

GUIA DE PRÁTICA CLÍNICA
SINAIS E SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

ESPIRRO E CONGESTÃO NASAL

1

GUIA DE PRÁTICA CLÍNICA
SINAIS E SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

ESPIRRO E CONGESTÃO NASAL

1

FICHA CATALOGRÁFICA

Conselho Federal de Farmácia.

Guia de prática clínica: sinais e sintomas respiratórios: espirro e congestão nasal / Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 168 p. : il. (Guias de prática clínica para farmacêuticos, 1)

ISBN 978-85-89924-19-1

1. Prescrição farmacêutica. 2. Serviços farmacêuticos. 3. Infecções respiratórias. 4. Atenção à saúde. I. Título. II. Série.

CDU 615.1

DIRETORIA DO CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (2016-2017)

Presidente

Walter da Silva Jorge João

Secretário-geral

José Gildo da Silva

Vice-presidente

Valmir de Santi

Tesoureiro

João Samuel de Morais Meira

CONSELHEIROS FEDERAIS EFETIVOS

Rossana Santos Freitas Spiguel – AC
(2010/2013 - 2014/2017)

Sueza Abadia de Souza Oliveira – GO
(julho 2014 - 2015/2018)

José Gildo da Silva – AL
(2012/2015 - 2016/2019)

Fernando Luis Bacelar de Carvalho
Lobato – MA (2014-2017)

Karla Regina Lopes Elias – AM
(2011/2014)

Luciano Martins Rena Silva – MG
(2012/2015)

Marcos Aurélio Ferreira da Silva – AM
(2015-2018)

Gerson Antônio Pianetti – MG (2016/2019)

Carlos André Oeiras Sena – AP (2014/2017)

Ângela Cristina Rodrigues da Cunha
Castro Lopes – MS (2014-2017)

Altamiro José dos Santos – BA (2014-2017)

Edson Chigueru Taki – MT (2011/2014)

Lúcia de Fátima Sales Costa – CE
(2012/2015)

José Ricardo Arnaut Amadio – MT
(2015/2018)

Luis Cláudio Mapurunga da Frota – CE
(2016/2019)

Walter da Silva Jorge João – PA
(2012/2015 - 2016/2019)

Forland Oliveira Silva – DF
(2014-2017)

João Samuel de Morais Meira – PB
(2012/2015 - 2016/2019)

Gedayas Medeiros Pedro – ES
(2012/2015 - 2016/2019)

Carlos Eduardo de Queiroz Lima – PE
(2012/2015)

Bráulio César de Sousa – PE (2016/2019)	Lérida Maria dos Santos Vieira – RO (2012/2015 - 2016/2019)
José Vilmore Silva Lopes Júnior – PI (2012/2015)	Erlandson Uchôa Lacerda – RR (2010/2013 - 2014/2017)
Oswaldo Bonfim de Carvalho – PI (até maio 2016 – outubro 2016/2019)	Josué Schostack – RS (2012/2015 - 2016/2019)
Elena Lúcia Sales Sousa (junho/setembro 2016)	Paulo Roberto Boff – SC (2012/2015 - 2016/2019)
Valmir de Santi – PR (2010/2013 - 2014/2017)	Vanilda Oliveira Aguiar – SE (2011/2014 - 2015/2018)
Ana Paula de Almeida Queiroz – RJ (2012/2015)	Marcelo Polacow Bisson – SP (2012/2015 - 2016/2019)
Alex Sandro Rodrigues Baiense – RJ (2016/2019)	Amilson Álvares – TO (2011/2014 - 2015/2018)
Lenira da Silva Costa – RN (2012/2015 -2016/2019)	

ELABORAÇÃO

Alessandra Russo de Freitas Conselho Federal de Farmácia	Marta Maria de França Fonteles Universidade Federal do Ceará
Angelita Cristine de Melo Universidade Federal de São João Del-Rei	Maria das Graças Lins Brandão Universidade Federal de Minas Gerais
Carla Penido Serra Universidade Federal de Ouro Preto	Mary Anne Bandeira Universidade Federal do Ceará
Cassyano Januário Correr Universidade Federal do Paraná	Noemia Liege Maria da Cunha Bernardo Universidade do Vale do Itajaí
Daniel Correia Júnior Conselho Federal de Farmácia	Rafael Mota Pinheiro Universidade de Brasília
Josélia Cintya Quintão Pena Frade Conselho Federal de Farmácia	Tarcísio José Palhano Conselho Federal de Farmácia

Thais Teles de Souza
Universidade Federal do Paraná

REVISORES

André Lacerda Ulysses de Carvalho
Organização Pan-Americana da Saúde/
Organização Mundial da Saúde
(OPAS/OMS)

Chiara Erminia da Rocha
Universidade Federal de Sergipe

Felipe Dias Carvalho
Organização Pan-Americana da Saúde/
Organização Mundial da Saúde
(OPAS/OMS)

Joaquim Maurício Duarte Almeida
Universidade Federal de São João Del-Rei

Juliana Nunes Pfeil
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rafael Stelmach
Instituto do Coração do HC-FMUSP

Walleri Christini Torelli Reis
Universidade Federal do Paraná

REVISÃO FINAL

Tarcísio José Palhano
Conselho Federal de Farmácia

José Ruben de Alcântara Bonfim
Secretaria Municipal da Saúde
de São Paulo

COORDENAÇÃO

Josélia Cintya Quintão Pena Frade
Conselho Federal de Farmácia

AGRADECIMENTOS

Ana Kellen Mota da Costa Almeida
Cristiane Macêdo Feijó
Dayani Galato

Hellen Karoline Maniero
Ilana Socolik
Maria Angélica Pires Ferreira
Thiago Gomes da Trindade

PROJETO GRÁFICO

Coordenação de projeto gráfico
Gustavo Russo
Editora fischer2

Projeto gráfico
Cíntia Funchal

Diretor de conteúdo
André Rocha MTB 45653/sp

Editor-chefe
Carlos Ossamu

Editoras
Iracly Paulina e Leda Rosa

Diretores de arte
Demian Russo e Clara Voegeli

Editora de arte
Carolina Lusser

Designers
Renata Lauletta, Laís Brevilheri e Paula Seco

Assistentes de Arte
Cíntia Funchal e Vitória Bernardes

Estagiário
Yuri Miyoshi

Revisão
Flávia Marques, Luisa Soler
e Luciano Munhoz

**Acompanhamento e revisão
do projeto gráfico**
Josélia Cintya Quintão Pena Frade
Maria Isabel Lopes

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

18 **FIGURA 1**
Etapas do raciocínio clínico

108 **FIGURA 2**
Algoritmo geral do raciocínio clínico para o manejo do espirro e da congestão nasal

QUADROS

35 **QUADRO 1**
Afecções clínicas comuns que podem vir acompanhadas de espirro e congestão nasal

39 **QUADRO 2**
Classes de medicamentos disponíveis no Brasil que podem causar congestão nasal

46 **QUADRO 3**
Situações que requerem encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde

53 **QUADRO 4**
Medidas não farmacológicas para o manejo de espirro e congestão nasal

57 **QUADRO 5**
Volume de ingestão de líquido, de acordo com a faixa etária e condições fisiológicas

60 **QUADRO 6**
Medicamentos/fármacos utilizados no tratamento de espirro e congestão nasal

74 **QUADRO 7**
Comparação entre aparelhos de aplicação nasal

78 **QUADRO 8**
Informações farmacológicas a respeito de fitoterápicos e plantas medicinais utilizados no tratamento de espirro e congestão nasal

84 **QUADRO 9**
Orientações quanto ao uso de anti-histamínicos e descongestionantes nasais

86 **QUADRO 10**
Aparelhos de aplicação nasal, componentes, higiene e técnicas de uso

101 **QUADRO 11**
Avaliação dos resultados

106 **QUADRO 12**
Decisão terapêutica para o manejo do espirro e congestão nasal associados ao resfriado comum

107 **QUADRO 13**
Decisão terapêutica para o manejo do espirro e congestão nasal associados à alergia

SUMÁRIO

	15
APRESENTAÇÃO	
	21
1 MÉTODO DE BUSCA DE EVIDÊNCIA	
	25
2 ACOLHIMENTO DA DEMANDA	

29

3 ANAMNESE FARMACÊUTICA E VERIFICAÇÃO DE PARÂMETROS CLÍNICOS

- 3.1 Identificação da(s) necessidade(s) ou do(s) problema(s) de saúde
 - 3.1.1 Início, frequência e duração dos sinais e sintomas
 - 3.1.2 Característicos e gravidade dos sinais e sintomas
 - 3.1.2.1 Espirro
 - 3.1.2.2 Congestão nasal
 - 3.1.3 Fatores que agravam os sinais e sintomas
 - 3.1.3.1 Temperatura ambiente e umidade do ar
 - 3.1.3.2 Poluição ambiente interna (domiciliar)
 - 3.1.3.3 Poluição ambiente externa ou irritantes inespecíficos
 - 3.1.4 Possíveis sinais e sintomas associados
- 3.2 Identificação de situações especiais e precauções
 - 3.2.1 Populações especiais
 - 3.2.2 Intercorrências clínicas
 - 3.2.3 Tratamentos prévios ou concomitantes ao episódio atual
 - 3.2.3.1 Uso prolongado de medicamentos
 - 3.2.3.2 Tratamento prévio para os sinais e sintomas
 - 3.2.4 Preferências e experiências do paciente

43

4 SITUAÇÕES DE ALERTA PARA O ENCAMINHAMENTO

49

5 PLANO DE CUIDADO

- 5.1 Terapia não farmacológica
- 5.2 Terapia farmacológica
 - 5.2.1 Medicamentos, formas farmacêuticas, posologias e contraindicações
 - 5.2.1.1 Aparelhos para aplicação nasal
 - 5.2.2 Fitoterápicos e drogas vegetais
- 5.3 Educação e orientação ao paciente

97

6 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

103

7 DECISÃO TERAPÊUTICA

- 7.1 Terapêutica no manejo do espirro e da congestão nasal
- 7.2 Algoritmo geral de decisão

110

GLOSSÁRIO

126

APÊNDICES

- A Etapas do raciocínio clínico
- B Busca para o manejo, a seleção de estudos e a síntese de evidências
- C Síntese de evidências para o tratamento farmacológico da congestão nasal
- D Síntese de evidências para o tratamento farmacológico da rinorreia e do espirro associados ao resfriado comum
- E Síntese de evidências para o tratamento farmacológico da rinorreia e do espirro associados à alergia
- F Reações adversas a medicamentos

152

REFERÊNCIAS

APRESENTAÇÃO

O espirro e a congestão nasal, de acordo com a segunda edição da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) em seu componente “sinais e sintomas”, são classificados no código “R07” (R: de aparelho respiratório) (COMITÊ INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE ASSOCIAÇÕES NACIONAIS, ACADEMIAS E ASSOCIAÇÕES ACADÊMICAS DE CLÍNICOS GERAIS MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2010). Outros termos sinônimos, como por exemplo, nariz tapado, rinorreia e corrimento nasal (coriza) estão também incluídos neste componente. A classificação CIAP 2 foi elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da Organização Mundial de Médicos de Família (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians - WONCA), e foi traduzida para o português em parceria com a Sociedade Brasileira de Saúde da Família e Comunidade (SBMFC) e com o Ministério da Saúde (COMITÊ INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE ASSOCIAÇÕES NACIONAIS, ACADEMIAS E ASSOCIAÇÕES ACADÊMICAS DE CLÍNICOS GERAIS MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2010).

As queixas explanadas neste guia podem ser consideradas como problemas de saúde autolimitados ou sinais e sintomas de outro problema de saúde, como rinoconjuntivite alérgica, gripe, resfriado, sinusite, entre outros (RUTTER, 2013; GRIEF, 2013; KAHAN; MILER; SMITH, 2008). Quanto a aspectos relacionados à causalidade, o espirro ocorre em cerca de 50% a 70% dos casos de infecções agudas do trato respiratório superior, e a congestão nasal em mais de 80% dos casos (GRIEF, 2013; KAHAN; MILER; SMITH, 2008). Esses sinais e sintomas são frequentes também nas rinites. Analisando-se o estrato etário e o gênero, as crianças que frequentam a escola têm maior prevalência desses sinais e sintomas, bem como de suas complicações (LONGO et al., 2013), e as mulheres são mais acometidas em razão de maior frequência de contato com crianças (GRIEF, 2013; FINKEL; PRAY, 2007).

A morbidade causada por doenças respiratórias representa 30% a 50% do tempo de afastamento do trabalho entre adultos, e por 60% a 80% do tempo de afastamento das escolas entre as crianças (LONGO et al.,

2013). As infecções respiratórias virais agudas estão entre as doenças humanas mais comuns, abrangendo 50% ou mais de todas as enfermidades agudas (GRIEF, 2013).

Para o alívio desses sinais e sintomas, habitualmente o paciente busca o autotratamento, muitas vezes de forma inadequada (RUTTER, 2013; GRIEF, 2013; KAHAN; MILER; SMITH, 2008). A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)/Anvisa, nº 138, de 29 de maio de 2003, descreve algumas classes de medicamentos para o manejo dessas afecções, cuja venda não exigia prescrição médica, a saber (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2003):

- > Anti-histamínicos;
- > Descongestionantes nasais de uso tópico (exceto vasoconstritores);
- > Descongestionantes sistêmicos (fenilefrina).

Esta RDC foi renovada pela RDC nº 98, de 1º de agosto de 2016 (BRASIL, 2016), na qual a Lista de Grupos e Indicações Terapêuticas Especificadas (GITE) será substituída pela Lista de Medicamentos Isentos de Prescrição (LMIP).

O acolhimento da demanda espontânea por motivo de “espirro e congestão nasal”, pelo farmacêutico, contribui para a atenção à saúde, uma vez que reduz o risco do autotratamento inadequado, promove o uso seguro desses medicamentos e amplia o acesso do paciente aos cuidados de saúde (KRINSKY et al., 2014). Este guia tem o propósito de apoiar o farmacêutico no manejo desses sinais e sintomas do aparelho respiratório – Espirro/Congestão Nasal (CIAP 2 – R07), incluindo os seguintes conteúdos:

- > Acolhimento da demanda;
- > Anamnese farmacêutica e verificação de parâmetros clínicos (referências clínicas), identificação da(s) necessidade(s) e do(s) problema(s) de saúde, situações especiais e precauções, e situações de alerta para o encaminhamento;

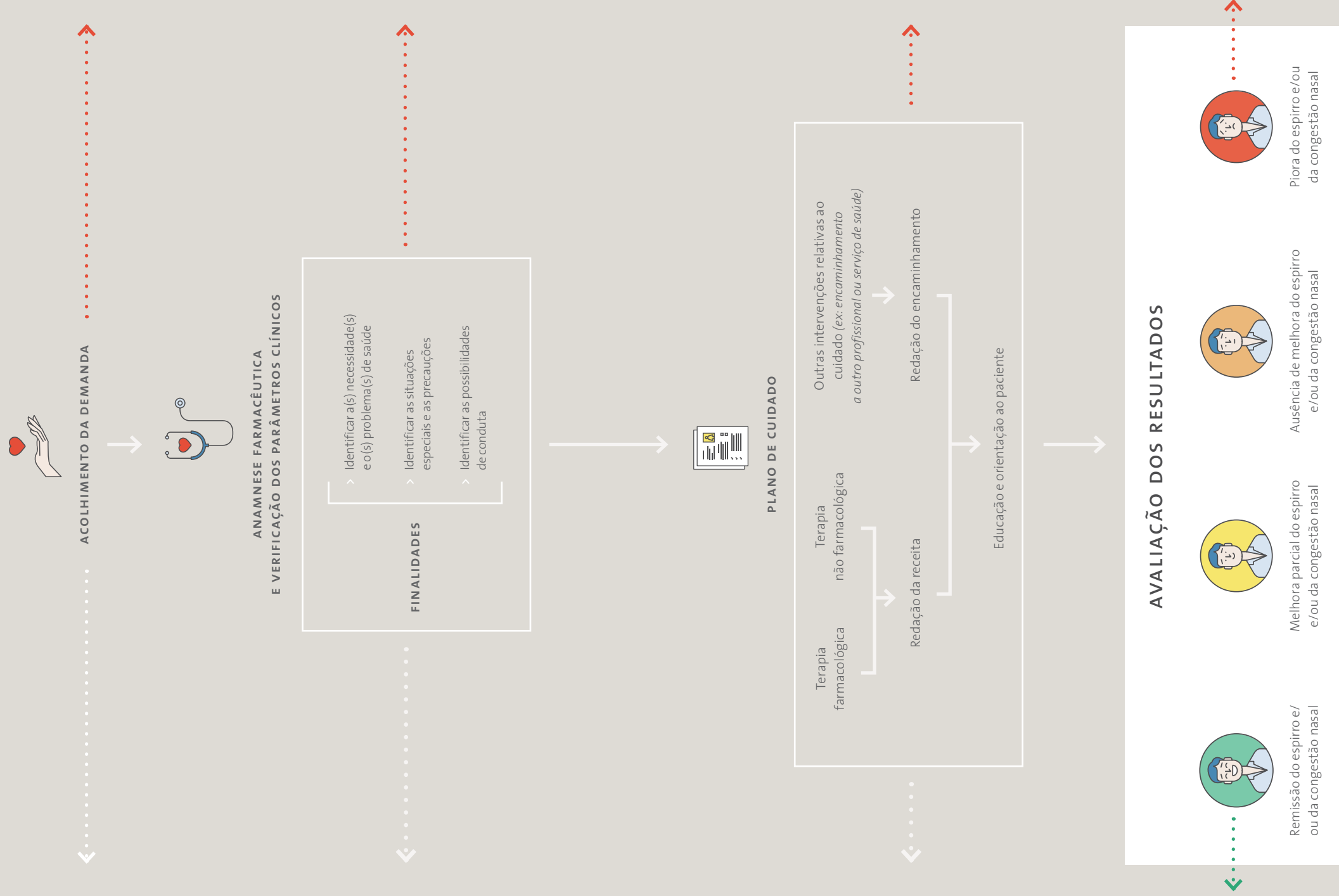
- > Elaboração do plano de cuidado (terapia farmacológica com medicamentos isentos de prescrição médica, terapia não farmacológica e encaminhamento);
- > Avaliação dos resultados.

Essas etapas estão apresentadas na Figura 1 e se referem ao raciocínio clínico utilizado para a elaboração deste documento. Ainda constituem parte integrante da estrutura deste guia os Apêndices: com informações específicas sobre busca, seleção e síntese de evidências*, reações adversas a medicamentos, riscos dos medicamentos na gravidez e lactação, e precedidos de Glossário.

Os sinais e sintomas versados nesse guia também têm como sinônimos os seguintes termos: “aderência nasal, atresia adquirida da narina, atresia nasal adquirida, hidrorreia nasal, obstrução nasal, oclusão nasal, rinorreia, escorrimento pelo nariz, nariz que goteja, escorrimento nasofaríngeo, espirros” (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2008a, 2008b).

*Usa-se habitualmente medicina (ou saúde) com base em evidências como correspondente à expressão em inglês *evidence based medicine*. Não obstante, no Brasil, já ter-se firmado a expressão medicina baseada em evidências, a tradução não está correta; evidência é “qualidade daquilo que é evidente, que é incontestável, que todos veem ou podem ver e verificar” – Prado e Silva A et al (orgs). Grande Dicionário Brasileiro Melhoramentos. 8ª edição, revista e ampliada. 5 v. São Paulo: Melhoramentos; 1975. Também tem o significado de “certeza manifesta” (Anjos M, Ferreira MB. Novo Aurélio Século XXI. 3ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999). E de “qualidade ou caráter de evidente, atributo do que não dá margem à dúvida” (Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2011). Em realidade, é necessário com este enfoque da prática médica e de saúde em geral, que emprega métodos epidemiológicos, provar, por exemplo, que um tratamento farmacológico é melhor que outro. Portanto, a expressão adequada seria medicina (ou saúde) com base em provas.

