482, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/vBvsCWbbNBLD47Nv4YBXbBx/?format=pdf&lang=pt>



2. Carvalho WB de, Johnston C, Fonseca MC. Bronquiolite aguda, uma revisão atualizada. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2007 Mar;53(2):182–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302007000200027>
3. DALL'OLIO, Carla Cristiane; SANT'ANNA, Maria de Fatima Pombo; SANT'ANNA, Clemax Couto. Tratamento da bronquiolite viral aguda. Residência Pediátrica, v. 11, n. 3, p. 1-5, 2021. Disponível em: <http://residenciapediatria.com.br/exportar-pdf/1021/v11n3aop186.pdf>
4. HERTER, Eduardo da Costa et al. Manejo da bronquiolite e da sibilância recorrente em pré-escolares. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 49, p. e20230298, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/gd8MMmqwHTVcZjwfxFf3kSk/?format=pdf&lang=pt>
5. HYPOLITO, Elisa Girardi. Impacto da pandemia por covid-19 na epidemiologia da bronquiolite viral aguda em uma unidade de emergência pediátrica no Sul do Brasil. 2023. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/263364/001172957.pdf?sequence=1>
6. LOPES, Maria Clara Barroso Leite et al. PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO EM CRIANÇAS: IMUNIZAÇÃO ATIVA E PASSIVA. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 3, p. 2036-2044, 2024. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/download/1738/1933>
7. PEIXOTO, Felipe Guedes et al. Bronquiolite viral aguda. Revista Eletrônica Acervo Médico, v. 23, n. 11, p. e14836-e14836, 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/download/14836/8225>
8. PINHEIRO, Fernanda Evelyn Rocha et al. Abordagens clínicas da bronquiolite aguda no âmbito atual pediátrico. Brazilian Journal of Health Review, v. 7, n. 1, p. 5837-5860, 2024. Disponível em:



- <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/download/67276/47915>
9. RAMOS, Maithe Antonello. Protocolo assistencial de bronquiolite na emergência pediátrica. 2024. Disponível em:
<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/272527/001196869.pdf?sequence=1>
 10. SOLÉ, Dirceu; MATSUMOTO, Fausto; WANDALSEN, Gustavo Falbo. Azitromicina em bronquiolite aguda. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 46, p. e20200285, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/hLpt49rrK8YqHBV3f5FLjzb/?format=pdf&lang=pt>
 11. Wandalsen, Gustavo Falbo et al. Seguimento de lactentes hospitalizados por bronquiolite: fatores associados com crises de sibilância, retornos ao serviço de emergência e hospitalizações. *Blucher Medical Proceedings*, v. 7, n. 2, p. 35-36, 2024. Disponível em:
<https://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/seguimento-de-lactentes-hospitalizados-por-bronquiolite-fatores-associados-com-criSES-de-sibilancia-retornos-ao-servio-de-emergncia-e-hospitalizaes-38954>
 12. Diretrizes para o diagnóstico, tratamento e prevenção de bronquiolite. Hospital Israelita Albert Einstein, 2020.
 13. DUARTE, Maria do Carmo Menezes Bezerra et al. Protocolo de bronquiolite viral aguda na criança. 2024. Disponível em:
<http://200.133.11.20/bitstream/123456789/1038/1/Produto%20t%C3%A9cnico%20-%20Protocolo%20BVA.pdf>
 14. Lima, Raquel. Bronquiolite aguda. *Life Saving: Separata Científica*, v. 8, n. 19, p. 50-55, 2021. Disponível em:
https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/17148/1/Revista%20Lifesaving%2019_1%20Fev%20separata%208-50-55.pdf