



B1

ISSN: 2595-1661

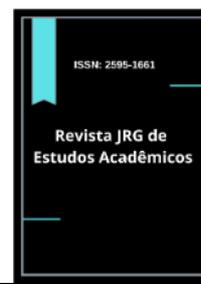
ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

## Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



### Diagnóstico e tratamento da bronquiolite viral aguda em pacientes pediátricos: uma revisão bibliográfica

Diagnosis and treatment of acute viral bronchiolitis in pediatric patients: a bibliographical review

DOI: 10.55892/jrg.v8i18.2165

ARK: 57118/JRG.v8i18.2165

Recebido: 05/06/2025 | Aceito: 10/06/2025 | Publicado *on-line*: 13/06/2025

#### Ianny Hellem dos Santos Souza<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0009-0004-0667-0002>

<https://lattes.cnpq.br/1021922209572006>

Faculdade Sulamérica, BA, Brasil

E-mail: [hellemianny@gmail.com](mailto:hellemianny@gmail.com)

#### Nayra Iracielle Barbosa Zimmer<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0009-0007-5000-6303>

<http://lattes.cnpq.br/0966141362819385>

Faculdade Sulamérica, BA, Brasil

E-mail: [nayrazimmer@sulamericafaculdade.edu.br](mailto:nayrazimmer@sulamericafaculdade.edu.br)

#### Vitória Stefany Castro Alves Lima<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0009-0006-6700-2301>

<http://lattes.cnpq.br/8623881181148337>

Faculdade Sulamérica, BA, Brasil

E-mail: [vitorialima@sulamericafaculdade.edu.br](mailto:vitorialima@sulamericafaculdade.edu.br)

#### Pedro Roger Cardoso Feitosa<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0009-0006-2390-846X>

<http://lattes.cnpq.br/6471776270828540>

Faculdade Sulamérica, BA, Brasil

E-mail: [pedroroger302@gmail.com](mailto:pedroroger302@gmail.com)



### Resumo

A Bronquiolite Viral Aguda (BVA) é uma infecção comum nas vias aéreas inferiores, principalmente em crianças menores de dois anos. Ela é frequentemente causada pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) responsável por até 75% dos casos, seguido pelo rinovírus, vírus parainfluenza e vírus influenza. O diagnóstico da BVA em crianças é clínico, baseia-se na história clínica e nos sinais e sintomas observados durante a avaliação. Em alguns casos, pode haver a necessidade de exames laboratoriais para confirmação do diagnóstico. O tratamento varia da gravidade dos sinais e sintomas e da avaliação médica, sendo que na maioria dos casos podem ser tratados por meios domiciliares, através da higiene nasal e hidratação, e em casos mais graves exige o uso de oxigenoterapia. O objetivo do estudo é revisar as evidências atuais sobre o diagnóstico e tratamento da bronquiolite viral aguda, e suas consequências para o paciente. Será desenvolvido um estudo de revisão integrativa, realizado por meio de levantamento bibliográfico.

**Palavras-chave:** Bronquiolite viral aguda. BVA. Diagnóstico. Tratamento.

<sup>1</sup> Graduandas em Biomedicina pela Faculdade Sulamérica.

<sup>2</sup> Graduado em Biomedicina, Mestrando em Bioquímica e Biologia Molecular - UFOB.

## Abstract

*Acute Viral Bronchiolitis (AVB) is a common infection of the lower respiratory tract, especially in children under two years of age. It is often caused by the Respiratory Syncytial Virus (RSV), which accounts for up to 75% of cases, followed by rhinovirus, parainfluenza virus, and influenza virus. The diagnosis of AVB in children is clinical, based on the clinical history and signs and symptoms observed during the evaluation. In some cases, laboratory tests may be necessary to confirm the diagnosis. Treatment varies according to the severity of the signs and symptoms and the medical evaluation, and in most cases it can be treated at home, through nasal hygiene and hydration, and in more severe cases it requires the use of oxygen therapy. The objective of the study is to review the current evidence on the diagnosis and treatment of acute viral bronchiolitis, and its consequences for the patient. An integrative review study will be developed, carried out through a bibliographic survey.*