FIGURA 1
ETAPAS DO RACIOCÍNIO CLÍNICO



LEGENDA:

Desfecho possível a cada etapa



Registro a cada etapa

Fonte: Brasil, CFF (2015)

1

MÉTODO DE BUSCA
DE EVIDÊNCIAS



Para a elaboração deste Guia de Prática Clínica foram considerados os preceitos da saúde com base em evidências, por meio da inclusão e análise de estudos de alta qualidade metodológica – primários (ensaios clínicos controlados ao acaso), e secundários (revisões sistemáticas e meta-análises). A estratégia de busca bibliográfica foi feita nas bases de dados Pubmed, UpToDate e Micromedex. Para tanto, foram utilizados descritores e termos relacionados aos sinais e sintomas referidos neste guia, tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, conforme apresentado abaixo:

Termos MeSH: *signs and symptoms, respiratory [major], nasal obstruction, sneezing, common cold, rhinovirus, coronavirus, rhinitis, sinusitis, influenza human, nasal cavity, nasal decongestants, nasal lavage, histamine antagonists [pharmacological action], histamine h₃ antagonists [pharmacological action], histamine h₂ antagonists, histamine h₁ antagonists, histamine antagonists.*

Termos DeCS: coriza

Termos livres: *common cold, rhinovirus, rhinitis, sinusitis, influenza, rhinorrhea, nasal congestion, runny nose, nasal decongestants, nasal lavage, histamine antagonists.*

O detalhe da busca para o manejo do espirro e da congestão nasal, o fluxograma contendo o processo de seleção dos estudos e a síntese de evidências quanto ao manejo do espirro e da congestão nasal estão descritos no Apêndice B.

2

ACOLHIMENTO
DA DEMANDA



Todo paciente que busca a solução de um problema de saúde com o farmacêutico espera ser acolhido e ter o seu problema resolvido. Acolher significa receber bem, dar conforto, escutar e se tornar responsável pelo atendimento da queixa apresentada pelo paciente ou, no mínimo, auxiliá-lo na escolha do melhor itinerário terapêutico (BRASIL, 2011, 2013). Nos casos em que o farmacêutico decida intervir nas necessidades e problemas de saúde identificados, ele assume a responsabilidade formal e se compromete em selecionar terapias adequadas, no seu âmbito de atuação, fundamentado em princípios éticos e na legislação vigente.

Existem situações nas quais o atendimento farmacêutico pode não ser o suficiente. Nestas, a melhor conduta pode ser a indicação do serviço de saúde mais próximo e acessável, ou o contato direto com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), conforme a gravidade da situação. Cabe ao farmacêutico interpretar cada caso e decidir sobre qual medida adotar. Para a tomada de decisão, servem de guia as situações que representam situações de alerta para o encaminhamento do paciente, descritas no Capítulo 4 deste guia.

A finalidade do acolhimento é identificar situações que reque-rem a intervenção do farmacêutico ou a necessidade de aten-dimento rápido do paciente por outro profissional ou serviço de saúde.

3

ANAMNESE FARMACÊUTICA E VERIFICAÇÃO DE PARÂMETROS CLÍNICOS



Durante o processo de anamnese, o farmacêutico deve buscar informações que permitam interpretar se os sinais e sintomas (espirro e congestão nasal) estão relacionados a problemas de saúde autolimitados ou a outras intercorrências clínicas com maior gravidade. A anamnese deve orientar quanto à seleção da intervenção mais adequada ao paciente, o que inclui o encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde.

3.1 IDENTIFICAÇÃO DA(S) NECESSIDADE(S) OU DO(S) PROBLEMA(S) DE SAÚDE

3.1.1 Início, frequência e duração dos sinais e sintomas

O surgimento da congestão nasal pode ser rápido ou não, conforme sua causa. No resfriado comum, este sinal, associado ou não aos espirros, pode ocorrer de pronto, exacerbando-se em até 2 a 4 dias, com remissão espontânea sem sequelas. Essas manifestações clínicas normalmente apresentam duração de 10 a 14 dias. Caso permaneçam além desse tempo, considerar a possibilidade de infecções como sinusites. Na rinoconjuntivite alérgica, o espirro e a congestão nasal surgem habitualmente minutos depois do contato com o alérgeno (SEXTON; MCCLAIN, 2016; TAN et al., 2008; KRINSKY et al., 2014; LONGO et al., 2013; BLENKINSOPP; PAXTON; BLENKINSOPP; 2008; EDWARDS; STILLMAN, 2006).

A informação de recorrência de espirro e/ou congestão nasal (mais que sete episódios ao ano) é sugestivo da necessidade de pesquisa a respeito da ambiência de trabalho, social e familiar do paciente, para a identificação de desencadeadores em potência destas manifestações e/ou da necessidade de encaminhamento ao médico para elucidação diagnóstica (KRINSKY et al., 2014).



A queixa de espirro e congestão nasal por um tempo superior a dez dias é situação de alerta para encaminhamento ao médico, assim como a recorrência frequente de episódios.

3.1.2 Característicos e gravidade dos sinais e sintomas

A gravidade do espirro e da congestão nasal pode ter influências de fatores: o agente causal, a idade do paciente, a existência de intercorrências clínicas ou de sinais e sintomas concomitantes, como infecções das vias aéreas superiores (IVAS), rinite persistente, uso contínuo de medicamentos, tabagismo ativo ou passivo, existência de corpo estranho, poluição ambiente, agentes relacionados ao trabalho e alérgenos (KRINSKY et al., 2014; RUTTER, 2013).

3.1.2.1 Espirro

O espirro é uma resposta reflexa decorrente da congestão nasal e/ou da irritação da mucosa. Quando este sinal ocorre *em salvas*, isto é, repetidos, e é acompanhado de lacrimejamento, rinorreia aquosa, prurido nasal e ocular, e congestão nasal, pode ser um sinal sugestivo de rinoconjuntivite alérgica que requer encaminhamento ao médico, conforme descrito no Capítulo 4 (BRASIL, 2010; BLENKINSOPP, A.; PAXTON; BLENKINSOPP, P., 2008; EDWARDS; STILLMAN, 2006).

3.1.2.2 Congestão nasal

A congestão nasal é um sinal frequente que ocorre em decorrência da dilatação de vasos sanguíneos nasais (KRINSKY et al., 2014). A mucosa fica edemaciada, geralmente com hiperemia e encoberta por secreção mucoide. Durante os primeiros dois dias, a rinorreia é caracterizada por secreção nasal clara, rala e/ou aquosa.

Nas IVAS, quando o sinal permanece por mais que dois dias, a secreção torna-se mais espessa e amarelada ou esverdeada, por causa da liberação de mieloperoxidase pelas células polimorfonucleares. Isto usualmente não indica uma infecção secundária nos seios da face, a menos que não se resolva entre 10 a 14 dias do início da congestão. Com a melhora da infecção, a secreção se torna novamente clara, rala e/ou aquosa (KRINSKY et al., 2014; LONGO et al., 2013).



O muco em excesso, particularmente se purulento, com desconforto crânio-facial e dor na arcada dentária, sugere rinosinusite bacteriana. Esta é uma situação de alerta para encaminhamento ao médico.

3.1.3 Fatores que agravam os sinais e sintomas

3.1.3.1 Temperatura ambiente e umidade do ar

Permanecer em lugar frio ou úmido não aumenta a possibilidade de surgimento do espirro ou da congestão nasal; no entanto, ar excepcionalmente seco é fator predisponente, assim como mudanças bruscas de temperatura (FINDEL; PRAY, 2007). O espirro e a congestão nasal no resfriado comum são mais frequentes em estações frias, sobretudo no fim do outono e início do inverno (GRIEF, 2013; BENSENÖR; ATTA; MARTINS, 2002).

3.1.3.2 Poluição ambiente interna (domiciliar)

A obstrução nasal está associada à poluição do ar. Os principais desencadeantes do meio ambiente que agravam o espirro/congestão nasal são: ácaros, fungos, pólen, fezes, urina, componentes de insetos e de animais que têm pelo ou pena (Exemplo: baratas, aves, cães e gatos) (BRASIL, 2010).

3.1.3.3 Poluição ambiente externa ou irritantes inespecíficos

Os principais irritantes inespecíficos que desencadeiam espirro e congestão nasal, por resposta não imunológica, são a fumaça do cigarro, a serragem de madeira e os compostos voláteis, como os utilizados em produtos de limpeza e construção civil (Exemplo: cloro, amônia, ácidos fortes, tintas, solventes, entre outros) (KRINSKY et al., 2014; FINKEL; PRAY, 2007).

3.1.4 Possíveis sinais e sintomas associados

Existem outros sinais e sintomas associados ao espirro e à congestão nasal, como febre, dor de cabeça, dor de garganta, artralgia, mialgia, tosse, prurido ocular, otalgia, dispneia, entre outros, que devem ser investigados pelo farmacêutico por causa da possibilidade de manejo ou da necessidade de encaminhamento (Quadro 1). Não é objeto deste guia o manejo desses sinais e sintomas associados. Contudo, é imperativa sua identificação para a definição da conduta, incluindo o encaminhamento para diagnóstico médico nos casos necessários (KRINSKY et al., 2014; RUTTER, 2013; BRASIL, 2013C; EDWARDS; STILLMAN, 2006).

QUADRO 1

Afecções clínicas comuns que podem vir acompanhadas de espirro e congestão nasal.

AFECÇÃO CLÍNICA	SINAIS E SINTOMAS ADICIONAIS
Asma	Tosse, dispneia, sensação de “aperto no peito” e sibilância.
Coqueluche (tosse comprida)	Fase inicial catarral (rinorreia, tosse leve) de 1 a 2 semanas, seguida de 1 a 6 semanas de acessos de tosse.
Faringoamidalite bacteriana	Dor de garganta (moderada a grave), febre, exsudato (placas de pus) e adenomegalia cervical.
Gripe	Mialgia, artralgia, febre, dor de garganta, tosse não produtiva e fadiga, de moderada a grave.
Otite média	Pressão no ouvido (causada pelo acúmulo de secreção), dor de ouvido, otorreia, redução da audição e tontura.
Pneumonia	Sibilância, dispneia, sensação de “aperto no peito”, tosse produtiva, mudanças na cor da secreção pulmonar e febre persistente.
Resfriado	Dor de garganta (leve a moderada), rinorreia, febre baixa, calafrio, dor de cabeça, fadiga, mal-estar, mialgia e tosse.
Rinoconjuntivite alérgica	Lacrimejamento, coceira em olhos, nariz ou garganta, espirros em salvas, congestão nasal, rinorreia aquosa e olhos avermelhados.
Sinusite	Tosse seca e/ou dor facial moderada a grave (agravada com mudança na posição da cabeça), febre, dor nos dentes, halitose, duração dos sintomas maior do que sete dias e com baixa resposta ao uso de descongestionantes nasais.

Fonte: Adaptado de Krinsky et al. (2014).

3.2 IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES ESPECIAIS E PRECAUÇÕES

Os fatores apresentados a seguir podem interferir tanto na história natural e no prognóstico da queixa apresentada pelo paciente, como na seleção das terapias não farmacológica e farmacológica. Eles devem ser investigados de modo amplo pelo farmacêutico na anamnese, e incluem o ciclo de vida, as doenças concomitantes, os medicamentos em uso pelo paciente, os tratamentos prévios feitos para os sinais e sintomas e a experiência do paciente.

3.2.1 Populações especiais

O risco de complicações das IVAs e o uso de medicamentos durante a gravidez e a lactação, assim como em crianças e idosos, configuram situações especiais. Isso decorre de características fisiológicas peculiares desses grupos, que influem tanto na história natural e no prognóstico, como na farmacocinética e farmacodinâmica de alguns medicamentos.



Em **crianças**, o uso de algumas classes terapêuticas é contraindicado até os 2 anos de idade, em razão de baixa eficácia, do risco de reações adversas e de maior vulnerabilidade a complicações respiratórias. A agência norte-americana Administração de Alimentos e Medicamentos – *Food and Drug Administration* (FDA) mantém vigilância quanto ao uso desses medicamentos entre 2 a 11 anos de idade (KRINSKY et al., 2014; BRASIL, 2013c). Os medicamentos utilizados para o tratamento sintomático de resfriado e tosse estão entre as 20 principais causas de intoxicação em crianças até cinco anos de idade, e por este motivo a prescrição de tais medicamentos para esta faixa etária deve ser feita com cautela (BRONSTEIN et al., 2010).



Na **gravidez** ocorrem várias alterações das funções respiratória e circulatória, com aumento do risco de edema em mucosas do trato

respiratório superior. Nas mucosas nasais, o aumento das concentrações de progesterona e as alterações anatômicas levam a um aumento da vascularização e edema (COSTANTINE, 2014). Contudo, alguns medicamentos devem ser evitados, por causa de risco para o feto e risco de ruptura prematura de membranas. Durante a lactação, o consumo de medicamentos deve ser criterioso (ver detalhe no Apêndice F).



Nos **idosos**, as alterações farmacocinéticas e fisiológicas devem ser consideradas, visto que interferem diretamente na resposta aos medicamentos (LUISI et al., 1999). Adicionalmente, há mudanças que levam à diminuição da capacidade pulmonar e ao aumento de predisposição ao aparecimento de doenças respiratórias, como resfriados, gripes e pneumonia. Além disso, existe alta prevalência de uso contínuo de medicamentos, favorecendo a ocorrência de interações por medicamentos e reações adversas (COETZER, 2012). Ressalte-se, quanto ao emprego da farmacoterapia, que os idosos são tão mais sensíveis aos efeitos H_1 dos anti-histamínicos no sistema nervoso central, quanto aos efeitos anticolinérgicos, extrapiramidais e cardiovasculares. No Brasil, fármacos como doxilamina, difenidramina e clorfeniramina existem em combinações de dose fixa, para o tratamento de gripe e resfriado. A difenidramina, mais especificamente, aumenta os riscos de alterações psicomotoras e cognitivas, contribuindo para o risco de queda entre idosos (NOVAES, 2007).

A prescrição de medicamentos a esses pacientes, quando necessária, deve ser feita na menor dose terapêutica efetiva e pelo menor período de tempo possível. É importante também a escolha de esquemas posológicos simples, a avaliação das intercorrências clínicas e do risco de possíveis interações por medicamentos, de modo a reduzir desfechos negativos com o tratamento (COETZER, 2012; COVINGTON et al., 2004). Na dúvida, a melhor conduta é encaminhar ao médico para avaliação.

3.2.2 Intercorrências clínicas

O espirro e a congestão nasal em pacientes com asma, rinite, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipertensão arterial, angina, doença tireoidiana e diabetes *mellitus* podem contribuir para a exacerbação e o descontrole dessas doenças (BLENKINSOPP; PAXTON; BLENKINSOPP, 2008). A existência dessas intercorrências clínicas acarreta restrições na escolha terapêutica (TRUVEN HEALTH ANALYTICS, 2015). Informações a respeito de limitações relacionadas a intercorrências clínicas podem ser obtidas nos Capítulos 4, 5.2.1, e 5.2.2.

3.2.3 Tratamentos prévios ou concomitantes ao episódio atual

3.2.3.1 Uso prolongado de medicamentos

A utilização de medicamentos pelo paciente deve ser avaliada como parte da anamnese farmacêutica, visto que alguns podem ser a causa da congestão nasal. No Quadro 2 são apresentadas algumas classes terapêuticas que podem produzir congestão nasal como reação adversa. Em geral, alguns anti-hipertensivos e medicamentos usados para o tratamento de disfunção erétil estão entre os que produzem vasodilatação com maior frequência. Paradoxalmente, a causa mais comum de congestão nasal crônica não alérgica é o uso abusivo de descongestionantes adrenérgicos, principalmente por via nasal, gerando a chamada “rinite causada por medicamento ou de rebote” (BHATTACHARYYA, 2014).



O farmacêutico deve encaminhar ao médico o paciente dependente de descongestionante nasal tópico que não responde à retirada escalonada por meio de medidas não farmacológicas propostas (ver Quadro 4) ou os que apresentam complicações (ver Quadro 3), uma vez que a análise da extensão do dano nasal é indispensável.

QUADRO 2

Classes de medicamentos disponíveis no Brasil que podem causar congestão nasal.



Contraceptivos hormonais	
Anti-hipertensivos	principalmente alfa-bloqueadores e bloqueadores de canais de cálcio
Hormônios tireoidianos	como a levotiroxina
Antidepressivos	
Benzodiazepínicos	
Inibidores da enzima fosfodiesterase do tipo 5	principalmente sildenafil
Descongestionantes tópicos	a partir de 72 horas de uso

Fonte: Bhattacharyya (2014).

3.2.3.2 Tratamento prévio para os sinais e sintomas

Durante a anamnese farmacêutica, faz-se necessário avaliar a história de uso prévio de algum medicamento para tratar a congestão nasal ou o espirro, principalmente nos casos em que houve falha terapêutica ou reações adversas. Esta análise pode fornecer informações sobre as preferências do paciente, eventuais erros de administração do medicamento e a recorrência dos sinais/sintomas. Além disso, o tratamento prévio pode mascarar outros sinais e sintomas importantes para a definição do plano de cuidado.



O uso recorrente de medicamentos para o tratamento do espirro e da congestão nasal indica a necessidade de investigação diagnóstica de problemas de saúde.

O uso de descongestionante nasal por um período superior a 72 horas pode causar rinite por medicamento ou de rebote. Nestes casos, deve ser avaliada a necessidade de educação quanto ao uso destes medicamentos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL, 2012; FINKEL; PRAY, 2007).

Nestas situações, o paciente deve ser encaminhado ao médico.

3.2.4 Preferências e experiências do paciente

Para a definição da conduta terapêutica é importante que o farmacêutico considere as preferências do paciente e a sua experiência com tratamentos, produtos ou formas farmacêuticas específicas acessáveis e/ou disponíveis, assim como os fatores éticos e legais da provisão do cuidado em saúde.

Em relação às formas farmacêuticas de uso tópico nasal, devem-se avaliar vantagens e desvantagens de cada uma. No mercado existem diferentes aparelhos para aplicação nasal, tais como frasco conta-gotas, frasco gotejador, seringa para aplicação nasal, bomba de *spray* nasal, *spray* nasal, (Quadros 7 e 10). Esses aparelhos, por exigirem certo grau de habilidade motora, podem ser de difícil manuseio por alguns pacientes (KRINSKY et al., 2014; FINKEL; PRAY, 2007).

Na possibilidade de prescrição de descongestionantes, é importante considerar que as formas farmacêuticas de aplicação nasal podem ser preferidas por pacientes que sentem algum transtorno para engolir, e com intercorrências clínicas específicas, como hipertensão arterial, visto sua menor potência de efeito hipertensor sistêmico. Contudo, neste caso, só está disponível para prescrição do farmacêutico a solução salina de cloreto de sódio a 3%, uma vez que os vasoconstritores tópicos são de prescrição médica. No mercado brasileiro, somente os vasoconstritores sistêmicos, isto é, para uso por via oral, são isentos de prescrição médica.

4

SITUAÇÕES DE ALERTA PARA O ENCAMINHAMENTO



No Quadro 3 estão listadas situações que requerem encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde para diagnóstico e tratamento específico. Em geral, o farmacêutico deverá encaminhar todo paciente que apresentar sinais/sintomas persistentes ou graves, ou ainda recorrentes, e que não foram aliviados com tratamento prévio, ou sempre que não houver condições de identificar a necessidade de saúde do paciente (KRINSKY et al., 2014).

Com base na análise das informações coletadas, o farmacêutico, excluindo os casos de encaminhamento identificados na anamnese farmacêutica, procederá à seleção de condutas e elaboração de seu plano de cuidado, partilhado com o paciente, a fim de atender às necessidades e problemas de saúde dele.

Fonte: Adaptado de European... (2012); Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia, Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (2012), Finkel e Pray (2007), Covington et al. (2004), Sexton e McClain (2016) e Tan et al. (2008).

QUADRO 3

Situações que requerem encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde.



- > **Crianças com idade inferior a dois anos:** maior risco de complicações; difícil coleta das informações, ou ausência de evidência para o uso de medicamentos nesta faixa etária;



- > **Idoso em situação de fragilidade:** existência de declínio cognitivo e dependência, na ausência de cuidador; inconstância postural ou limitação motora, que comprometa a capacidade de realizar o tratamento; existência de intercorrências clínicas (Exemplo: doenças cardiovasculares, respiratórias e metabólicas) ou polifarmacoterapia;



- > **Pacientes acima de 75 anos;**

- > **Espirro e/ou congestão nasal persistente por mais que 10 a 14 dias sem tratamento:** podem estar relacionados a doenças respiratórias (Exemplo: rinite persistente, sinusite);
- > **Ausência de melhora, ou piora, dos sinais/sintomas com até sete dias de tratamento:** podem estar relacionadas ao uso incorreto do medicamento, à infecção secundária, ou ligada a intercorrências clínicas (Exemplo: rinite, sinusite);
- > **Obstrução nasal:** descrição de congestão nasal unilateral (suspeita de corpo estranho);
- > Espirros *em salvas*, acompanhados de rinorreia aquosa, lacrimejamento e prurido nasal persistentes, relacionados ou não à história de alergia, podem sugerir rinoconjuntivite alérgica;
- > Pacientes com história de uso contínuo de descongestionantes nasais e quadro condizente com rinite causada por medicamentos, com sinais de complicações (Exemplo: sangramento nasal, dor local, lesões intranasais), ou insucesso de retirada escalonada de descongestionantes;

- > Tosse com secreção excessiva, aspecto purulento, fétido e/ou existência de sangue pode estar relacionada à bronquite, pneumonia, DPOC, insuficiência cardíaca congestiva – ICC, entre outras;
- > **Tosse persistente por mais de 14 dias ou tosse recorrente:** podem estar relacionadas ao tabagismo (ativo ou passivo); medicamentos (Exemplo: inibidores da enzima conversora de angiotensina); doenças gastrointestinais (Exemplo: doença do refluxo gastroesofágico - DRGE), respiratórias (Exemplo: asma e sinusite crônica) ou cardiovasculares (Exemplo: ICC), entre outras (Exemplo: câncer pulmonar, filariose);
- > **Dispneia ou taquipneia:** podem estar associadas a doenças respiratórias (Exemplo: asma, DPOC, pneumotórax), cardíacas (Exemplo: ICC, doença arterial coronariana – DAC, hipertensão pulmonar);
- > **Dor torácica:** pode estar relacionada a doenças cardíacas (Exemplo: angina), pulmonares (Exemplo: pneumonia), gastrointestinais (Exemplo: esofagite/DRGE), musculoesqueléticas (Exemplo: costochondrite), entre outras (Exemplo: herpes zoster, câncer);
- > **Suspeita de infecção bacteriana de vias aéreas superiores:** pode estar relacionada à sinusite, otite, faringoamigdalite;
- > **Adenomegalia:** suspeita de infecção bacteriana;
- > Febre acima de 38°C, persistente por período superior a 24 horas, mesmo sob tratamento: possivelmente relacionada a processo infectante;
- > **Dor de cabeça persistente (por 15 dias), sem causa secundária:** pode estar relacionada à meningoencefalite, sinusite, uso excessivo de analgésico, entre outros;
- > Grávidas com sinais/sintomas persistentes depois de irrigação nasal;
- > Congestão nasal persistente, com suspeita de ser provocada pelos medicamentos descritos no **Quadro 2**.

5

PLANO DE CUIDADO



O plano de cuidado do paciente envolve a seleção de condutas para promover a resolução ou o alívio dos sinais e sintomas, propiciando o seu bem-estar e a prevenção de complicações. O plano contém as ações partilhadas entre o farmacêutico e o paciente, com base nas melhores evidências disponíveis, e partilhadas com o restante da equipe de saúde envolvida no cuidado.

No atendimento da demanda por motivo de espirro e congestão nasal, são possíveis as seguintes condutas (BRASIL, 2013a, 2014a):

- Encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde;
- Terapia não farmacológica;
- Terapia farmacológica;
- Outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente.

5.1 TERAPIA NÃO FARMACOLÓGICA

A terapia não farmacológica contribui como recurso adjuvante ao tratamento farmacológico. As finalidades desta terapia são (KRINSKY et al., 2014; FINKEL; PRAY, 2007; EDWARDS; STILLMAN, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA/ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA/ PEDIATRIA, 1996):

- Reduzir o desconforto;
- Manter as vias aéreas superiores hidratadas;
- Auxiliar na remoção mecânica da secreção nasal;
- Tornar fácil o fluxo de ar nas vias respiratórias;
- Diminuir a exposição aos alérgenos inaláveis.

A remoção de secreções nasais e a hidratação de vias aéreas são medidas não farmacológicas que visam a oferecer conforto ao paciente com congestão nasal e/ou espirro. Constituem recursos mais especí-

ficos: a ingestão de fluidos e a umidificação das vias aéreas e da ambiência (KRINSKY et al., 2014; EDWARDS; STILLMAN, 2006). No caso de os sinais/sintomas do paciente estarem associados ao resfriado comum são recomendados, adicionalmente, o descanso e a manutenção de uma nutrição sadia (KRINSKY et al., 2014).

Em pacientes com história de alergia, recursos para diminuir a exposição aos fatores desencadeantes devem ser recomendados. Criar uma ambiência livre de alérgenos nas residências dos pacientes é impossível; por isso, recomenda-se que as orientações sejam flexivas e considerem a gravidade do sinal/sintoma, a capacidade individual e as condições socioeconômicas da família (BRASIL, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA/ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA/PEDIATRIA, 1996). É importante que o farmacêutico estimule o paciente a reconhecer os fatores que desencadeiam os sinais/sintomas e a encontrar meios para evitar ou reduzir sua exposição a eles (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA/ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA/PEDIATRIA, 1996). Os principais fatores desencadeantes são: fumaça, substâncias irritantes e poluentes, poeira, mofo, componentes de insetos e animais que possuem pelo ou pena, pólenes, medicamentos contendo salicilatos e metabissulfito (BRASIL, 2010; CASTRO; VALLS, 2004). Além disso, é importante que sejam propostas atitudes concretas como a limpeza da ambiência e a redução/cessação do tabagismo, entre outras medidas não farmacológicas, que poderão ser identificadas no Quadro 4 (DIPIRO et al., 2014; KRINSKY et al., 2014; BRASIL, 2013; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL, 2012).

QUADRO 4

Medidas não farmacológicas para o manejo de espirro e congestão nasal.

CONDUTA	JUSTIFICAÇÃO/COMENTO
> Orientar quanto à ingestão de líquidos – água, suco, chás, caldos e sopas –, em volume adequado à faixa etária (ver Quadro 5).	A manutenção das vias aéreas superiores hidratadas favorece a eliminação do muco e a permeabilidade das vias respiratórias; Não foram encontrados ensaios clínicos que abordem a conduta frente aos desfechos.
> Evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e cafeinadas.	Elas podem aumentar a desidratação.
> Recomendar a umidificação da ambiência onde se mora ou trabalha por meio de umidificador ou vaporizador, em situações de baixa umidade relativa do ar (<30%).	Ambiências muito secas podem ressecar a mucosa nasal e originar espirro ou congestão nasal. Contudo, evitar umidificar excessivamente, pois se houver muita umidade ocorre o crescimento de fungos, especialmente com o uso de vaporizadores (calor úmido). Adicionalmente, recomenda-se fazer a higiene do equipamento para prevenir contaminação, especialmente fúngica. Resultados agrupados de 3 ensaios clínicos demonstraram possíveis benefícios de vapor no alívio dos sinais/sintomas do resfriado comum (OR 0,31 [IC 95% 0.16 - 0.60]). Contudo, ainda são necessários estudos adicionais, com qualidade, para comprovar a recomendação e orientar a prática clínica.
> Indicar o uso de lenço de papel descartável ou aspirador nasal devidamente higienizado, para a remoção de secreções das vias aéreas superiores. A limpeza das secreções deve ser feita sem esforço excessivo, a fim de evitar inflamações no ouvido, especialmente em crianças.	Favorece a eliminação do muco e a permeabilidade das vias respiratórias, e limita a propagação de vírus para ouvidos e seios da face.

CONDUTA	JUSTIFICAÇÃO/COMENTO
<ul style="list-style-type: none"> > Evitar ou diminuir a exposição ao fumo (ativo e passivo); > Estimular a redução/cessação tabágica e encorajar o paciente a participar de programas para este fim; > Identificar, por meio de anamnese, o padrão de uso do tabaco, detalhadamente (quantidade, horários, situações que estimulam o tabagismo, crenças, custos de aquisição, entre outros); > Promover a retirada escalonada com medidas concretas, baseadas no padrão de uso do tabaco. Várias técnicas são possíveis: <ul style="list-style-type: none"> · Retardar o horário de fumar (primeiro e último cigarro); · Cortar o cigarro ao meio; · Reduzir o número de cigarros por semana. 	<p>O fumo pode contribuir para a irritação da mucosa nasal, causando espirros e congestão nasal, assim como favorece a instalação e progressão de infecção bacteriana e outras doenças respiratórias crônicas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> > Cessar a dependência do uso de descongestionante nasal¹: > Induzir o paciente a considerar a possibilidade de retirada do medicamento; > Identificar, por meio de anamnese, o padrão de uso do medicamento, detalhadamente (quantidade, horários, circunstância, crenças, entre outros); > Promover a retirada escalonada: uma narina por vez, diluição com solução de cloreto de sódio a 0,9% ou redução da frequência de aplicação do descongestionante tópico; > Encaminhar ao médico, caso haja necessidade de uso de corticosteroide tópico. 	<p>Descongestionantes nasais adrenérgicos podem causar vasodilatação de rebote.</p>

CONDUTA	JUSTIFICAÇÃO/COMENTO
<ul style="list-style-type: none"> > Orientar o paciente alérgico a evitar a exposição aos fatores desencadeantes, por meio de medidas concretas: > Lavar as roupas de cama, pelo menos uma vez por semana; > Expor ao sol, uma vez por semana, por 2 a 3 horas, travesseiros e colchões, ou pelo menos virar o colchão; > Trocar os colchões a cada 10 anos e os travesseiros anualmente (preferir travesseiros preenchidos com material sintético); > Não sacudir as roupas de cama; > Manter a casa bem ventilada e limpa, passando pano úmido, diariamente, no piso e rodapés, e em móveis. Não utilizar vassouras ou espanadores; > Preferir os aspiradores de pó com filtros especiais; > Retirar o maior número possível de objetos que acumulem poeira, mantendo no quarto apenas o mobiliário necessário; > Evitar o uso de roupas que ficam muito tempo guardadas; > Reparar lugares com infiltração e vazamentos; > Evitar lugares onde a exposição a fungos é elevada (porões); > Manter as latas de lixo sempre limpas; > Evitar manter água nas plantas e retirá-las de dentro de casa; > Recolher folhas e dejetos do jardim; 	<p>A diminuição de exposição a alérgenos inaláveis se relaciona à redução da degranulação de histamina dos mastócitos, com subsequente diminuição da congestão nasal.</p> <p>A exposição à poluição ambiente e a irritantes usados na preparação de produtos está ligada ao aumento do risco de rinossinusite;</p> <p>A função dos cílios do sistema respiratório está diminuída durante a exposição à fumaça do cigarro. Estudos <i>in vitro</i> demonstram que a densidade da fumaça do cigarro repercute na ciliogênese de modo dose-dependente.</p>

CONDUTA	JUSTIFICAÇÃO/COMENTO
<ul style="list-style-type: none"> > Evitar contato com partes de insetos e de animais que têm pelo ou pena; > Evitar a exposição a irritantes como <i>spray</i> de cabelo, tintas, fumaça de fogões, perfumes, produtos de limpeza e outros produtos químicos; > Preferir produtos de limpeza pessoal e domiciliar, sem odor forte ou sem perfume; > Evitar fogões de lenha e fogueiras; > Evitar fogareiros ou lareiras à querosene no interior da casa; > Evitar contato com fumaça de carros e produtos da queima de plásticos ou borrachas; > Evitar contato com o agente que sabidamente desencadeia os sinais/sintomas. 	
<ul style="list-style-type: none"> > Lavar frequentemente as mãos com água e sabão. 	Estudos demonstram que lavar as mãos com água e sabão reduz a transmissão de infecções respiratórias virais. O uso de substâncias desinfetantes (como álcool) também pode reduzir a transmissão, embora seja menos efetivo do que lavar as mãos (JEFFERSON et al., 2008).
<ul style="list-style-type: none"> > Ingerir mel. 	O uso de 2,5mL de mel uma vez ao dia foi associado à melhora sintomática em crianças (PAUL et al., 2007).

¹ A terapia de cognição/comportamento é um recurso para o tratamento de dependência. Neste caso, pode ser empregada para a retirada escalonada de descongestionante nasal e de tabaco. Caso essa conduta seja escolhida, recomenda-se leitura de suplemento.

Fonte: Krinsky et al. (2014), Belvisi e Barnes (2014), Brasil (2004, 2013c, 2014a), Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia, Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (2012), EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (2010), Edwards e Stillman (2006), Balbani e Montovani (2005), Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia/Alergia e Imunopatologia/Pediatria (1998, 1996), Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2012), Hetzel, Silva e Rubin (1998), Paul et al. (2007) e Jefferson et al. (2008).

QUADRO 5

Volume de ingestão de líquido, de acordo com a faixa etária e as condições fisiológicas.

FAIXA ETÁRIA/CONDIÇÕES FISIOLÓGICAS	VOLUME DE LÍQUIDO RECOMENDADO
Lactentes no 1º semestre	100 - 190 mL/kg/dia
Crianças com 6-12 meses	800 - 1.000 mL/dia
Crianças com 1-2 anos	1.100 - 1.200 mL/dia
Crianças com 2-3 anos	1.300 mL/dia
Crianças com 4-8 anos	1.600 mL/dia
Meninas com 9-13 anos	1.900 mL/dia
Meninos com 9-13 anos	2.100 mL/dia
Jovens do gênero feminino com 14 anos ou mais	2,0 - 3,0 L/dia
Jovens do gênero masculino com 14 anos ou mais	2,5 - 4,0 L/dia
Adultos do gênero feminino	2,0 - 3,0 L/dia
Adultos do gênero masculino	2,5 - 4,0 L/dia
Grávidas	2,5 - 3,5 L/dia
Lactantes	3,0 - 4,0 L/dia

Fonte: EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (2010).



MITOS

1. Leite e derivados não podem ser consumidos:

Leite e derivados podem ser consumidos, pois não estimulam a produção de secreção nasal, não aumentando, assim, a coriza. Contudo, em pacientes com alergia ao leite, isso deverá ser desconsiderado, pois muitos manifestarão, como sinal/sintoma alérgico, coriza e congestão nasal.

2. Atividades físicas devem ser evitadas:

Fazer atividades físicas moderadas, como caminhada, pode até atenuar os sinais/sintomas.

3. Ingestão de líquidos quentes, como canja ou sopas, melhora os sinais e sintomas:

Não há qualquer vantagem adicional no uso de líquidos quentes. Contudo, a hidratação por ingestão de líquidos é uma medida não farmacológica.

5.2 TERAPIA FARMACOLÓGICA

A decisão do farmacêutico de empregar a farmacoterapia deve ter por base as Resoluções/CFR nº 585, de 29 de agosto de 2013 (BRASIL, 2013a) e nº 586, de 29 de agosto de 2013 (BRASIL, 2013b), nos limites da Lista de Grupos e Indicações Terapêuticas Especificadas (GITE), nas apresentações disponíveis no mercado brasileiro (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2003), assim como as suas alterações.

Para o tratamento farmacológico do espirro e da congestão nasal, os medicamentos listados nos GITE, sem exigência de prescrição médica, e disponíveis no mercado brasileiro, são: anti-histamínicos, descongestionantes nasais, solução de cloreto de sódio, e a combinação de anti-histamínico + descongestionante nasal + analgésico.

Alguns desafios para a construção deste guia foram:

- Não dispor de vasoconstritores para utilização por via tópica na lista de GITE;
- Selecionar descongestionantes nasais sistêmicos em monoterapia, tendo em vista que essa classe terapêutica somente é comercializada em combinações de doses fixas;
- Identificar evidências científicas de boa qualidade para subsidiar a seleção de terapias. Analisar o perfil de segurança de plantas medicinais frescas, “in natura”, fitoterápicos ou drogas vegetais.

Deve-se destacar que o tratamento farmacológico não modifica o curso natural da doença e deve ser utilizado apenas visando à melhora sintomática e ao conforto do paciente (SIMASEK; BLANDINO, 2007).

5.2.1 Medicamentos, formas farmacêuticas, posologias e contraindicações

A fim de nortear a seleção da terapia farmacológica, são apresentados no Quadro 6 os medicamentos em monoterapia e em combinação de dose fixa contendo princípios ativos utilizados para tratar os sinais e sintomas explanados neste guia, bem como apresentações, orientações ao paciente, informações quanto a posologia, situações especiais e contraindicações.

QUADRO 6

Medicamentos/fármacos utilizados no tratamento de espirro e congestão nasal.

MONOTERAPIA

MEDICAMENTOS/ FÁRMACOS	APRESENTAÇÕES	ORIENTAÇÕES AO PACIENTE	POSOLOGIA PARA ADULTOS	POSOLOGIA PARA CRIANÇAS	SITUAÇÕES ESPECIAIS 	CONTRAINDICAÇÕES 
SOLUÇÃO DE CLORETO DE SÓDIO (0,9%)	Solução salina 0,9%, em frasco	<ul style="list-style-type: none"> > Não utilizar soluções geladas ou quentes; > Produto de uso individual; > Verificar a validade do produto, após a abertura do frasco. 	3 a 10 mL em cada narina, quando necessário	3 a 10 mL em cada narina, quando necessário	–	–
SOLUÇÃO DE CLORETO DE SÓDIO HIPERTÔNICA (3%)	Solução salina hipertônica 3%.	<ul style="list-style-type: none"> > Não utilizar soluções geladas ou quentes; > Reações adversas comuns, nas vias aéreas superiores: irritação local, prurido, queimação, sensação de pressão no rosto; > Produto de uso individual; > Verificar a validade do produto, após a abertura do frasco. 	1 a 2 jatos em cada narina, até de 8/8h	Crianças > 2 anos: 1 a 2 jatos em cada narina, até de 8/8h	–	Não são conhecidas contraindicações específicas
LORATADINA	Loratadina, comprimido revestido 10 mg; – Loratadina, xarope 1 mg/mL.	<ul style="list-style-type: none"> > Comprimidos orodispersíveis podem ser administrados com ou sem água; > Evitar o uso concomitante de bebidas alcoólicas e outros depressores do sistema nervoso central (SNC); > Evitar fazer atividades que necessitam de atenção, por causa de risco de acidentes. > Reações adversas comuns: nervosismo (4%), boca seca (3%), cefaleia (12%), sonolência (11%) e fadiga (3-4%). 	10 mg de 24/24h	Crianças de 2 a 5 anos: 5 mg, de 24/24h; – Crianças > 6 anos: 10 mg, de 24/24h	<ul style="list-style-type: none"> > Evitar em pacientes com doença renal ou hepática; > Inapropriado para idosos com <i>delirium tremens</i> e demência; > Pode ser utilizado durante a gravidez (Risco B) (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION <i>apud</i> TRUVEN HEALTH ANALYTICS, 2014; AUSTRALIAN DRUG EVALUATION COMMITTEE, 1999) e amamentação. 	<ul style="list-style-type: none"> > Hipersensibilidade à loratadina e desloratadina.