**Keywords:** Acute viral bronchiolitis. AVB. Diagnosis. Treatment.

## 1. Introdução

A Bronquiolite Viral Aguda (BVA) é uma condição dominante e relevante, principalmente entre bebês e crianças inferiores a dois anos de idade. Essa doença respiratória se caracteriza por uma inflamação aguda dos bronquíolos e é frequentemente provocada pelo vírus sincicial respiratório (VSR). Na última década, a significativa carga do vírus sincicial respiratório (VSR) tem gerado preocupações em todo o mundo. Este vírus está relacionado a cerca de 33 milhões de casos de infecções do trato respiratório inferior (ITRS), resultando em três milhões de hospitalizações e mais de 100.000 óbitos em crianças menores de 5 anos a cada ano no cenário global, sem que se tenha registrado uma diminuição na morbidade, internações ou mortalidade ao longo do tempo. Os bebês com até 6 meses de idade são especialmente suscetíveis, apresentando uma taxa de mortalidade de 3,6% decorrente do VSR (Wang et al., 2022).

A BVA se desenvolve devido à infecção por vírus no trato respiratório inferior, danificando as células do epitélio dos bronquíolos, que correspondem as vias aéreas menores. Essa inflamação resulta em um aumento da secreção de muco, que, combinado com a eliminação ineficaz desse muco, causa edema e obstrução das vias aéreas de pequeno calibre, resultando em dificuldades respiratórias (Dall' Olio et al., 2021).

Este estado é principalmente provocado por vírus, sendo o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) que é detectado em 50–80% dos casos hospitalizados, seguido pelo rinovírus, vírus parainfluenza e vírus influenza (Bottau, 2022). Além disso, a bronquiolite pode coexistir com outras condições respiratórias, como sibilância recorrente induzida por vírus e asma aguda desencadeada por infecções virais, o que torna o diagnóstico diferencial um desafio clínico (Shieh, 2021). O pico da doença geralmente ocorre entre o terceiro e o quinto dia após o início dos sintomas, seguido de uma melhora gradual, que se estende por cerca de 7 a 10 dias. A recuperação total geralmente ocorre entre 14 e 21 dias após o início dos sintomas (Lima, 2020).

O diagnóstico de BVA é essencialmente clínico, baseia-se principalmente na verificação dos sintomas e sinais clínicos, como sibilância e dificuldade respiratória. Em situações em que o diagnóstico não está claro, é de grande utilidade a realização de exames laboratoriais para identificação do VSR. A escolha do tratamento frequentemente depende da gravidade dos sintomas e da avaliação clínica. (Pereira et al., 2024). O tratamento é, em geral, de suporte, abrangendo medidas como

oxigenoterapia, hidratação e, em alguns casos, suporte ventilatório. Uma gestão adequada é essencial para reduzir riscos e melhorar os resultados clínicos (Ferreira et al., 2023).

Na atualidade é possível identificar o patógeno viral rapidamente, o que abre o direcionamento para possibilidades de manejos dos tratamentos, já que existem diferenças nas manifestações clínicas causadas pela inflamação do rinovírus e do VSR. O VSR não causa tanta sibilância (chiado ao expirar) e produz mais secreção, enquanto o rinovírus apresenta maior incidência de ruídos na respiração e tosse seca. As complicações mais graves da BVA são apneia, insuficiência respiratória e desidratação (Smith et al., 2017).

## 2. Metodologia

Esse é um estudo de revisão integrativa, realizado por meio de levantamento bibliográfico. A pesquisa realizada, é referente a uma revisão de literatura, utilizando artigos científicos, dissertações e teses, disponibilizadas online e selecionadas através dos principais bancos de periódicos: Scielo, PubMed, Science-Direct, Elsevier Health Sciences, Lilacs e Google Acadêmico. Para tanto, foram utilizados variados trabalhos publicados preferencialmente nos últimos quinze anos, bem como aqueles publicados fora desse período que contemplaram a discussão da temática. O método de busca, análise e seleção dos dados ocorreram nos idiomas espanhol, inglês e português. A população que fará parte desta pesquisa serão os casos de bronquiolite viral aguda em bebês e crianças inferiores a dois anos de idade. Foi incluída na pesquisa, todos os casos de bronquiolite viral aguda em pacientes pediátricos, utilizando os trabalhos que apresentaram relevância a temática abordada como diagnóstico clínico e tratamento fundamentais para tal desenvolvimento. Foi excluído do estudo: informações que não falam a respeito da BVA, aspectos clínicos que não são de pacientes pediátricos.