MONOTERAPIA

MEDICAMENTOS/ FÁRMACOS	APRESENTAÇÕES	ORIENTAÇÕES AO PACIENTE	POSOLOGIA PARA ADULTOS	POSOLOGIA PARA CRIANÇAS	SITUAÇÕES ESPECIAIS 	CONTRAINDICAÇÕES 
DEXCLORFENIRAMINA	<p>Maleato de dexclorfeniramina, xarope 0,4 mg/mL;</p> <p>–</p> <p>Maleato de dexclorfeniramina, xarope 2,8 mg/mL;</p> <p>–</p> <p>Maleato de dexclorfeniramina, comprimido 2 mg;</p> <p>–</p> <p>Maleato de dexclorfeniramina, comprimido 6 mg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Evitar o uso concomitante de bebidas alcoólicas e outros depressores do SNC; > Evitar fazer atividades que necessitam de atenção, em razão de risco de acidentes; > Comprimido de liberação prolongada: não partir, esmagar ou mastigar; engolir inteiro; > Reações adversas comuns: sonolência (>10%), espessamento das secreções brônquicas (>10%), cefaleia, fadiga, tontura e nervosismo (1% a 10%), diarreia, desconforto epigástrico, náuseas, vômitos (1% a 10%). 	2 mg, de 4/4h ou de 6/6h, conforme necessário.	<p>Crianças de 2 a 5 anos: 0,5 mg, de 4/4h ou de 6/6h, conforme necessário;</p> <p>–</p> <p>Crianças >6 anos: 1 mg, de 4/4h ou de 6/6h, conforme necessário;</p> <p>–</p> <p>Crianças >12 anos: 0,15 mg/kg/dia ou 4,5 mg/metro quadrado de superfície corporal/dia, de 6/6h¹.</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Pode ser utilizado durante a gravidez (Risco B ou A) (Food and Drug Administration <i>apud</i> Truven Health Analytics, 2014; Australian Drug Evaluation Committee, 1999); > Não deve ser utilizado durante a amamentação; > Seu uso pode intensificar o efeito de medicamentos sedativos e do álcool; > Uso com cautela em crianças pelo risco de excitação paradoxal; > Utilizar com cautela em pacientes idosos, cardiopatas, pacientes com glaucoma, hiperplasia benigna da próstata, doença de tireoide ou com doença obstrutiva do trato digestório. 	Hipersensibilidade à dexclorfeniramina, incluindo à mistura racêmica de clorfeniramina.
NAFAZOLINA	<p>Cloridrato de nafazolina, solução nasal 0,1%;</p> <p>–</p> <p>Cloridrato de nafazolina, solução nasal 0,05%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Utilizar por períodos que não excedam 3 a 5 dias, para evitar vasodilatação de rebote, congestão e rinite causada por medicamento; > A ingestão acidental por crianças com idade inferior a 5 anos pode causar complicações, tais como coma, bradicardia, depressão respiratória e sedação (mesmo em quantidades inferiores a 1-2 mL); > Reações adversas mais comuns: irritação da mucosa, ressecamento e rinite de rebote. 	1 a 2 jatos ou 2 gotas da solução nasal 0,05% em cada narina, até de 6/6h, em até 5 dias	<p>Menores de 12 anos: segurança e efetividade não avaliada;</p> <p>–</p> <p>Maiores de 12 anos: 2 jatos ou 2 gotas da solução nasal 0,05% em cada narina, até 6/6h, com duração máxima de 5 dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Evitar em pacientes com asma, doença cardiovascular, isquemia cerebral, diabetes, hipertensão, doença tireoidiana, hiperplasia benigna da próstata; > Deve ser evitado durante a gravidez (Risco C) (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION <i>apud</i> TRUVEN HEALTH ANALYTICS, 2014; AUSTRALIAN DRUG EVALUATION COMMITTEE, 1999) e a amamentação. 	<p>Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula;</p> <p>–</p> <p>Glaucoma de ângulo fechado;</p>

¹ Há várias fórmulas para o cálculo da superfície corporal. A fórmula mais usada é de Du Bois, D. e Du Bois, E. F. (1916)

COMBINAÇÕES DE DOSES FIXAS

MEDICAMENTOS/ FÁRMACOS	APRESENTAÇÕES	ORIENTAÇÕES AO PACIENTE	POSOLOGIA PARA ADULTOS	POSOLOGIA PARA CRIANÇAS	SITUAÇÕES ESPECIAIS 	CONTRAINDICAÇÕES 
<p>CLORFENIRAMINA + FENILEFRINA + PARACETAMOL</p>	<p>Maleato de clorfeniramina 4 mg + cloridrato de fenilefrina 4 mg + paracetamol 400 mg – pó, comprimidos dispersíveis ou cápsulas; – Maleato de clorfeniramina 0,6 mg/mL + cloridrato de fenilefrina 0,6 mg/mL + paracetamol 40 mg/mL – solução oral; – Maleato de clorfeniramina 0,6 mg/mL + cloridrato de fenilefrina 0,6 mg/mL + paracetamol 40 mg/mL – xarope; – Maleato de clorfeniramina 2 mg/mL + cloridrato de fenilefrina 2 mg/mL + paracetamol 100 mg/mL – gotas; – Maleato de clorfeniramina 4 mg/mL + cloridrato de fenilefrina 4 mg/mL + paracetamol 40 mg/mL – xarope; – Maleato de clorfeniramina 3 mg/5 mL + cloridrato de fenilefrina 3 mg/5 mL + paracetamol 200 mg/5 mL – xarope.</p>	<p>> Evitar fazer atividades que necessitam de atenção, por causa de risco de acidentes; > Tomar com o estômago cheio, para evitar irritação gástrica; > Reações adversas: sonolência, sedação, vertigem, tremor, ansiedade, insônia, efeitos anticolinérgicos, agranulocitose, trombocitopenia, anemia e icterícia.</p>	<p>1 a 2 doses a cada quatro horas, não sendo recomendado administrar mais de 8 doses ao dia.</p>	<p>Crianças de 6 a 12 anos: 1 dose a cada quatro horas, não sendo recomendado administrar mais de 4 doses ao dia.</p>	<p>> Evitar bebidas alcoólicas e medicamentos sedativos; > Utilizar com cautela em idosos, pacientes com hipertireoidismo, bradicardia, doença arterial grave, insuficiência cardíaca grave.</p>	<p>Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula; Não deve ser utilizado durante a gravidez (Risco C) (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION <i>apud</i> TRUVEN HEALTH ANALYTICS, 2014) e amamentação; – Evitar em pacientes com doença renal, doença hepática, asma, retenção urinária, glaucoma de ângulo fechado, úlcera, hiperplasia benigna da próstata, doenças da tireóide, doença arteriosclerótica cardiovascular, doença cerebrovascular, hipertensão grave, taquicardia</p>

COMBINAÇÕES DE DOSES FIXAS

MEDICAMENTOS/ FÁRMACOS	APRESENTAÇÕES	ORIENTAÇÕES AO PACIENTE	POSOLOGIA PARA ADULTOS	POSOLOGIA PARA CRIANÇAS	SITUAÇÕES ESPECIAIS 	CONTRAINDICAÇÕES 
<p>CARBINOXAMINA + FENILEFRINA + PARACETAMOL</p>	<p>Maleato de carbinoxamina 4 mg + cloridrato de fenilefrina 4 mg + paracetamol 400 mg – comprimido;</p> <p>–</p> <p>Maleato de carbinoxamina 0,4 mg/mL + cloridrato de fenilefrina 1 mg/mL + paracetamol 40 mg/mL- solução oral</p> <p>–</p> <p>Cloridrato de fenilefrina 20 mg + paracetamol 400 mg + maleato de carbinoxamina 4 mg – comprimidos e solução oral</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Evitar fazer atividades que necessitam de atenção, em razão de risco de acidentes; > Tomar com o estômago cheio, para evitar irritação gástrica; > Possibilidade de insônia, se usar algumas horas antes de dormir; > Reações adversas: discrasias sanguíneas (agranulocitose, trombocitopenia, anemia) e icterícia. 	<p>Comprimidos - uma dose, a cada 8 horas, ou até de 6/6h; não exceder quatro doses em 24 horas.</p> <p>–</p> <p>Solução oral: 10 mL, 6/6 horas.</p>	<p>Crianças com mais de 12 anos - comprimido: 1 dose, de 8/8h; não exceder 4 doses, em 24 horas.</p> <p>–</p> <p>Crianças 2-12 anos – solução oral - dose administrada 6/6h, de acordo com o peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 kg, usar 3,0 mL; - 14 Kg, usar 3,5 mL; - 16 Kg, usar 4,0 mL; - 18 Kg, usar 4,5 mL; - 20 Kg, usar 5,0 mL; - 22 Kg, usar 5,5 mL; - 24 Kg, usar 6,0 mL; - 26 Kg, usar 6,5 mL; - 28 Kg, usar 7,0 mL; - 30 Kg, usar 7,5 mL; - > 30 Kg, usar 10 mL. 	<ul style="list-style-type: none"> > Evitar bebidas alcoólicas e medicamentos sedativos; > Utilizar com cautela em pacientes idosos, pacientes com hipertireoidismo, bradicardia, doença arterial grave, insuficiência cardíaca grave. 	<p>Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula;</p> <p>–</p> <p>Nos 3 primeiros meses da gravidez e durante a amamentação;</p> <p>–</p> <p>Pacientes em terapia com inibidores da monoaminoxidase (IMAO), doenças hepáticas, glaucoma de ângulo fechado, úlcera péptica, os recém-nascidos e prematuros, asma, infecções das vias aéreas inferiores, doença arteriosclerótica cardiovascular, doença cerebrovascular, hipertensão grave, taquicardia ventricular.</p>



COMBINAÇÕES DE DOSES FIXAS

MEDICAMENTOS/ FÁRMACOS	APRESENTAÇÕES	ORIENTAÇÕES AO PACIENTE	POSOLOGIA PARA ADULTOS	POSOLOGIA PARA CRIANÇAS	SITUAÇÕES ESPECIAIS 	CONTRAINDICAÇÕES 
CLORFENIRAMINA + DAPIRONA + ÁCIDO ASCÓRBICO	Clorfeniramina 1 mg + dipirona 100 mg + ácido ascórbico 50 mg – comprimido.	<ul style="list-style-type: none"> > Evitar fazer atividades que necessitam de atenção, por causa de risco de acidentes; > Tomar com o estômago cheio, para evitar irritação gástrica; > Reações adversas mais comuns: dor de estômago, diarreia, lesão renal, agranulocitose, anemia, porfiria, sonolência e vertigens. 	<p>1 ou 2 comprimidos por dia;</p> <p>–</p> <p>Dose máxima: 6 comprimidos</p>	<p>Crianças com idade superior a 12 anos: 1 comprimido por dia;</p> <p>–</p> <p>Dose máxima: 3 comprimidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Evitar bebidas alcoólicas e medicamentos sedativos; > Utilizar com cautela em pacientes idosos. 	<p>Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula;</p> <p>–</p> <p>Gravidez e amamentação;</p> <p>–</p> <p>Pacientes com problemas renais, doenças hepáticas, porfiria, glaucoma, granulocitopenia, úlcera péptica, hipertensão, tireotoxicose, doenças do sangue e do coração, deficiência genética da glicose-6-fosfato desidrogenase, asma, retenção urinária, hipertrofia prostática, doenças da tireoide.</p>
CLORFENIRAMINA + DAPIRONA + CAFEÍNA	Clorfeniramina 2 mg + dipirona 500 mg + cafeína 30 mg – 2 comprimidos revestidos.	<ul style="list-style-type: none"> > Evitar fazer atividades que necessitam de atenção, em razão de risco de acidentes; > Tomar com o estômago cheio, para evitar irritação gástrica; > Reações adversas mais comuns: discrasias sanguíneas, sedação, tontura, insônia, tremores, náusea, vômito, constipação, diarreia, xerostomia, palpitações, cefaleia, insônia. 	<p>Uma dose (2 comprimidos), de 6/6h ou de 8/8h.</p>	<p>Crianças com idade superior a 12 anos: uma dose (2 comprimidos), de 6/6h ou de 8/8h.</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Evitar bebidas alcoólicas e medicamentos sedativos; > Utilizar com cautela em pacientes idosos. 	<p>Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula;</p> <p>–</p> <p>Gravidez (especialmente nos 3 primeiros meses ou nas últimas 6 semanas) e amamentação;</p> <p>–</p> <p>Pacientes com asma, úlcera péptica, doença renal ou hepática, retenção urinária, glaucoma de ângulo fechado, hiperplasia benigna da próstata, doenças da tireoide.</p>

COMBINAÇÕES DE DOSES FIXAS

MEDICAMENTOS/ FÁRMACOS	APRESENTAÇÕES	ORIENTAÇÕES AO PACIENTE	POSOLOGIA PARA ADULTOS	POSOLOGIA PARA CRIANÇAS	SITUAÇÕES ESPECIAIS 	CONTRAINDICAÇÕES 
CLORFENIRAMINA + ÁCIDO ACETILSALICÍLICO + CAFEÍNA	Clorfeniramina 2 mg + ácido acetilsalicílico 324 mg + cafeína 32,4 mg – cápsula.	<ul style="list-style-type: none"> > Evitar bebidas alcoólicas; > Evitar fazer atividades que necessitam de atenção, por causa de risco de acidentes; > Utilizar preferentemente com o estômago cheio; > Reações adversas mais comuns: dispepsia, náusea, diarreia, constipação, boca seca, sonolência, sangramento gastrointestinal, tontura, sedação. 	Uma cápsula por via oral, de 6/6h.	Crianças com idade superior a 12 anos: uma cápsula por via oral, de 6/6h.	<ul style="list-style-type: none"> > Não deve ser utilizado com outros anti-inflamatórios ou com medicamentos depressores do sistema nervoso central; > Crianças ou jovens não devem utilizar estes medicamentos para tratar sinais/sintomas gripais ou de catapora. 	<p>Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula;</p> <p>–</p> <p>Gravidez e amamentação;</p> <p>–</p> <p>Pacientes com úlcera péptica, hemofilia, distúrbios hemorrágicos, gota, anomalias das plaquetas, angioedema, trombocitopenia, insuficiência renal ou hepática, cardiopatias, hipertensão arterial grave, hiperplasia benigna da próstata, glaucoma, asma, retenção urinária, doenças da tireoide.</p>
PSEUDOEFEDRINA + PARACETAMOL	Pseudoefedrina 30 mg + paracetamol 500 mg – comprimido revestido.	<ul style="list-style-type: none"> > Não deve ser administrado por mais de 7 dias para dor, ou por mais de 3 dias para febre; > Reações adversas mais comuns: nervosismo, tontura, insônia. 	2 comprimidos, a cada 4 horas, ou de 6/6h horas, não excedendo 8 comprimidos, em doses fracionadas, no período de 24 horas.	Crianças com idade superior a 12 anos: 2 comprimidos, a cada 4 horas, ou de 6/6h, não excedendo 8 comprimidos, em doses fracionadas, no período de 24 horas.	<ul style="list-style-type: none"> > Uso com cautela na gravidez (apenas com acompanhamento médico); > Não deve ser administrado a pacientes em uso de IMAO, bicarbonato de sódio ou medicamentos para distúrbios psiquiátricos e emocionais, ou que tenham doença de Parkinson 	<p>Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula;</p> <p>–</p> <p>Pacientes com cardiopatias, hipertensão, distúrbios da tireoide, diabetes, hiperplasia benigna da próstata, doenças hepáticas.</p>

COMBINAÇÕES DE DOSES FIXAS

MEDICAMENTOS/ FÁRMACOS	APRESENTAÇÕES	ORIENTAÇÕES AO PACIENTE	POSOLOGIA PARA ADULTOS	POSOLOGIA PARA CRIANÇAS	SITUAÇÕES ESPECIAIS 	CONTRAINDICAÇÕES 
BRONFENIRAMINA + FENILEFRINA	<p>Maleato de bronfeniramina 12 mg + cloridrato de fenilefrina 15 mg – comprimidos revestidos de liberação programada;</p> <p>–</p> <p>Maleato de bronfeniramina 2 mg + cloridrato de fenilefrina 5 mg – xarope;</p> <p>–</p> <p>Maleato de bronfeniramina 2 mg + cloridrato de fenilefrina 2,5 mg – solução oral (gotas).</p>	<p>> Evitar bebidas alcoólicas;</p> <p>> Evitar fazer atividades que necessitam de atenção, em razão de risco de acidentes;</p> <p>> Reações adversas mais comuns: sonolência e diminuição dos reflexos, ansiedade, nervosismo, tremores, dispneia, palidez, tontura, náuseas, vômitos, cefaleia.</p>	<p>Comprimidos revestidos de liberação programada: 1 comprimido pela manhã e 1 comprimido à noite;</p> <p>–</p> <p>Xarope: 1 a 1 1/2 copos-medida (10 a 15 mL), de 6/6h ou de 8/8h.</p>	<p>Xarope: Crianças acima de 2 anos: 1/4 a 1/2 copo-medida (2,5 a 5 mL), 4 vezes ao dia;</p> <p>–</p> <p>Solução oral (gotas): Crianças acima de 2 anos: duas gotas por kg de peso, como dose total diária.</p>	<p>> Deve ser evitada a ingestão concomitante de álcool e/ou tranquilizante, pois pode aumentar a sonolência e diminuir consideravelmente os reflexos.</p>	<p>Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula;</p> <p>–</p> <p>Gravidez e a lactação;</p> <p>–</p> <p>Não deve ser administrado em pacientes com hipertensão arterial grave, coronariopatias graves, arritmias cardíacas, glaucoma, diabetes, hipertireoidismo, hiperplasia benigna da próstata.</p>



Fonte: Truven Health Analytics (2015), United States Pharmacopeia – Dispensing Information (2007), Food and Drug Administration (2014), World Health Organization (2002), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2014) e Sexton e McClain (2016).




5.2.1.1 Aparelhos para aplicação nasal

O espirro e congestão nasal frequentemente favorecem a utilização de medicamentos em formas farmacêuticas tópicas nasais. O quadro abaixo foi elaborado para auxiliar o farmacêutico na escolha do aparelho que melhor atenda às necessidades do paciente (Quadro 7). Essa seleção também deve considerar a habilidade do paciente para utilizar a técnica de aplicação, como descrito no Quadro 10.

QUADRO 7

Comparação entre aparelhos de aplicação nasal.