## 3. Resultados e Discussão

### 3.1 Diagnóstico

A presente revisão bibliográfica analisou quarenta estudos publicados entre 2010 e 2025, abordando o diagnóstico, tratamento e aspectos epidemiológicos da bronquiolite viral aguda (BVA) em pacientes pediátricos. Os artigos foram selecionados a partir de critérios como foco na população infantil (0 a 2 anos), envolvimento de aspectos clínicos e terapêuticos da BVA e relevância científica.

De acordo com a maioria das revisões citadas, o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é o principal agente etiológico da bronquiolite, especialmente em crianças menores de 12 meses de idade. Outros vírus implicados incluem parainfluenza, adenovírus e rinovírus (Aquino, Salgado, 2017). A variação sazonal foi repetidamente notada, com mais casos ocorrendo durante as estações do outono e inverno (Reis, Maynard, 2024).

Quanto a abordagem diagnóstica, todos os estudos convergem quanto ao papel central da avaliação clínica, baseada na observação de sintomas como taquipneia, sibilância, triagens intercostais e dificuldades respiratória (Oymar, Skjerven, Mikalsen, 2023). Os exames complementares, como radiografia de tórax, hemograma ou testes Virais, são indicados apenas em casos atípicos ou graves.

Em pacientes em que se suspeita de bronquiolite, alguns estudos destacaram a necessidade de avaliar fatores de risco como prematuridade, idade inferior a 6

meses e presença de comorbidades, que aumentariam o risco de evolução para casos grave, o que poderia justificar exames adicionais ou internação hospitalar (Zatti, 2010).

Além disso, a sazonalidade foi indicado como um aspecto relevante para reforçar a suspeita clínica. Alguns estudos notaram uma incidência sazonal de casos entre os meses de março e julho, especialmente em regiões do sudeste brasileiro, como São Paulo, o que auxilia no raciocínio clínico durante triagens em prontos-socorros pediátricos (Redis, Villari, Bastos, Costa, Paiva, Totô, Pap, Costa, 2022 ).

A análise dos dados demonstra que o diagnóstico clínico da bronquiolite viral aguda é amplamente aceito como o padrão ouro na prática pediátrica. A literatura revisada sugere que, a combinação entre a história de infecção viral das vias aéreas superiores e sinais como sibilância, retrações, taquipneia e desconforto respiratório é suficiente para a identificação da doença na maioria dos casos (Oymar, 2014).

Esse padrão segue as recomendações de diretrizes como as da American Academy of Pediatrics (AAP) e do Ministério da Saúde, que desestimulam o uso de exames complementares de forma rotineira. A implementação de tal modelo clínico de diagnóstico reduz o uso excessivo de recursos, evita exposição desnecessária a radiações e contribui para um cuidado mais racional e seguro ( Reis, Maynard, 2024).

Entretanto, os estudos também alertam para situações em que o diagnóstico diferencial com outras condições, como pneumonia, asma ou corpo estranho, pode ser desafiador. Nesses casos, a radiografia de tórax e os painéis virais podem ser utilizados com critério, embora sua influência na conduta terapêutica seja limitada (Ganan, 2022).

A inclusão de critérios de gravidade, como o Escore de Downes ou indicadores clínicos de risco (Por exemplo, apneia, cianose, saturação < 92%), foi considerada como um auxílio para a decisão de internação e necessidade de suporte intensivo. Esses resultados reforçam que, apesar de o diagnóstico ser essencialmente clínico, sua interpretação deve considerar o contexto clínico e epidemiológico individual do paciente (Castro, Remondini, Santos, Prado, 2011).

A sazonalidade é também um fator diagnóstico importante como parâmetro de triagem, especialmente em meses de alta circulação viral. Essa associação temporal soma-se a suspeita clínica e pode reduzir o tempo para início das medidas de suporte, resultando em uma abordagem híbrida com a imposição do treinamento médico e também a limitação de tempo (Sousa, 2022).

### 3.2 Tratamento

A bronquiolite viral aguda (BVA) é a principal causa de hospitalização em lactentes, sendo seu manejo predominantemente baseado em cuidados de suporte clínico. Os dados obtidos na presente revisão confirmam que intervenções farmacológicas amplamente utilizadas na prática clínica não demonstram benefícios significativos na evolução dos quadros de BVA. (Dall' Olio, 2021)

O tratamento recomendado continua sendo o suporte clínico, com ênfase em oxigenoterapia suplementar, indicada quando a saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) está abaixo de 90 a 92% (Ralston, 2014.). A hidratação adequada, seja por via oral, nasogástrica ou intravenosa, é igualmente fundamental, especialmente em pacientes com dificuldade de alimentação e sinais de desidratação.

A nebulização com solução salina hipertônica a 3%, embora estudada como possível recurso terapêutico, demonstrou benefício clínico modesto e inconsistente, sendo indicada apenas em casos hospitalares e com critério clínico bem estabelecido (Caballero, Polack, Stein, 2017). Sua utilização visa promover a remoção de

secreções e reduzir o tempo de internação, mas os estudos mostram variações nos resultados que impedem sua recomendação universal.

Intervenções comumente utilizadas como broncodilatadores (ex.: salbutamol), corticosteroides sistêmicos ou inalatórios e adrenalina inalada foram avaliadas por diversas revisões sistemáticas, mas não demonstraram redução no tempo de internação, melhora clínica significativa ou benefícios em longo prazo. Dessa forma, seu uso rotineiro não é recomendado (Gadonsk, Scribani, 2014.).

O uso de antibióticos deve ser evitado na ausência de sinais clínicos de infecção bacteriana associada, como febre persistente, leucocitose ou imagem sugestiva de pneumonia, para evitar o uso irracional e a resistência antimicrobiana (Ralston, 2014).

A ribavirina, antiviral investigado principalmente em populações imunocomprometidas, também não demonstrou impacto clínico significativo para justificar sua ampla utilização. O palivizumabe, um anticorpo monoclonal utilizado para prevenção do VSR, é recomendado apenas para grupos de alto risco, como prematuros extremos, crianças com displasia broncopulmonar ou cardiopatias congênitas cianóticas, devido ao seu alto custo e necessidade de doses múltiplas (Bonifacio, Fontes, Negrini, Cunha, 2024).

Nos últimos anos, observou-se um avanço significativo no desenvolvimento de vacinas e anticorpos monoclonais de longa duração contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), agente etiológico da bronquiolite viral aguda (BVA). Em 2025, o Ministério da Saúde do Brasil incorporou ao Sistema Único de Saúde (SUS) duas novas tecnologias preventivas: a vacina recombinante Abrysvo, indicada para gestantes, e o anticorpo monoclonal nirsevimabe, destinado a bebês e crianças com comorbidades. Essas medidas visam reduzir a morbimortalidade associada à BVA, com estimativas de prevenir cerca de 28 mil internações anuais de bebês e proteger aproximadamente 2 milhões de recém-nascidos em seus primeiros meses de vida. (Brasil, Ministério da Saúde; 2025)

Dessa forma, os dados analisados reforçam que o tratamento da bronquiolite viral aguda deve continuar baseado em intervenções de suporte, com monitoramento rigoroso e abordagem individualizada, evitando o uso indiscriminado de terapias farmacológicas sem comprovação de eficácia.

#### 4. Conclusão

A bronquiolite viral aguda é uma das doenças respiratórias mais comuns entre crianças pequenas, especialmente aquelas com menos de dois anos de idade. Ao longo deste estudo, foi possível reforçar que o diagnóstico é, na maioria das vezes, clínico, ou seja, baseado na conversa com os responsáveis e na observação cuidadosa dos sinais e sintomas apresentados pela criança. Exames laboratoriais e de imagem podem ser úteis em alguns casos, principalmente quando há suspeita de outras doenças ou complicações mais sérias.

Em relação ao tratamento, o foco é oferecer suporte à criança, aliviando os sintomas e garantindo que ela fique bem durante a recuperação. Isso inclui oferecer oxigênio quando necessário, manter uma boa hidratação e acompanhar de perto a evolução do quadro clínico. O uso de medicamentos como antibióticos, broncodilatadores ou corticoides geralmente não é recomendado, já que não apresentam benefícios comprovados para a maioria dos casos e ainda podem trazer efeitos adversos. A presença e o cuidado dos pais ou responsáveis também fazem toda a diferença, tanto na prevenção quanto no acompanhamento da doença.