APARELHO NASAL	SINAIS E SINTOMAS ADICIONAIS	DESVANTAGENS
	<ul style="list-style-type: none"> > Baixo custo; > Permite que se faça a higiene. 	<ul style="list-style-type: none"> > Pode ser difícil de tolerar grandes volumes; > Risco de contaminação da solução; > Requer auxílio de terceiros para aplicação, na maioria dos casos.
	<ul style="list-style-type: none"> > Baixo custo 	<ul style="list-style-type: none"> > Risco de contaminação da solução; > Requer auxílio de terceiros para aplicação, na maioria dos casos; > A gota pode ser engolida, aumentando a possibilidade de desconforto e efeito sistêmico (especialmente com vasoconstritores); > Imprecisão da medida.

APARELHO NASAL	SINAIS E SINTOMAS ADICIONAIS	DESVANTAGENS
 Frasco gotejador	<ul style="list-style-type: none"> > Baixo custo 	<ul style="list-style-type: none"> > Não permite que se faça a higiene; > Risco de contaminação da solução; > Requer auxílio de terceiros para aplicação, na maioria dos casos; > A gota pode ser engolida, aumentando a possibilidade de desconforto e efeito sistêmico (especialmente com vasoconstritores); > Imprecisão da medida.
 Bomba de spray nasal	<ul style="list-style-type: none"> > Produz jato padrão; > Técnica de aplicação não requer auxílio de terceiros; > Abrange grande área de superfície; > Alguns têm bico aplicador removível, o que permite a higiene; > Alguns permitem a aplicação do produto com o paciente em diferentes posições. 	<ul style="list-style-type: none"> > Custo médio; > Risco de contaminação maior para os modelos em que o bico aplicador não é removível e para aqueles sem mecanismo antirrefluxo; > Tendência de a ponta do frasco ficar obstruída com o uso repetido.
 Spray nasal	<ul style="list-style-type: none"> > Produz jato padrão; > Técnica de aplicação não requer auxílio de terceiros; > Abrange grande área de superfície. > Alguns têm bico aplicador removível, o que permite a higiene; > Alguns permitem a aplicação do produto com o paciente em diferentes posições; > Possibilidade de jato contínuo do produto, o que torna ótima a limpeza nasal; > Alguns têm bico aplicador de forma anatômica. 	<ul style="list-style-type: none"> > Custo alto; > Risco de contaminação maior para os modelos em que o bico aplicador não é removível e para aqueles sem mecanismo antirrefluxo; > O jato é contínuo, o que acarreta desperdício do produto.

Fonte: Nathan (2010), Blenkinsopp, A., Paxton e Blenkinsopp, P. (2008).



Observa-se que estão disponíveis no mercado diversos medicamentos em combinações com analgésicos, os quais poderão ser selecionados apenas quando os pacientes apresentarem, além dos sinais e sintomas explanados neste guia, febre ou mialgia.

Medicamentos contendo ácido acetilsalicílico merecem atenção especial em áreas endêmicas para dengue ou outros problemas infectantes que cursam com aumento de discrasias sanguíneas, visto que nestas situações eles são contraindicados.

Medicamentos comercializados em combinações podem ser mais cômodos para o paciente; no entanto, a decisão de seu emprego deve ser feita considerando a relação benefício – risco e as necessidades de saúde específicas do paciente. O uso de combinações de doses fixas dificulta a adequação delas, causa maior risco de interações por medicamentos e reações adversas a medicamentos (RAM), além de predispor à utilização desnecessária de medicamentos ou de combinações irracionais e até mesmo antagônicas.



MITOS

A vitamina C é eficaz para o tratamento de resfriado comum?

Estudos demonstram que a vitamina C **NÃO** apresenta eficácia na redução e duração dos sinais e sintomas do resfriado comum (LIVINGSTON; COZZENS; HAMILTON, 2013; HEMILÄ; CHALKER, 2013).





5.2.2 Fitoterápicos e drogas vegetais



Os sinais e sintomas considerados nesse guia também podem ser tratados com fitoterápicos e drogas vegetais. As plantas medicinais constantes no *Handbook of Nonprescription Drugs* (KRINSKY et al., 2014) foram utilizadas como critério de inclusão. O eucalipto foi incluído por constar, para as indicações deste guia, no *WHO monographs of selected medicinal plants* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). As informações farmacológicas de cada planta, incluindo sua indicação para o espirro e a congestão nasal, foram extraídas da base de dados ALTERNATIVE MEDICINE DEX (AltMedDex), que compõe a base MICROMEDEX (Quadro 8).

A prescrição de plantas medicinais *in natura* não é recomendada em farmácia tradicional, por ser difícil de se identificar a espécie correta, sua procedência, bem como atestar parâmetros mínimos de qualidade estabelecidos em farmacopeia. O farmacêutico interessado em dispensar plantas frescas e suas preparações, ou espécies vegetais não constantes deste guia, deve procurar orientação em Serviços/Programas de Farmácias Vivas, disponíveis em alguns municípios brasileiros. Por fim, ressalta-se que a espécie de eucalipto que consta do quadro não se refere àquela utilizada na composição de produtos de limpeza e análogos.

QUADRO 8

Informações farmacológicas a respeito de fitoterápicos e plantas medicinais utilizados no tratamento de espirro e congestão nasal.

NOME POPULAR <i>nome científico</i>	INDICAÇÃO	POSOLOGIA E MODO DE USAR (ADULTOS) ¹	REAÇÕES ADVERSAS 	CONTRAINDICAÇÕES/ SITUAÇÕES ESPECIAIS 
EQUINÁCEA <i>Echiacea purpurea</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Infecção do trato respiratório superior (possivelmente efetivo); > Modulação imune (possivelmente efetivo); > Inflamação (inconclusivo). 	<p>Via oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Chá medicinal com a raiz seca: utilizar 0,5 a 1 g da raiz seca, em quantidade suficiente de água, de 8/8h; > Chá medicinal do pó da raiz: utilizar 1 a 2 g do pó da raiz, em quantidade suficiente de água, de 8/8h; > Suco de porções aéreas de <i>E. purpurea</i>, estabilizada em etanol a 22%: 2 a 3 mL, de 8/8h; > Tintura (preparação 1:5): tomar 1 a 2 mL da tintura, de 8/8h; > Extrato fluido (preparação 1:1): tomar 0,25 a 1 mL, de 8/8h; > Extrato seco (preparação 6,5:1 ou 3,5% equinacosídeo): tomar 150 a 300 mg, de 8/8h. 	<ul style="list-style-type: none"> > Tontura, febre, calafrios, dispneia, prurido, eritema, exantema, náuseas, vômitos, hepatite, reações de hipersensibilidade e púrpura trombocitopênica trombótica. 	<ul style="list-style-type: none"> > Hipersensibilidade à equinácea; > Não utilizar na gravidez e amamentação, sem orientação médica; > Crianças e pacientes com doença autoimune, esclerose múltipla, HIV ou AIDS, tuberculose.
PETASITES <i>Petasites hybridus</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Rinite alérgica > Conjuntivite alérgica (possivelmente efetivo); > Asma brônquica (inconclusivo). 	<p>Rinite alérgica (via oral):</p> <ul style="list-style-type: none"> > Comprimido de extrato padrão contendo 8 mg de pestasina total por unidade oral: um comprimido, de 6/6h. 	<ul style="list-style-type: none"> > Sonolência, náuseas, dor na região de seios paranasais, diarreia, cefaleia, dor nas pernas e dor epigástrica. 	<ul style="list-style-type: none"> > Hipersensibilidade; > Não utilizar na gravidez e amamentação, sem orientação médica; > O uso deve ser evitado em pacientes com problemas renais ou hepáticos.

NOME POPULAR nome científico	INDICAÇÃO	POSOLOGIA E MODO DE USAR (ADULTOS) ¹	REAÇÕES ADVERSAS 	CONTRAINDICAÇÕES/ SITUAÇÕES ESPECIAIS 
EUCALIPTO <i>Eucalyptus globulus</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Resfriado comum (não efetivo); > Dor (dados inconclusivos). 	<p>Trato respiratório - catarro (via oral):</p> <ul style="list-style-type: none"> > Infusão de folha picada: utilizar 2 a 3 g da folha picada para 150 mL de água, de 12/12h; > Tintura (1:5 g/mL): tomar 10 a 15 mL, de 12/12h; > Óleo essencial de eucalipto: 0,3 a 0,6 g por dia; 0,05 a 0,2 mL/dose. <p>Inalação (via tópica):</p> <ul style="list-style-type: none"> > Inalação profunda de vapor de infusões aquecidas; > Inalação profunda de vapor de soluções aquosas aquecidas, com poucas gotas de óleo de eucalipto ou de soluções vaporizadas contendo este óleo. <p>Resfriado e tosse (via oral):</p> <ul style="list-style-type: none"> > Tintura oral: dar 3 a 9 g da tintura (aproximadamente 3 a 9 mL). 	<ul style="list-style-type: none"> > Náusea, vômito, dor epigástrica, dor, diarreia, dermatite de contato e reações de sensibilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> > Hipersensibilidade ao eucalipto ou ao eucaliptol; > Não utilizar na gravidez e amamentação, sem orientação médica; > Doença inflamatória gastrointestinal ou dos dutos biliares; > Doença hepática grave; > Não utilizar na face ou nariz de bebês ou crianças maiores, pois pode causar espasmo laríngeo e subsequente bloqueio respiratório.

¹ Nem todas as indicações têm posologia e modo de usar estabelecidos na literatura.

Fonte: Food and Drug Administration (2014), Australian Drug Evaluation Committee (1999), World Health Organization (1999, 2002, 2004), American Academy of Pediatrics Committee on Drugs (2001), Truven Health Analytics (2015), Linde et al. (2006) e Wichtl (2002).

5.3 EDUCAÇÃO E ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

Depois da seleção do tratamento farmacológico, é importante que o farmacêutico oriente o paciente a respeito da correta utilização, de precauções e possíveis efeitos do tratamento escolhido (Quadros 9 e 10). No quadro 9, constam informações a serem dadas ao paciente, quando ocorre a dispensação do medicamento (TRUVEN HEALTH ANALYTICS, 2015).

No contexto da educação ao paciente, explicar a técnica correta de administração de formas farmacêuticas nasais (Quadro 10) é determinante para a adesão, a efetividade e máxima segurança do tratamento.

A higiene nasal propicia ótimas condições de limpeza e umidade, indispensável para a função do sistema respiratório, sendo recomendada no manejo clínico de gripes, resfriados, rinites, rinossinusites, nos cuidados pós-operatórios do trato respiratório, pois, além de influir na melhor ação dos medicamentos de uso tópico nasal, reduz a transmissão da infecção (PAPSIN; MCTAVISH, 2003 *apud* SIH; CAVINATTO, 2009; BROWN; GRAHAM, 2004 *apud* SIH; CAVINATTO, 2009). A intensidade da limpeza é diretamente proporcional ao volume de solução nasal aplicada.

Explicar com detalhe quanto às condições de armazenamento e a possibilidade de redução do prazo de validade do produto, com a abertura do frasco. Algumas informações são relevantes a fim de diminuir o risco de contaminação do produto e devem ser fornecidas ao paciente (SIH; CAVINATTO, 2009):

- identificar o aparelho nasal com o nome do paciente;
- nunca emprestar o aparelho a outra pessoa;
- considerar a possibilidade de higiene do aparelho (Quadro 10);
- usar com a técnica correta;

- nunca imergir o aparelho em líquidos – exceto se recomendado na técnica de uso –, pois pode ocorrer a penetração de secreções e de líquidos no frasco, tendo em vista que a maioria dos aparelhos não têm válvula antirrefluxo;
- não deixar a criança brincar com o aparelho.

Ao selecionar os medicamentos, deve-se considerar, também, os diferentes modelos de aparelhos e suas características específicas, assim como a existência de conservantes na formulação, relacionando-os com as necessidades ou preferências do paciente (Quadros 8, 9 e 10). Pessoas que não podem fazer movimentos específicos da cabeça, como bebês, pacientes acamados ou com paraplegia, podem se beneficiar da seleção de aparelhos que têm mecanismos de jato ditos como “360º”, assim como de bico anatômico, ou com diferentes intensidades de jato. Certos conservantes, como o cloreto de benzalcônio, causam irritação da mucosa ou mesmo são considerados inapropriados para crianças.

Não obstante a informação dada ao paciente quanto à técnica adequada de utilização do aparelho, é indispensável desenvolver suas habilidades para a aplicação correta do medicamento (Quadro 10). Neste sentido, recomenda-se que o farmacêutico disponha de *kits* com diferentes modelos de aparelhos nasais, para demonstração da técnica aos pacientes. Outros aspectos que merecem destaque:

- Soluções nasais não devem ser administradas geladas;
- Não utilizar objetos perfurantes para aumentar a saída do medicamento do bico aplicador, pois a abertura tem padrão para garantir a dose correta;
- A administração nasal, em crianças, deve ser feita sob supervisão de um adulto, para assegurar que a dose seja administrada apropriadamente e prevenir intoxicações.

QUADRO 9

Orientações quanto ao uso de anti-histamínicos e descongestionantes nasais.

CLASSES medicamentos	ORIENTAÇÕES
Anti-histamínicos – 1ª geração <i>(bronfeniramina; carbinoxamina; clorfeniramina; dexclorfeniramina; mepiramina)</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Instruir o paciente a evitar fazer atividades que exijam atenção durante o uso do medicamento, pois os anti-histamínicos de 1ª geração podem causar sonolência; > Orientar o paciente quanto à possível ocorrência de efeitos anticolinérgicos, como boca seca, ressecamento da mucosa nasal, além de desconforto epigástrico, náuseas e vômitos; e constipação (prisão de ventre); > Educar o paciente a tomar com o estômago cheio, para prevenir irritação gástrica; > O paciente não deve consumir bebida alcoólica enquanto estiver em uso deste medicamento; > Não utilizar medicamentos inibidores da monoaminoxidase (fenelzina, iproniazida, isocarboxazida, harmalina, nialamida, pargilina, selegilina, toloxatona, tranilcipromina, brofaromina e moclobemida) durante o tratamento.

CLASSES medicamentos	ORIENTAÇÕES
Anti-histamínicos – 2ª geração <i>(loratadina)</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Instruir o paciente a evitar fazer atividades que exijam atenção durante o uso do medicamento; > O medicamento pode causar efeitos como boca seca, dor de cabeça, sonolência ou fadiga; > Tomar com o estômago cheio ou vazio.
Descongestionantes nasais <i>(fenilefrina; nafazolina)</i>	<ul style="list-style-type: none"> > O uso de descongestionantes na formulação nasal pode causar dor, queimação nasal ou espirros; > A técnica de administração correta do medicamento, via nasal, é importante, para evitar absorção com consequente aparecimento de efeitos sistêmicos; > Advertir o paciente a limitar o uso por períodos que não excedam 3 a 5 dias, para prevenir vasodilatação de rebote, congestão e rinite causada por medicamentos.
Solução nasal salina <i>(fisiológica – 0,9%, sendo ou não de água do mar)</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Não utilizar soluções geladas ou quentes; > Verificar a validade do produto, após a abertura do frasco.

Fonte: Truven Health Analytics (2015).

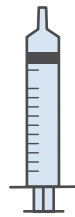
QUADRO 10

Aparelhos de aplicação nasal, componentes, higiene e técnicas de uso.

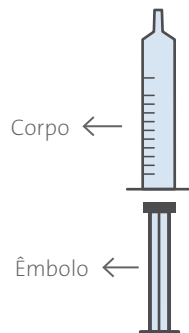
SERINGA PARA LAVAGEM NASAL

A. TÉCNICA DE USO

1. Lavar as mãos
2. Separar os materiais a serem utilizados:
 - > Seringa sem agulha (volume entre 3 a 10 mL);
 - > Solução fisiológica (cloreto de sódio 0,9%).
3. Colocar, em um recipiente limpo, uma quantidade de solução suficiente para o procedimento nas duas narinas. Nunca aspirar o líquido diretamente do frasco;
4. Fechar o frasco após a utilização;
5. Encher a seringa com a solução;
6. Assoar vagarosamente o nariz para desobstruir as narinas, antes da aplicação;
 - > Outras técnicas de remoção de secreção podem ser utilizadas. Esta manobra pode ser suprimida, em caso de impossibilidade do paciente.
7. Posicionar a cabeça levemente para trás, de forma que o pescoço fique hiperestendido;
 - > Sentar e inclinar a cabeça para trás, ou,
 - > Deitar com um travesseiro embaixo dos ombros.



PARTES DA SERINGA



8. Aproximar a ponta da seringa da narina, sem encostar nela;
9. Aplicar a solução aos poucos;
10. Inclinar levemente a cabeça para o lado oposto ao que o medicamento foi aplicado, e permanecer nesta posição por dois minutos ou mais;
11. Repetir a técnica na outra narina;
12. Descartar o restante do líquido.

B. TÉCNICA DE HIGIENE

Colocar água filtrada ou fervida em um copo. Inserir a seringa dentro do copo na posição vertical. Puxar o êmbolo da seringa para permitir seu enchimento. Pressioná-lo para permitir o esvaziamento da seringa na pia. Repetir por várias vezes o processo. Esta recomendação tem por finalidade prevenir a contaminação da solução com a secreção nasal.

C. OBSERVAÇÃO

Para os pacientes que acham difícil usar a seringa, o farmacêutico poderá comercial embalagens de bomba de *spray* nasal para aplicar a solução.

FRASCO COM CONTA-GOTAS



A. TÉCNICA DE USO

1. Lavar as mãos;
2. Assoar vagorosamente o nariz para desobstruir as narinas antes da aplicação;
 - > Outras técnicas de remoção de secreção podem ser utilizadas. Esta manobra pode ser suprimida, em caso de impossibilidade do paciente:
3. Posicionar a cabeça levemente para trás, de forma que o pescoço fique hiperestendido;
 - > Sentar e inclinar a cabeça para trás, ou,
 - > Deitar com um travesseiro embaixo dos ombros.
4. Abrir o frasco;
5. Apertar e soltar o bulbo do conta-gotas, na posição vertical, dentro da solução para enchê-lo;
6. Aproximar a ponta do conta-gotas da narina, sem encostar nela;
7. Aplicar a quantidade de gotas prescrita;
 - > Se eventualmente ocorrer contato com a narina, afastar o conta-gotas dela, mantendo o bulbo pressionado para evitar que a secreção nasal seja aspirada.

PARTES DO FRASCO



8. Inclinar levemente a cabeça para o lado oposto ao que o medicamento foi aplicado, e permanecer nesta posição por dois minutos ou mais;
9. Repetir o procedimento para a outra narina;
10. Fechar o frasco depois da utilização.

Nota: Para abrir alguns frascos, é preciso que o lacre seja rompido por meio de giro no sentido anti-horário.

B. TÉCNICA DE HIGIENE

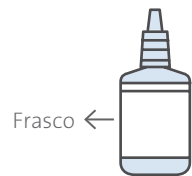
Colocar água filtrada ou fervida em um copo. Inserir o conta-gotas dentro do copo na posição vertical. Apertar seu bulbo. Reduzir a pressão sobre o bulbo para permitir o seu enchimento. Pressioná-lo para permitir o esvaziamento do conta-gotas na pia. Repetir o processo por várias vezes. Esta recomendação tem por finalidade prevenir a contaminação da solução com a secreção nasal.

Não há consenso quanto à necessidade de higiene a cada aplicação, uma vez que durante a limpeza do conta-gotas podem restar algumas gotas de água utilizada na higiene, o que pode causar contaminação da solução.