Medidas simples, como lavar bem as mãos, evitar contato com pessoas gripadas e manter o aleitamento materno, aumenta a proteção da criança.

Diante de tudo isso, fica claro que o diagnóstico e o tratamento da bronquiolite viral aguda devem seguir orientações baseadas em evidências científicas, respeitando as necessidades de cada paciente e evitando o uso desnecessário de exames ou medicamentos. A padronização das condutas e a educação continuada de profissionais e da população são fundamentais para melhorar o cuidado com essas crianças e reduzir o número de complicações.

## 5. Referências

ANDRADE, N. G. A. de 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.

ANGURANA, Suresh; WILLIAMS, Vijai; TAKIA, Lalit. Acute viral bronchiolitis: a narrative review. *Jornal de Pediatria Intensive Care*, p. 79–86, 2 set. 2020.

AQUINO, J.; SALGADO, M. A bronquiolite aguda das crianças: o que fazer? – Texto para pais. *Saúde Infantil*, v. 39, p. 71–74, 2017.

BARALDI, E. et al. Inter-society consensus document on treatment and prevention of bronchiolitis in newborns and infants. *Italian Journal of Pediatrics*, v. 40, n. 1, 24 out. 2014.

BONIFÁCIO, Mariana Abrantes Maciel *et al.* Bronquiolite aguda em lactentes: uma revisão dos tratamentos atuais e impacto na evolução clínica. *Revista Ibero Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 10, n. 9, p. 2523–2532, 2024.

BOTTAU, P. et al. Something is changing in viral infant bronchiolitis approach. *Frontiers in Pediatrics*, v. 10, 865977, 14 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde incorpora vacina para proteger gestantes e bebês do vírus sincicial respiratório. *Governo Federal*, 17 fev. 2025. Disponível em: <[www.gov.br](http://www.gov.br)>. Acesso em: 10/04/2025.

CABALLERO, M. T.; POLACK, F. P.; STEIN, R. T. Bronquiolite viral em lactentes: novas perspectivas para o manejo e tratamento. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*, v. 93, supl. 1, p. 75–83, 2017.

CASTRO, G; REMONDINI, R.; SANTOS, A. Z.; PRADO, C. Análise dos sintomas, sinais clínicos e suporte de oxigênio em pacientes com bronquiolite antes e após fisioterapia respiratória durante a internação hospitalar. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 29, n. 4, p. 599–605, 2011.

DALL' OLIO, C.; SANT' ANNA, M.; SANT' ANNA, C. Treatment of acute viral bronchiolitis. *Residência Pediátrica*, v. 11, n. 3, 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Vírus sincicial respiratório: Fiocruz alerta contra esse vilão do outono/inverno. Rio de Janeiro, 29 maio 2022. Disponível em: <portal.fiocruz.br>. Acesso em: 04/05/2025.

FERLINI, R. et al. Características e evolução de crianças com bronquiolite viral aguda submetidas à ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 1, p. 55–61, jan. 2016.

GADOMSKI, A. M.; SCRIBANI, M. Bronchodilators for bronchiolitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2014, n. 6, p. CD001266, 2014.

GANAN, C. S. et al. Avaliação dos tratamentos utilizados nos casos de bronquiolite viral aguda no pronto socorro pediátrico. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 5, p. 35737–35758, 2022.

HOUSE, S.; GADOMSKI, A.; RALSTON, S. Evaluating the placebo status of nebulized normal saline in patients with acute viral bronchiolitis: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, p. 250–259, 1 maio 2020.

LI, Y. et al. Estimativas globais, regionais e nacionais de carga de doenças de infecções respiratórias agudas inferiores devido ao vírus sincicial respiratório em crianças menores de 5 anos em 2019: uma análise sistemática. *The Lancet*, v. 399, p. 2047–2064, 2022.

LIMA, M. J. B. et al. Imunoprofilaxia do vírus sincicial respiratório com palivizumabe em crianças em hospital da zona sul de São Paulo. *Revista de La Ofil*, v. 1, n. 31, p. 33–36, 1 dez. 2020.

MAISEL, B. A. et al. Perfil epidemiológico das internações em uma unidade pediátrica do Sistema Único de Saúde. *Fisioterapia Brasil*, v. 16, n. 1, p. 19–24, 2015.