FRASCO GOTEJADOR



PARTES DO FRASCO GOTEJADOR



A. TÉCNICA DE USO

1. Lavar as mãos;
2. Assoar vagorosamente o nariz para desobstruir as narinas antes da aplicação;
 - > Outras técnicas de remoção da secreção podem ser aplicadas. Esta manobra pode ser suprimida, em caso de impossibilidade do paciente;
3. Abrir o frasco;
4. Posicionar a cabeça levemente para trás, de forma que o pescoço fique hiperestendido:
 - > Sentar e inclinar a cabeça para trás, ou,
 - > Deitar com um travesseiro embaixo dos ombros;
5. Pressionar uma narina com o indicador;
6. Na outra narina, manter o frasco na posição vertical (em ângulo de 90°), colocando delicadamente sua ponta na entrada da narina, direcionada à parede externa, e não ao septo nasal;
7. Comprimir o frasco; logo em seguida, inclinar a cabeça para frente, inspirando;
8. Repetir o procedimento para a outra narina;
9. Se necessário, antes de guardar o frasco, limpar o bico com lenço de papel. A direção do movimento de limpeza deve ser do bico para a base do frasco, a fim de reduzir o risco de contaminação da solução;
 - > Não lavar com água para reduzir o risco de contaminação da solução;
10. Fechar o frasco depois da utilização.

Nota: Para abrir alguns frascos, é preciso que o lacre seja rompido por meio de giro no sentido anti-horário.



BOMBA DE SPRAY NASAL

A. TÉCNICA DE USO

1. Lavar as mãos;
2. Assoar vagorosamente o nariz para desobstruir as narinas antes da aplicação;
 - > Outras técnicas de remoção de secreção podem ser aplicadas. Esta manobra pode ser suprimida, em caso de impossibilidade do paciente;
3. Retirar a tampa protetora do frasco, puxando-a para cima;
4. Segurar o frasco, com o aplicador entre os dedos indicador e médio, com a base dele apoiada sobre o polegar, conforme figura ao lado;
5. **Na primeira vez** em que o aparelho for usado, acionar o seu aplicador voltado para o ar, até o surgimento de uma névoa;
6. Inclinr a cabeça ligeiramente para frente;
7. Pressionar uma narina com o indicador;
8. Na outra narina, manter o frasco na posição vertical (em ângulo de 90°), colocando delicadamente sua ponta na entrada da narina, voltada à parede externa, e não ao septo nasal;
 - > No caso do paciente ser um bebê, mantenha-o levemente inclinado para frente, no momento do procedimento;

PARTES DA BOMBA DE SPRAY NASAL



Tampa protetora ←



Aplicador ←



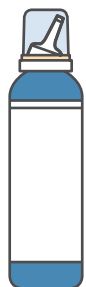
Válvula ←

9. Pressionar o aplicador com os dedos indicador e médio;
10. Repetir o procedimento na outra narina;
11. **Para os frascos que contêm aplicador removível:** retirá-lo e fazer a higiene;
12. **Para os frascos que não contêm aplicador removível:** limpar o bico com lenço de papel, se necessário. A direção do movimento de limpeza deve ser do bico para a base do frasco, a fim de reduzir o risco de contaminação da solução. Nunca lavar o aplicador com água, para reduzir o risco de contaminação do medicamento;
13. Tampar o frasco, depois da higiene.

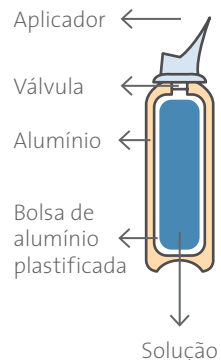
B. TÉCNICA DE HIGIENE

Puxar o aplicador delicadamente, retirando-o do frasco. Lavar o aplicador e a tampa protetora com água filtrada ou fervida e sabão neutro. Deixar secar completamente ao ar livre, sobre um papel toalha ou guardanapo. Esta recomendação tem por finalidade prevenir a contaminação da solução com a secreção nasal. Nunca remover a válvula.

SPRAY NASAL



PARTES DO SPRAY NASAL



A. TÉCNICA DE USO

1. Lavar as mãos;
2. Assoar vagorosamente o nariz para desobstruir as narinas antes da aplicação;
 - > Outras técnicas de remoção de secreção podem ser aplicadas. Esta manobra pode ser suprimida, em caso de impossibilidade do paciente.
3. Destampar o frasco;
4. Para os frascos que contêm o aplicador removível:
 - > Único modelo de aplicador – encaixar o aplicador na válvula;
 - > Mais de um modelo de aplicador (uso adulto/pediátrico) – selecionar o que for adequado ao paciente e encaixá-lo na válvula.
5. Inclinar a cabeça ligeiramente para frente ou mantê-la ereta;
6. Pressionar uma narina com o indicador;
7. Na outra narina, manter o frasco na posição vertical (em ângulo de 90°), colocando delicadamente sua ponta na entrada da narina, voltada à parede externa, e não ao septo nasal;

8. Com o dedo indicador, pressionar a base da válvula, mantendo pelo tempo necessário para a higiene;
 - > Em bebês, o tempo de aplicação do *spray* deve ser curto;
9. Repetir o procedimento para a outra narina;
10. Tampar o frasco, depois da higiene.

B. TÉCNICA DE HIGIENE

Para os frascos que contêm o bico aplicador removível: puxar o bico aplicador delicadamente, retirando-o do frasco. Lavar o bico aplicador e a tampa protetora com água filtrada ou fervida e sabão neutro. Deixar secar completamente ao ar livre, sobre um papel toalha ou guardanapo. Esta recomendação tem por finalidade prevenir a contaminação da solução com a secreção nasal. Nunca remover a válvula.

Alguns aparelhos contêm bicos aplicadores anatômicos que limitam a penetração profunda na narina e, portanto, evitam lesões da mucosa nasal.

Fonte: Adaptado de Truven Health Analytics (2015), Krinsky et al. (2014), Correr e Otuki (2013) e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia e Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (2012).

6

AVALIAÇÃO
DOS RESULTADOS



A maioria dos pacientes atendidos com queixas de espirro e congestão nasal apresenta problemas de saúde autolimitados e, normalmente, a remissão dos sinais e sintomas ocorre em torno de 2 a 4 dias. Em alguns casos, o alívio completo pode acontecer de 10 a 14 dias.

O farmacêutico deve avaliar os resultados obtidos com base em suas ações junto do paciente. Esta avaliação dos resultados pode ser feita por via telefônica ou por agendamento de retorno. Para tanto, o farmacêutico deve manter o registro do atendimento feito e incluir um meio de contato com o paciente.

Para avaliação dos resultados, o farmacêutico deve considerar os seguintes aspectos:

- A meta terapêutica a ser alcançada com o tratamento farmacológico ou não farmacológico é a **remissão do espirro e da congestão nasal**.
- A avaliação dos resultados é feita por meio da reavaliação dos sinais e sintomas do paciente, sendo de grande importância a investigação daqueles que são considerados situações de alerta para o encaminhamento (Capítulo 4), assim como pela avaliação de fatores importantes inerentes a cada medicamento (Quadro 11).
- Para auxiliar na avaliação dos resultados, é necessário utilizar alguns parâmetros, como medidas de temperatura, aspecto das secreções nasais, presença de sibilância (chiado) ou falta de ar, identificação de tosse produtiva e informação pelo paciente de dor no pescoço ou face (KRINSKY et al., 2014). Com base na avaliação, o farmacêutico pode encontrar quatro desfechos diferentes, que vão desde a resolução da necessidade ou problema de saúde do paciente até a piora dos sinais e sintomas (Figura 1).
- Antes de concluir pela falha da terapêutica, investigar se o paciente está aderindo ao tratamento proposto, e empregando as técnicas corretas de administração dos medicamentos.

- Adicionalmente, a avaliação dos resultados permite a identificação precoce de problemas relacionados à segurança. Reações adversas de ocorrência comum incluem: sonolência, tontura, alteração de coordenação motora, constipação (prisão de ventre), diarreia, desconforto epigástrico, náuseas, vômitos, xerostomia, ressecamento das vias respiratórias, dor de cabeça, fadiga, entre outras. Nestas circunstâncias, caso a reação adversa seja moderada ou grave, ou não possa ser manejada, o paciente deverá ser encaminhado ao médico.

QUADRO 11

Avaliação dos resultados.

CLASSES DE MEDICAMENTOS/ MEDICAMENTOS	CRITÉRIOS DE ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO
Anti-histamínicos 1ª geração <i>(bronfeniramina; carbinoxamina; clorfeniramina, dexclorfeniramina; mepiramina)</i>	Efetividade > Alívio dos sintomas de rinite sazonal, perene, vasomotora e outras reações alérgicas; Segurança > Efeitos no SNC (sinais e sintomas de excitação ou depressão); > Sinais e sintomas de sedação e confusão em pacientes idosos.
Loratadina 2ª geração	Efetividade > Melhora dos sinais/sintomas de rinite; > Efeitos sobre o SNC (sinais e sintomas de excitação ou depressão).
Descongestionantes nasais <i>(fenilefrina; nafazolina)</i>	Efetividade > Redução da congestão nasal; Segurança > Congestão nasal por medicamento ou de rebote; > Avaliar reações adversas cardiovasculares e neurológicas, como palpitações, hipertensão, arritmias, dor de cabeça, tontura, sonolência ou insônia.
Solução nasal salina <i>(Hipertônica - 3%; Fisiológica - 0,9%)</i>	Efetividade ou segurança > Não há nenhum parâmetro de avaliação específico.

Fonte: Truven Health Analytics (2014).

7

DECISÃO TERAPÊUTICA



7.1 TERAPÊUTICA NO MANEJO DO ESPIRRO E CONGESTÃO NASAL

A seleção do tratamento sintomático adequado para o manejo do espirro e da congestão nasal deve ser baseada na etiologia dos sinais/sintomas, definida por meio da anamnese farmacêutica, em evidências de efetividade e segurança, e de acordo com a faixa etária (Quadros 12 e 13).



Situação de alerta: pacientes com hipertensão arterial ou outras cardiopatias apresentam restrições ao uso de medicamentos com efeito vasopressor sistêmico, como os descongestionantes orais. Quando necessário, recomenda-se a utilização cautelosa dos descongestionantes nasais tópicos e a avaliação durante o uso.

7.2 ALGORITMO GERAL DE DECISÃO




O manejo do espirro e da congestão nasal deve ser baseado nas melhores evidências disponíveis. O processo decisório deve ser compartilhado com o paciente e personalizado de acordo com as suas necessidades, expectativas e experiências prévias. Contudo, a FIGURA 2 contém um roteiro geral do raciocínio clínico.

QUADRO 12

Decisão terapêutica para o manejo de espirro e congestão nasal associados ao resfriado comum.

ESPIRRO E CONGESTÃO NASAL ASSOCIADOS AO RESFRIADO COMUM

O resfriado comum é geralmente doença leve e autolimitada. Orientação prévia e cuidados de apoio são os principais pilares de seu manejo. Medicamentos sintomáticos devem ser utilizados racionalmente, e apenas se os sinais/sintomas incomodam as atividades do paciente.

 Crianças	1º <i>Primeira linha</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Medidas não farmacológicas: hidratação adequada, ingestão de líquidos quentes; > Medidas farmacológicas: irrigação salina.
	1º <i>Primeira linha</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Medidas não farmacológicas: hidratação adequada, ingestão de líquidos quentes; > Medidas farmacológicas: irrigação salina; descongestionantes nasais (tópicos, com duração de uso ≤ 72 horas).
	2º <i>Segunda linha</i>	> Medidas farmacológicas: descongestionante nasal oral (fenilefrina)*; anti-histamínicos de primeira geração*; combinações de anti-histamínicos + descongestionantes*.
 Adultos e idosos	3º <i>Terceira linha</i>	> Medidas farmacológicas: combinações de anti-histamínicos + descongestionantes + analgésicos* (apenas se, além dos sinais/sintomas discutidos nesse guia, o paciente apresentar dor e/ou febre).

Fonte: Elaborado pelo autor.




* Esses medicamentos devem ser utilizados com cautela em pacientes idosos, visto seu alto risco de eventos adversos relacionados a intercorrências clínicas, outros medicamentos em uso e à própria peculiaridade dessa população.

QUADRO 13

Decisão terapêutica para o manejo de espirro e congestão nasal relacionados à alergia.

ESPIRRO E CONGESTÃO NASAL RELACIONADOS À ALERGIA

O aparecimento do espirro e da congestão nasal pode ser de origem alérgica. O tratamento sintomático envolve o afastamento do alérgeno, sempre que possível, e a utilização de medicamentos antialérgicos. Segundo a legislação brasileira, vários anti-histamínicos compõem a lista de medicamentos isentos de prescrição, e podem ser utilizados desde que os sinais/sintomas tenham surgido recentemente e não sejam recorrentes.

 Crianças com idade ≥ 2 anos	1º <i>Primeira linha</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Medidas não farmacológicas: hidratação adequada, ingestão de líquidos quentes; > Medidas farmacológicas: irrigação salina; loratadina.
	1º <i>Primeira linha</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Medidas não farmacológicas: hidratação adequada, ingestão de líquidos quentes; > Medidas farmacológicas: irrigação salina; descongestionantes nasais (tópicos, com duração de uso ≤ 72 horas); anti-histamínicos*.
 Adultos e idosos	2º <i>Segunda linha</i>	> Medidas farmacológicas: combinações de anti-histamínicos + descongestionantes*.

Fonte: Elaborado pelo autor.

* Esses medicamentos devem ser utilizados com cautela em pacientes idosos, visto seu alto risco de eventos adversos relacionados a intercorrências clínicas, outros medicamentos em uso e à própria peculiaridade dessa população.

GLOSSÁRIO

A

Acolhimento: prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (BRASIL, 2011).

Adrenérgicos: agentes que atuam nas vias sob interferência de catecolaminas endógenas: norepinefrina (noradrenalina), epinefrina (adrenalina) e dopamina (GOLAN, 2014).

Agranulocitose: afecção caracterizada na essência por desaparecimento quase completo de granulócitos do sangue (glóbulos brancos polimorfonucleares) (MANUILA, L.; MANUILA, A.; NICOULIN, 1997).

Anamnese: conjunto de informações colhidas com o paciente ou acompanhante, acerca de seus antecedentes, história e detalhes de uma doença (MANUILA, L.; MANUILA, A.; NICOULIN, 1997).

Anemia hemolítica: anemia ligada à destruição excessiva de eritrócitos no sangue (hemólise) (MANUILA, L.; MANUILA, A.; NICOULIN, 1997).

Angioedema: extravasamento de líquido que abrange estruturas mais profundas da pele, incluindo dérmicas ou subdérmicas. Lesão mais profunda que gera áreas dolorosas de tumefação. Pode ser encontrado em qualquer região do corpo, porém, com maior frequência afeta a língua, os lábios e as pálpebras (COOPER et al., 2008).

Artralgia: dor articular (MANUILA, L.; MANUILA, A.; NICOULIN, 1997).

Atresia: ausência congênita ou oclusão de um orifício, de um conduto natural (MANUILA, L.; MANUILA, A.; NICOULIN, 1997).

C

Chá: vide “chá medicinal”

Chá medicinal: é a droga vegetal com fins medicinais a ser preparada por meio de infusão, decoção ou maceração em água pelo consumidor (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014b, 2014c).

Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP): classificação que reflete distribuição e conteúdo típicos de atenção primária, tendo como princípio classificador dados obtidos na prática da medicina de família e comunidade, e da atenção primária (COMITÊ INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE ASSOCIAÇÕES NACIONAIS, ACADEMIAS E ASSOCIAÇÕES ACADÊMICAS DE CLÍNICOS GERAIS MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2010).

Consultório farmacêutico: lugar de trabalho do farmacêutico para atendimento de pacientes, familiares e cuidadores, onde se realiza com privacidade a consulta farmacêutica. Pode funcionar de modo autônomo ou como dependência de hospitais, ambulatórios, farmácias comunitárias, unidades multiprofissionais de atenção à saúde, instituições de longa permanência e demais serviços de saúde, no âmbito público e privado (BRASIL, 2013a).

Costocondrite: também chamada de síndrome costoesternal, síndrome da parede torácica, síndrome da parede torácica anterior, ou condrodinia paraesternal é causa relativamente frequente de dor torácica anterior. Dor recorrente nas articulações costocondrais (no centro do peito, onde as costelas se juntam ao esterno) é a principal queixa, e é geralmente desencadeada por certos movimentos do tórax, como extensão da coluna cervical ou tração posterior dos braços estendidos, pela palpação das articulações ou por tosse ou inspiração profunda. O acometimento de mais de uma articulação é frequente, principalmente da 2ª à 5ª articulação costocondral e/ou costoexternal. As causas não são

bem estabelecidas, mas a frequente história de tosse excessiva ou pequenos traumas sugere um processo mecânico simples, de traumas/sobrecarga, gerando inflamação (REUMATOLOGIA AVANÇADA, 2009).

Cuidado em saúde: atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida (PINHEIRO, 2009).

D

Declínio cognitivo: o declínio das funções cognitivas é caracterizado pela dificuldade progressiva em reter memórias recentes, adquirir novos conhecimentos, fazer cálculos numéricos e julgamentos de valor, manter-se alerta, expressar-se na linguagem adequada, manter a motivação e outras capacidades superiores (VARELLA, 2011).

Decocção: preparação, realizada pelo consumidor, que consiste na ebulição da droga vegetal em água potável por tempo determinado. Método indicado para partes de drogas vegetais com consistência rígida, tais como cascas, raízes, rizomas, caules, sementes e folhas coriáceas ou que contenham substâncias de interesse com baixa solubilidade em água (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014b, 2014 c).

Degranulação (de histamina a partir dos mastócitos): desaparecimento, por lise, da granulação dos mastócitos (MANUILA, L.; MANUILA, A.; NICOLIN, 1997).

Demanda espontânea: necessidade de saúde definida e apresentada pelo usuário de um serviço de saúde e que deve ser acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima (BRASIL, 2011).

Desconforto epigástrico ou dor epigástrica: sensação subjetiva e desagradável que os pacientes sentem quando está havendo lesão tecidual, restrita à região do epigástrico (SILVA, 2008).

Desfecho: mudança no estado de saúde do paciente resultante do serviço de cuidado à saúde (MULLINS; BALDWIN; PERFETTO, 1996).

Diferença média padrão: é utilizada como estatística resumida em meta-análise quando todos os estudos avaliaram o mesmo resultado, mas o mediram de modo diferente (por exemplo: todos os estudos quantificaram a depressão, mas utilizaram diferentes escalas psicométricas) (HIGGINS; VERDE, 2011).

Dispneia: é a respiração com dificuldade ou com esforço (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

Doença arterial coronariana: o termo descritor em saúde é síndrome coronariana aguda: episódio de isquemia miocárdica que geralmente dura mais que um episódio de angina transitório e, em última instância, pode resultar em infarto do miocárdio (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

Droga vegetal: planta medicinal, ou suas partes, que contenham as substâncias, ou classes de substâncias, responsáveis pela ação terapêutica, após processos de coleta/colheita, estabilização, quando aplicável, e secagem, podendo estar na forma íntegra, rasurada, triturada ou pulverizada (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014b).

E

Efeitos anticolinérgicos: sinais e sintomas provocados por medicamentos que antagonizam a ação da acetilcolina. São comumente: constipação, sudorese reduzida, sonolência (pode ser relacionada à hipotensão ortostática), tonturas, boca seca (DRUG..., 2004).

Eficácia: utilidade e benefícios para o indivíduo ou comunidade decorrentes de serviço ou intervenção sob condições ideais. A determinação da eficácia é feita com base em ensaios clínicos controlados ao acaso (Tradução livre do original: Last, 2001) (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

Ensaio clínico controlado ao acaso: é termo sinônimo do descritor ensaio clínico controlado aleatório: trabalho que consiste em ensaio clínico que envolve pelo menos um tratamento teste e um tratamento controle, de início e seguimento simultâneos dos grupos teste e controle, e nos quais os tratamentos a serem administrados, são selecionados por processo ao acaso, como o uso de uma tabela de números aleatórios (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

Epistaxe: sangramento pelo nariz (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

Esofagite: inflamação aguda ou crônica do esôfago, causada por bactérias, produtos químicos ou trauma (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

Evidências científicas: evidências fundamentadas em estudos científicos. No caso de comparação entre terapias, o delineamento de estudo ideal para se obter estas evidências científicas é o ensaio clínico controlado ao acaso; já em caso de se obter evidências científicas relacionadas a reações adversas, o delineamento de estudo mais apropriado são os ensaios clínicos ao acaso, opcionalmente os estudos de caso-controle (ADAPTADO DE DOMENICO; IDE, 2003).

Extrato: é a preparação de consistência líquida, sólida ou intermediária, obtida a partir de material animal ou vegetal. O material utilizado na preparação de extratos pode sofrer tratamento preliminar, tais como inativação de enzimas, moagem ou desengorduramento. O extrato é preparado por percolação, maceração ou outro método adequado e validado, utilizando como solvente álcool etílico ou outro solvente adequado (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010).

Extrato fluido: é a preparação líquida obtida de drogas vegetais por extração com líquido apropriado ou por dissolução do extrato seco correspondente, em que, exceto quando indicado de maneira diferente, uma parte do extrato, em massa ou volume, corresponde a uma parte, em massa, da droga seca utilizada na sua preparação, teor de constituintes ou de resíduo seco (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010).

Extrato padronizado: aquele em que o teor de um ou mais constituintes é ajustado a valores previamente definidos. O ajuste do teor dos constituintes pode ser obtido por diluição do extrato com o solvente utilizado na extração ou com extratos mais diluídos obtidos do mesmo material e solvente, pela adição de materiais inertes ou por concentração (FARMACOPÉIA..., 2002).

Extrato sólido: *Ver* Extrato seco.

Extrato seco: preparação sólida obtida pela evaporação do solvente utilizado na extração. Os extratos secos apresentam, no mínimo, 95% de resíduo seco, calculados como percentagem de massa. Podem ser adicionados de materiais inertes adequados. Os extratos secos padronizados têm o teor de seus constituintes ajustado pela adição de materiais inertes adequados ou pela adição de extratos secos obtidos com a mesma droga utilizada na preparação (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010).

G

GITE: lista de Grupos e Indicações Terapêuticas Especificadas (GITE) de medicamentos que não requerem prescrição médica (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2003).

Guia de prática clínica: consiste em um conjunto de orientações ou princípios para auxiliar o profissional da saúde nas decisões relacionadas com o tratamento do paciente, ou seja, diagnóstico adequado, terapêutica ou outros procedimentos clínicos para uma determinada condição clínica. Os guias de prática clínica podem ser desenvolvidos por agências governamentais em qualquer nível, instituições, organizações, como sociedades profissionais ou juntas governamentais ou por reunião de especialistas para discussão. Podem servir de base para a avaliação da qualidade e eficiência do tratamento em relação à melhora do estado de saúde, menor variação dos serviços ou procedimentos realizados e redução da variação nos resultados da assistência à saúde prestada (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

H

Hidrorreia: descarga aquosa copiosa (DORLAND, 1999).

Hiperemia: presença de uma quantidade de sangue aumentada em uma parte ou órgão, levando à congestão ou obstrução dos vasos sanguíneos. A hiperemia pode ser devida ao aumento do fluxo sanguíneo na área (ativa ou arterial), ou devida à obstrução do fluxo de sangue da área (passiva ou venosa) (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

I

Idoso em situação de fragilidade: indivíduos de mais idade que tenham perda de força em geral e que sejam singularmente predispostos às doenças e outros estados de fraqueza física e mental (U. S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, 2014).

IMAO: classe de medicamentos antidepressivos inibidores da enzima monoaminoxidase (FUCHS; WANNMACHER, 2010).

Incidência: número de casos novos de doenças ou agravos numa determinada população e período (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

Infusão: preparação, destinada a ser feita pelo consumidor, que consiste em verter água potável fervente sobre a droga vegetal e, em seguida, tampar ou abafar o recipiente por um período determinado. Método indicado para partes de drogas vegetais de consistência menos rígida, tais como folhas, flores, inflorescências e frutos, ou com substâncias ativas voláteis ou ainda com boa solubilidade em água (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014b).

Intervalo de confiança (IC): o intervalo de confiança é uma ferramenta utilizada para testar hipótese e cria limites onde é provável que se encontre o valor da população estudada (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010). Define os limites inferior e superior de um conjunto de valores que tem certa probabilidade de conter no seu interior o valor verdadeiro do efeito da intervenção em estudo. Desse modo, o

processo pelo qual um intervalo de confiança de 95% é calculado, é tal que ele tem 95% de probabilidade de incluir o valor real da eficácia da intervenção em estudo (COUTINHO; CUNHA, 2005).

Itinerário terapêutico: são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas de religião até os instrumentos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência etc.) (MARTINEZ, 2011).

L

Lactante: a que amamenta.

Lactente: criança entre 1 e 23 meses de idade (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

M

Medicamento fitoterápico: medicamentos fitoterápicos são os obtidos com emprego exclusivo de matérias-primas ativas vegetais, cuja segurança e eficácia sejam baseadas em evidências clínicas e que sejam caracterizados pela constância de sua qualidade (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014b).

Meningoencefalite: processo inflamatório envolvendo o cérebro (encefalite) e meninges (meningite), geralmente causado por organismos patogênicos que invadem o sistema nervoso central e ocasionalmente também por toxinas, transtornos autoimunes e outras afecções (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

Meta-análise: trabalhos que consistem em estudos que utilizam um método quantitativo de combinação dos resultados de estudos independentes (normalmente tirados da literatura publicada) e que sintetizam resumos e conclu-

sões, que podem ser usados para avaliar a eficiência de terapias, planejar novos estudos etc. É frequentemente uma revisão de ensaios clínicos. Geralmente é chamado de meta-análise pelo autor ou patrocinador e deve ser diferenciado das revisões da literatura (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

Mialgia: sensação dolorosa nos músculos (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

Mieloperoxidase: hemoproteína dos leucócitos. Deficiência desta enzima leva a uma doença hereditária acoplada à monilíase disseminada. Catalisa a conversão de um doador e peróxido a um doador oxidado e água (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

Morbidade: qualquer alteração, subjetiva ou objetiva, na condição de bem-estar fisiológico ou psicológico (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

N

Necessidade em saúde: entende-se como conjuntos de necessidades de saúde: boas condições de vida; acesso e utilização das tecnologias de atenção à saúde; vínculos entre usuário, profissional e equipe de saúde, e o desenvolvimento da autonomia do paciente (CECILIO, 2001). Essas necessidades de saúde podem ser interpretadas sob a perspectiva da história natural da doença ou pela teoria da determinação social do processo saúde-doença (NOGUEIRA, 2010).

O

Odds ratio: é uma aproximação do risco relativo, característica de estudos de casos e controles, dada pela proporção entre a probabilidade de adoecer e não adoecer mediante a exposição e não exposição ao fator de risco em estudo (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

Óleo essencial ou volátil: produto volátil de origem vegetal (sementes, flores, folhas) obtido por processo físico, tais como destilação por arraste a vapor, destilação por pressão reduzida ou outro método adequado (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2007).

Otalgia: dor localizada no ouvido. Dor de ouvido (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015; SILVA, 2006)

P

Peto odds ratio: a *odds ratio* de Peto é uma forma alternativa de se estimar a *odds ratio*. A ideia e a interpretação são as mesmas, mas uma diferença relevante é que na *odds ratio* de Peto, a_j , b_j , c_j ou d_j podem ser iguais a zero. A *odds ratio* de Peto é particularmente útil quando o tamanho das amostras dos grupos não é muito diferente (RODRIGUES, 2010).

Planta medicinal: espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014b).

Plantas medicinais *in natura*: planta medicinal coletada no momento do uso (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Pneumotórax: acúmulo de ar ou gás na cavidade pleural, que pode ocorrer espontaneamente ou como resultado de trauma ou processo patológico (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

Prevalência: número total de casos de uma dada doença em uma população especificada num tempo designado. É diferenciada de incidência, que se refere ao número de casos novos em uma população em um dado tempo (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

Problema de saúde autolimitado: enfermidade aguda de baixa gravidade, de breve período de latência, que desencadeia uma reação orgânica, a qual tende a cursar sem dano para o paciente, e que pode ser tratada de forma eficaz e segura com medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica, incluindo medicamentos industrializados e preparações magistrais - alopáticos ou dinamizados -, plantas medicinais, drogas vegetais ou com medidas não farmacológicas (BRASIL, 2013a).

Prognóstico: 1. Previsão do curso ou desfecho de uma doença. 2. Expectativa de recuperação ou de sobrevivência de um paciente, em função do diagnóstico da doença, da natureza e do curso natural desta, do quadro clínico, dos exames laboratoriais e do modo como ele responde à terapêutica (REY, 2012).

R

Reação adversa: 1. É uma reação nociva, mas não intencional, que ocorre com as doses normalmente utilizadas na espécie humana para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma doença, ou para modificar uma função fisiológica (CASTRO, 2000).

Refluxo gastroesofágico: fluxo retrógrado de suco gástrico (ácido gástrico) e/ou conteúdos duodenais (ácidos e sais biliares, suco pancreático) para dentro do esôfago distal, frequentemente devido à incompetência do esfíncter esofágico inferior (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

Remissão: 1. Estágio de uma doença ou de uma manifestação patológica durante o qual os sintomas se atenuam temporariamente (MANUIA, L.; MANUIA, A.; NICOLIN, 1994). 2. Diminuição da intensidade dos sintomas de uma doença (REY, 2012).

Revisão sistemática: estudo secundário, que tem por finalidade reunir estudos semelhantes, publicados ou não, avaliando-os criticamente em sua metodologia e reunindo-os numa análise estatística, a meta-análise, quando possível.

Por sintetizar estudos primários semelhantes e de boa qualidade, é considerada o melhor nível de evidência para tomadas de decisões em questões sobre terapêutica (ATALLAH; CASTRO, 1998).

Rinite causada por medicamento: deve-se ao uso abusivo e prolongado de vasoconstritores tópicos nasais e consequente efeito rebote de vasodilatação que pode se tornar permanente devido à atonia vascular (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL, 2012)

Rinite: 1. É a inflamação da mucosa de revestimento nasal, caracterizada pela presença de um ou mais dos seguintes sintomas: obstrução nasal, rinorreia, espirros, prurido e hiposmia (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL, 2012). 2. É a inflamação aguda ou crônica, infecciosa, alérgica ou irritativa da mucosa nasal, sendo os casos agudos, em sua maioria, causados por vírus, ao passo que os casos crônicos ou recidivantes são geralmente determinados pela rinoconjuntivite alérgica, induzida pela exposição a alérgenos, que, após sensibilização, desencadeiam resposta inflamatória mediada por imunoglobulina E (IgE) (BRASIL, 2010).

Rinorreia: corrimento aquoso, proveniente das fossas nasais (REY, 2012).

S

Secreção mucoide: secreção rica em muco, um coloide hidrofílico produzido pelas células caliciformes, plasmáticas, pneumócitos do tipo II e glândulas submucosas, com aspecto semelhante à clara de ovo, de cor esbranquiçada e textura viscosa. Encontrado em pacientes com bronquite crônica e asma brônquica, quando não há infecção bacteriana superposta (SILVA, 2004).

Sibilância (ou sibilo): 1. Os sibilos são ruídos adventícios contínuos e musicais. (chiado, chieira, piado) (BRASIL, 2010). 2. Estertor seco agudo, que lembra o so-

pro do vento. Ouvido nos dois tempos da respiração, quando de uma estenose dos bronquíolos, com ou sem presença de mucosidades obstrutivas (MANUILA, L.; MANUILA, A.; NICOLIN, 1994). 3. Tipo de ruído de timbre agudo, musical, produzido por obstáculo à passagem de ar pelos brônquios, ouvido principalmente na fase expiratória, em afecções brônquicas como a asma. Ainda que as crises asmáticas constituam a principal causa dos sibilos, outras condições que criem obstáculos ao fluxo aéreo, como tumores ou corpos estranhos, podem ser a razão do fenômeno. Nestes casos, o ruído pode ser localizado em um ponto, pela escuta, enquanto, na asma, os sibilos são generalizados e diminuem ou desaparecem com tratamentos broncodilatadores (REY, 2012).

Significância clínica: pode ser explicada por três perspectivas: a do paciente, a do profissional e a da sociedade. Paciente: avaliação subjetiva que ele faz sobre a contribuição do tratamento para a sua melhora ou bem-estar. Profissional: dada com base no referencial teórico adotado por ele. Sociedade: diretamente relacionada com a atividade do pesquisador e dada por pelo menos três fatores: significância social das finalidades do tratamento, adequação social dos procedimentos e importância social de seus efeitos (YOSHIDA, 2008).

Significância estatística: 1. A significância estatística de um resultado é uma medida estimada do grau em que este resultado é “verdadeiro” (no sentido de que seja realmente o que ocorre na população, ou seja no sentido de “representatividade da população”) (CONCEITOS..., s.d). 2. Probabilidade de que uma diferença entre grupos estudados tenha acontecido apenas por acaso. Quanto menor essa probabilidade (Pa), maior a significância estatística. O nível a partir do qual essa diferença será interpretada como significativa deverá ser determinada *a priori* (valor de α) (REY, 2012). 3. Em geral, é interpretada como um resultado que poderia ocorrer por acaso, com um valor P igual ou menor do que 0,05. Isto ocorre quando a hipótese nula é rejeitada (DAWSON; TRAPP, 2003).

Sinais: são dados objetivos que podem ser analisados pelo examinador por meio da inspeção, palpação, percussão, ausculta, ou evidenciados mediante recursos subsidiários. São exemplos de sinais: temperatura corporal,

pressão arterial, tosse, edema, cianose, presença de sangue na urina, entre outros (PORTO, 2009; LÓPEZ; LAURENTYS-MEDEIROS, 2004).

Sintomas: são percepções do paciente de condição de saúde anormal. Como não são mensuráveis pelo examinador, não são absolutas. Os sintomas podem ser influenciados pela cultura, inteligência, experiências prévias, condição socioeconômica do paciente, entre outros (SWARTZ, 2006; CORRER; OTUKI, 2013; PORTO, 2009; LÓPEZ; LAURENTYS-MEDEIROS, 2004). São exemplos de sintomas: dor, indigestão, tontura, náusea, dormência e tristeza.

Sprays nasais: solução ou suspensão embalada em um recipiente acoplado a uma válvula que mede precisamente a dose e a libera como uma névoa para agir localmente na cavidade nasal (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

T

Taquiarritmia: qualquer distúrbio do ritmo cardíaco, regular ou irregular, com frequência acima de 100 batimentos/minuto (REY, 2012).

Taquipneia: distúrbio respiratório que se apresenta quando os movimentos respiratórios são anormalmente rápidos e superficiais (REY, 2012).

Tintura: produto obtido pela maceração ou decocção, de acordo com a monografia farmacopeica da planta medicinal, sendo comumente hidroalcoólica (ANVISA, 2010).

Trombocitopenia: condição em que o número de plaquetas no sangue circulante está abaixo do normal. Com menos de 80.000/ μ L, a hemostasia pode ficar prejudicada; mas, com uma contagem de plaquetas abaixo de 20.000/ μ L, costuma haver tendência a hemorragias espontâneas. Entretanto, na vigência de um sangramento, são necessárias concentrações plaquetárias da ordem de 100.000/ μ L. A capacidade das plaquetas de aderir e agregar, diminui nas baixas

concentrações. Os distúrbios qualitativos da função plaquetária podem aparecer como resultado de uma exposição a medicamentos, de uremia ou por defeito intrínseco das plaquetas (REY, 2012).

V

Vasodilatação de rebote: vasodilatação que ocorre certo tempo após a vasoconstricção obtida com o uso de descongestionantes nasais, quando o efeito farmacológico cessa, dando a sensação de que é necessário o uso constante do medicamento (BRICKS; SIH, 1999).

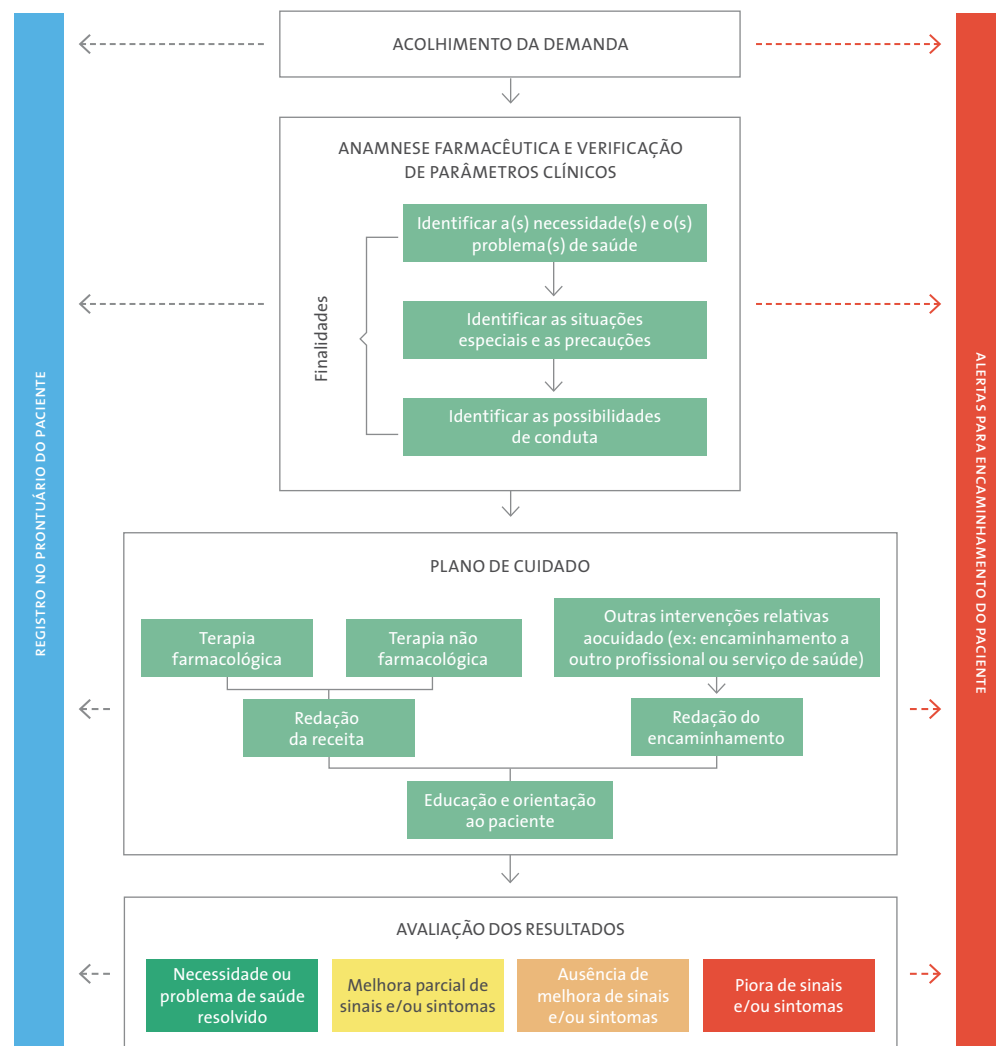
X

Xerostomia: secura anormal da boca, que ocorre com muita frequência, tendo causas diversas: A) Condições locais, como agenesia das glândulas salivares maiores; respiração pela boca relacionada com defeito da oclusão dentária ou com obstáculos à respiração nasal (por desvio de septo, crescimento das adenoides); tabagismo etc., que acabam por produzir hiperplasia e inflamação gengival. B) Doenças das glândulas salivares ou seus dutos, que reduzem o fluxo, mas não o impedem completamente, a menos que se trate de processo generalizado afetando toda a produção salivar (como na parotidite epidêmica). C) Distúrbio da secreção salivar induzida por fatores sistêmicos, como estados de ansiedade (em geral transitórios); por grande número de medicamentos, entre os quais estão agentes anti-hipertensivos, simpaticomiméticos (como as anfetaminas), anti-histamínicos, antidepressivos tricíclicos e os medicamentos usados no tratamento da doença de Parkinson. Várias outras condições gerais causam boca seca, como a menopausa, a esclerose múltipla ou a ceratoconjuntivite seca. O tratamento é feito a partir da eliminação das causas evitáveis ou tratáveis e estimulação da secreção glandular residual (uso de pastilhas de limão ou de goma de mascar, sem açúcar) (REY, 2012)

APÊNDICES

APÊNDICE A

Etapas do raciocínio clínico.