MEISSNER, H. C. Viral bronchiolitis in children. *New England Journal of Medicine*, v. 374, p. 62–72, 2016.

FLORIN, T. A.; PLINT, A. C.; ZORC, J. Viral bronchiolitis. *The Lancet*, v. 19, p. 1–14, 2016.

MACKENZIE, G. A. et al. Infecção por vírus sincicial respiratório, parainfluenza e influenza em crianças pequenas com infecção respiratória inferior aguda na Gâmbia rural. *Scientific Reports*, v. 9, p. 17965, 2019.

OLIO, C. C. D.; ANNA, M. F. P. S.; ANNA, C. C. S. Tratamento da bronquiolite viral aguda. *Residência Pediátrica*, v. 11, n. 3, p. 1–5, 2021.

OYMAR, K.; SKJERVEN, H. O.; MIKALSEN, I. B. Acute bronchiolitis in infants: a review. 2023.

- PEIXOTO, F. G. et al. Bronquiolite viral aguda. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, v. 23, n. 11, e14836, 2023.
- PEREIRA, C. P. et al. Bronquiolite viral: uma revisão narrativa. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 6, p. 1571–1586, 2024.
- REIS, B. A. C.; MAYNARD, L. G. A sazonalidade da bronquiolite em recém-nascidos e lactentes jovens como suporte diagnóstico e terapêutico. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 7, n. 14, p. e141080, 2024.
- REDIS, B. O.; VILLARI, C. H. D. B.; BASTOS, G. T.; COSTA, D. M. M.; PAIVA, M. E. G. V. P.; TOTÔ, M. F.; PAP, S. S.C; COSTA, F. J. F. A incidência da bronquiolite em pacientes pediátricos de 0 a 2 anos no Estado de São Paulo. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 1145–1149, jan./fev. 2022.
- SILVER, A. H.; NAZIF, J. M. Bronchiolitis. *Pediatrics in Review*, v. 40, n. 11, p. 568–576, 2019.
- SOUZA, A. P. et al. Falta de associação entre carga viral e gravidade da bronquiolite aguda em lactentes. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, p. 261–265, 2016.
- SOUSA, A. K. V. de et al. Bronquiolite: condições clínicas e tratamento. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 9, p. 62990–62995, 2022.
- SMITH, D. K.; SEALES, S.; BUDZIK, C. Respiratory syncytial virus bronchiolitis in children. *American Family Physician*, v. 95, n. 2, p. 94–99, 15 jan. 2017.
- SHIEH, Wun-Ju. Human adenovirus infections in pediatric population – an update on clinico-pathologic correlation. *Biomedical Journal*, p. 38–49, 10 set. 2021.
- JARTTI, T. et al. Bronchiolitis needs a revisit: distinguishing between virus entities and their treatments. *Allergy*, v. 74, n. 1, p. 40–52, jan. 2019.
- RALSTON, S. L. et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. *Pediatrics*, v. 134, n. 5, p. e1474–e1502, 2014. DOI: 10.1542/peds.2014-2742.
- ROSA, J. T. da et al. Infecções respiratórias pediátricas: um estudo acerca das internações no Rio Grande do Sul. *Revista Destaques Acadêmicos*, v. 16, n. 3, 2024.
- VIEIRA, C. C. A. R. et al. Estudo epidemiológico de crianças e adolescentes acometidas por síndrome respiratória aguda grave na pandemia da covid-19. *Revista Contexto & Saúde*, v. 24, n. 48, p. e14451, 2024.
- ZATTI, H. Associação entre função pulmonar e bronquiolite em lactentes prematuros. 2010.
- ZHANG, X. L. et al. Expert consensus on the diagnosis, treatment, and prevention of respiratory syncytial virus infections in children. *World Journal of Pediatrics*, v. 20, n. 1, p. 11–25, jan. 2024.



JIMÉNEZ GARCÍA, R. et al. Impact of a new acute bronchiolitis protocol on clinical practice. *Anales de Pediatría*, v. 90, n. 2, p. 79–85, 2019.

VEGA-BRICEÑO, L. E. Atualização de la bronquiolitis aguda. *Neumología Pediátrica (En Línea)*, p. 69–74, 2021.