--> Desfecho possível a cada etapa

→ Registro em cada etapa

Fonte: Brasil, CFF (2015)

APÊNDICE B

Busca para o manejo, seleção de estudos e síntese de evidências.

BASE DE DADOS E DATA DA BUSCA	TERMOS E LIMITES UTILIZADOS	TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS	FILTRO PARA META-ANÁLISE (MA)	FILTRO PARA REVISÃO SISTEMÁTICA (RS NOT MA)	MA/RS COCHRANE (INCLUÍDAS)
PubMed em 16/03/2015	<ul style="list-style-type: none"> > "Common Cold"[Mesh] OR > "Common Cold"[tiab] OR > "Rhinovirus"[Mesh] OR > "Rhinovirus"[tiab] OR > "Rhinitis"[Mesh] OR > "Rhinitis"[tiab] OR > "Sinusitis"[Mesh] OR > "Sinusitis"[tiab] OR > "Influenza Human"[Mesh] OR > Rhinorrhoea[tiab] OR > "Nasal congestion"[tiab] OR > "Runny nose"[tiab] AND ("Nasal Decongestants"[Mesh] OR > "Nasal Decongestants"[tiab] OR > "Histamine Antagonists"[Mesh] OR > "Histamine Antagonists"[tiab] OR > "Nasal Lavage"[Mesh] OR > "Nasal Lavage"[tiab] OR > "fluid intake"[tiab] 	3927	33	132(89)	17(5) CDO01267 CDO04976 CDO06821 CDO07909 CDO01953

APÊNDICE C

Síntese de evidências para o tratamento farmacológico da congestão nasal.

CLASSES E/OU MEDICAMENTOS

SOLUÇÃO SALINA



> POPULAÇÃO: ADULTOS

> ACHADOS

A IRRIGAÇÃO COM SOLUÇÃO SALINA PODE SER BENÉFICA NO ALÍVIO DOS SINTOMAS DE CONGESTÃO NASAL EM ADULTOS.

Evidências comentada – Uma revisão sistemática (2015) de cinco ensaios clínicos controlados ao acaso (incluindo 544 crianças e 205 adultos) concluiu que a irrigação nasal com solução salina pode ser benéfica no alívio dos sintomas de infecções respiratórias (KING et al., 2015). Em um estudo maior, a irrigação nasal com solução salina propiciou pouca melhora dos sintomas, causando diminuição do uso de outras terapias e diminuindo a recorrência dos sintomas e o absenteísmo escolar (SLAPAK et al., 2008).

Soluções salinas hipertônicas (3%) e normais (0,9%) podem melhorar o transporte mucociliar de sacarina (KEOJAMPA; NGUYEN; RYAN, 2004). No entanto, os dados são conflitantes com estudos que indicam a ausência de benefício em relação ao placebo. Um ensaio clínico controlado ao acaso em que foi utilizado *spray* nasal com solução salina hipertônica, em pacientes com rinosinusite ou resfriado comum, não mostrou melhora dos sintomas nasais. Adicionalmente, *spray* foi relacionado à importante irritação nasal em mais da metade dos pacientes incluídos no estudo (TURNER, 1997).

Uma revisão sistemática com meta-análise (KASSEL; KING; SPURLING, 2010) demonstrou que a irrigação nasal com solução salina tem algum benefício no alívio dos sintomas das infecções agudas do trato respiratório superior. No entanto, os ensaios clínicos incluídos e utilizados na meta-análise foram em geral muito pequenos e tinham um alto risco de viés, reduzindo a confiança na evidência que apoiava este uso.



> POPULAÇÃO: CRIANÇAS

> ACHADOS

A IRRIGAÇÃO COM SOLUÇÃO SALINA PODE SER BENÉFICA NO ALÍVIO DOS SINTOMAS DE CONGESTÃO NASAL EM CRIANÇAS.

Evidência comentada – Uma revisão sistemática (2015) de cinco ensaios clínicos controlados ao acaso (incluindo 544 crianças e 205 adultos) concluiu que a irrigação nasal com solução salina pode ser benéfica no alívio de sintomas de infecções respiratórias (King et al., 2015). Em um estudo maior, a irrigação nasal com solução salina propiciou pouca melhora dos sintomas, resultando em diminuição do uso de outras terapias e diminuindo a recorrência dos sintomas e o absenteísmo escolar (Slapak et al., 2008).

CLASSES E/OU MEDICAMENTOS

DESCONGESTIONANTES NASAIS



> POPULAÇÃO: ADULTOS

> ACHADOS

DESCONGESTIONANTES NASAIS APRESENTAM MELHORA NA AVALIAÇÃO SUBJETIVA E OBJETIVA DA CONGESTÃO NASAL.

Evidência comentada – Em uma meta-análise de estudos controlados ao acaso em adultos, descongestionantes orais e tópicos diminuíram a congestão nasal e aumentaram a permeabilidade nasal (TAVERNER; LATTE, 2007).

Uma meta-análise (TAVERNER; LATTE, 2007) acerca de efeitos dos descongestionantes nasais no resfriado comum avaliou cinco estudos abrangendo 286 pacientes adultos e demonstrou redução líquida de 6% em sintomas subjetivos, após única dose de descongestionante, comparado a placebo. Doses repetidas de descongestionantes nasais produziram um pequeno e, provavelmente, clinicamente insignificante benefício (cerca de 4%), quando o uso repetido continuou durante três a cinco dias. Quando analisado o desfecho “avaliação objetiva da congestão nasal no último dia de tratamento”, foi encontrado valor estatisticamente significativo a favor do uso de descongestionante, com diferença média (DM) padrão e tamanho de efeito de -0.21 (IC 95% [-0.40, -0.02]), com pequeno efeito clínico.

Agentes adrenérgicos tópicos e orais, tais como pseudoefedrina ou fenilefrina, podem aliviar temporariamente a congestão nasal associada ao resfriado comum, tanto quando utilizados em monoterapia, quanto em combinação com anti-histamínicos (DE SUTTER et al., 2012).

A pseudoefedrina é o medicamento mais estudado, e parece apresentar eficácia

superior. A fenilefrina é menos eficaz do que a pseudoefedrina para o tratamento sintomático. A maioria dos estudos sugere que 10 mg de fenilefrina (a dose utilizada na maioria dos produtos para resfriado) não é mais eficaz do que o placebo (HATTON et al., 2007; HORAK et al., 2009). Apesar desta falta de eficácia, fenilefrina continua a ser um componente comum em muitos medicamentos isentos de prescrição (MIP).

O uso de descongestionantes tópicos pode levar a uma sensação subjetiva de melhora da permeabilidade nasal. No entanto, existe alguma preocupação de que possam provocar inflamação da mucosa (BENDE et al., 1996). Os descongestionantes tópicos devem ser utilizados com moderação (não mais de três dias consecutivos) para evitar efeito rebote (SPECTOR et al., 1998). Esses são sugeridos para o alívio sintomático no tratamento de infecções virais agudas. No entanto, têm pouco efeito como terapia adjuvante de antimicrobianos no tratamento de infecções bacterianas, tais como a rinosinusite, e, portanto, diretrizes desaconselham seu uso (ROSENFELD et al., 2007).



> POPULAÇÃO: CRIANÇAS

> ACHADOS

NÃO EXISTEM ESTUDOS QUE DEMONSTREM A EFICÁCIA DE DESCONGESTIONANTES EM MENORES DE 12 ANOS.

CLASSES E/OU MEDICAMENTOS

ANTI-HISTAMÍNICOS



> POPULAÇÃO: ADULTOS

> ACHADOS

ESTUDOS DEMONSTRAM QUE ANTI-HISTAMÍNICOS SÃO EFICAZES NA REDUÇÃO DA CONGESTÃO NASAL EM ADULTOS.

Evidência comentada – Uma revisão sistemática (DE SUTTER et al., 2003) avaliou o uso de anti-histamínicos em relação ao desfecho “diminuição do peso do muco nasal”, no 3º dia e 4º dia após a inoculação do vírus e apresentou resultados estatisticamente significativos a favor da terapia com anti-histamínicos, com valores de diferença média (DM) e tamanho de efeito de -1.61 (IC 95% [-2.99, -0.24]) e -1.41 (IC 95% [-2.44, -0.39]), respectivamente. No entanto, a excreção total de muco parece não ter sido alterada ao final de 4-5 dias do desafio viral (-0.14 [IC 95% -5.37, +5.09]). Estes efeitos foram obtidos com o uso de anti-histamínicos de primeira geração, porém apresentando modesta relevância clínica.

Anti-histamínicos de primeira geração, incluindo clorfeniramina, dexclorfeniramina e carbinoxamina, comercializados como medicamentos isentos de prescrição médica, são considerados igualmente eficazes na redução de congestão nasal de origem alérgica (DYKEWICZ et al., 1998; CHURCH, 2001; HASALA et al., 2007).



> POPULAÇÃO: CRIANÇAS

> ACHADOS

ANTI-HISTAMÍNICOS NÃO SÃO RECOMENDADOS EM CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR A 12 ANOS, PELA AUSÊNCIA DE BENEFÍCIOS CLAROS E RISCO DE EVENTOS ADVERSOS.

Evidência comentada – Em crianças de até 12 anos, o uso de anti-histamínicos, principalmente os de primeira geração (por exemplo, difenidramina, clorfeniramina, hidroxizina, bronfeniramina), não é recomendado para o tratamento de sintomas de resfriado comum, visto a ausência de benefícios claros (Turner et al., 1997; HUTTON et al., 1991; CLEMENS et al., 1997; PAUL et al., 2004), e o risco de eventos adversos associados, tais como sedação, excitação paradoxal, depressão respiratória e alucinações.

CLASSES E/OU MEDICAMENTOS

COMBINAÇÕES DE ANTI-HISTAMÍNICOS + DESCONGESTIONANTES NASAIS



> POPULAÇÃO: ADULTOS

> ACHADOS

A ASSOCIAÇÃO DE ANTI-HISTAMÍNICOS E DESCONGESTIONANTES NASAIS PODE AUXILIAR NO TRATAMENTO DA CONGESTÃO NASAL EM ADULTOS.

Evidência comentada – Uma revisão sistemática (DE SUTTER et al., 2012) avaliou associações de anti-histamínico e descongestionante nasal em comparação com placebo e mostrou que o número necessário para tratar (NNT) os sintomas foi de 4 (95% [IC 3-5,6]) para anti-histamínicos e descongestionantes, demonstrando superioridade no uso da combinação. Entretanto, os pacientes experimentaram mais eventos adversos (sonolência, boca seca, insônia e tontura) com produtos em combinação, do que o grupo controle, mas a diferença não foi significativa.

Agentes adrenérgicos tópicos e orais, tais como pseudoefedrina ou fenilefrina, podem aliviar temporariamente a congestão nasal, tanto quando utilizados em monoterapia, quanto em combinação com anti-histamínicos (DE SUTTER et al., 2012).



> POPULAÇÃO: CRIANÇAS

> ACHADOS

NÃO FORAM OBSERVADAS MELHORAS CLÍNICAS DA CONGESTÃO NASAL COM A COMBINAÇÃO DE ANTI-HISTAMÍNICO COM DESCONGESTIONANTE NASAL EM CRIANÇAS; ENTRETANTO, FOI OBSERVADO AUMENTO DE SONOLÊNCIA.

CLASSES E/OU MEDICAMENTOS

COMBINAÇÕES DE ANTI-HISTAMÍNICOS, DESCONGESTIONANTES NASAIS E ANALGÉSICOS



> POPULAÇÃO: ADULTOS

> ACHADOS

Uma revisão sistemática (DE SUTTER et al., 2012) comparou a combinação de anti-histamínico + analgésico + descongestionante nasal com placebo e demonstrou que o número necessário para tratar (NNT) foi de 5,6 (IC 95% [3,8-10,2]) favorecendo os anti-histamínicos. Entretanto, os pacientes experimentaram mais eventos adversos (sonolência, boca seca, insônia e tontura) com produtos combinados, do que o grupo controle, mas a diferença não foi significativa.



> POPULAÇÃO: CRIANÇAS

> ACHADOS

NÃO FORAM IDENTIFICADOS ESTUDOS AVALIANDO A COMBINAÇÃO DE ANTI-HISTAMÍNICOS, DESCONGESTIONANTES NASAIS E ANALGÉSICOS NO TRATAMENTO DE CONGESTÃO NASAL EM CRIANÇAS.

APÊNDICE D

Síntese de evidência para o tratamento farmacológico da rinorreia e do espirro relacionados ao resfriado comum.

CLASSES E/OU MEDICAMENTOS

ANTI-HISTAMÍNICOS



> POPULAÇÃO: ADULTOS

> ACHADOS

REDUÇÃO DA PERCEPÇÃO E GRAVIDADE DE SECREÇÃO NASAL E ESPIRROS.

Evidência comentada – Medicamentos que compõem a primeira geração de anti-histamínicos, como a dexclorfeniramina, podem aliviar a rinorreia e os espirros relacionados ao resfriado (SEXTON; MCCLAIN, 2016; SIMASEK; BLANDINO, 2007). Uma revisão sistemática (LUKS; ANDERSON, 1996), com análise da eficácia desses agentes, descobriu que pacientes tratados com anti-histamínicos podem apresentar melhoras estatisticamente significantes em espirros (três, de cinco estudos que avaliaram o desfecho) e redução de secreção nasal (três, de sete estudos).

Do mesmo modo, uma revisão sistemática Cochrane (DE SUTTER et al., 2003) avaliou a eficácia dos anti-histamínicos em monoterapia e demonstrou resultado estatisticamente significativo a favor dos anti-histamínicos de 1ª geração, em relação à redução de rinorreia (redução de secreção e gravidade do sinal após o 3º dia e 4º dia de tratamento) e dos espirros (quantidade e gravidade). Os anti-histamínicos de 2ª geração, não apresentaram efeitos significantes quanto aos desfechos.



> POPULAÇÃO: CRIANÇAS

> ACHADOS

SEM EVIDÊNCIA DE BENEFÍCIOS.

Evidência comentada – Uma revisão Cochrane (DE SUTTER; LEMIENGRE; CAMPBELL, 1998) concluiu que os anti-histamínicos não aliviaram clinicamente a rinorreia ou os espirros, ou a sensação subjetiva de melhora do resfriado comum em crianças.

CLASSES E/OU MEDICAMENTOS

COMBINAÇÕES DE ANTI-HISTAMÍNICOS + DESCONGESTIONANTES NASAIS



> POPULAÇÃO: ADULTOS

> ACHADOS

POSSÍVEL BENEFÍCIO EM EFEITOS GLOBAIS DO RESFRIADO.

Evidência comentada – Em revisão sistemática (DE SUTTER et al., 2012), dos doze estudos avaliados com combinações de anti-histamínicos e descongestionantes nasais, oito informaram benefícios em relação aos sinais e sintomas globais do resfriado. Em seis estudos foi aplicada meta-análise e obtido valor de *odds ratio* (OR) para falha terapêutica, de 0,27 (IC 95% [0,15-0,50]), e número necessário para tratar (NNT) igual a 4 (IC 95% [3-5,6]), em comparação a placebo.



> POPULAÇÃO: CRIANÇAS

> ACHADOS

NÃO RECOMENDADO. SEM BENEFÍCIOS CLÍNICOS, COM ALTO RISCO DE EVENTOS ADVERSOS.

CLASSES E/OU MEDICAMENTOS

COMBINAÇÕES DE ANTI-HISTAMÍNICO + ANALGÉSICO + DESCONGESTIONANTE NASAL



> POPULAÇÃO: ADULTOS

> ACHADOS

POSSÍVEL BENEFÍCIO EM EFEITOS GLOBAIS DO RESFRIADO.

Evidência comentada – Em uma revisão sistemática (DE SUTTER et al., 2012) de cinco estudos que avaliaram produtos contendo anti-histamínico + analgésico + descongestionante nasal, quatro descreveram efeitos sobre os sintomas globais do resfriado, dois foram reunidos por meio de meta-análise, com *odds ratio* para falha terapêutica de 0,47 (IC 95% [0,33-0,67]) e número necessário para tratar (NNT) igual a 5,6 (IC 95% [3,8-10,2]). Os pacientes experimentaram mais eventos adversos (sonolência, boca seca, insônia e tontura) com medicamentos em combinação, do que o grupo controle, mas a diferença não foi significativa.



> POPULAÇÃO: CRIANÇAS

> ACHADOS

SEM BENEFÍCIOS CLÍNICOS, COM ALTO RISCO DE EVENTOS ADVERSOS.

Evidência comentada – Em uma revisão sistemática (DE SUTTER et al., 2003), dois estudos que avaliaram o efeito da combinação de anti-histamínico e descongestionante nasal em crianças, nos sintomas globais do resfriado, não mostraram benefícios relevantes. Quando na combinação havia analgésico, um estudo não demonstrou melhora da rinorreia em crianças após 3 ou 5 dias de uso.

CLASSES E/OU MEDICAMENTOS

SPRAY E IRRIGAÇÃO SALINA



> POPULAÇÃO: ADULTOS

> ACHADOS

EVIDÊNCIA CONFLITANTE; ENTRETANTO, VISTO O BAIXO RISCO ASSOCIADO AO TRATAMENTO, A IRRIGAÇÃO SALINA É RECOMENDADA A TODOS.

Evidência comentada – *Spray* salinos hipertônicos e normais podem melhorar o transporte mucociliar de sacarina (KEOJAMPA; NGUYEN; RYAN, 2004). No entanto, os dados são conflitantes, e o uso de *spray* hipertônico pode ser irritante (ADAM; STIFFMAN; BLAKE, 1998). Uma meta-análise de irrigação nasal com solução salina para infecções respiratórias agudas concluiu que os ensaios realizados foram muito pequenos e tinham um risco demasiado elevado de viés para tirar qualquer conclusão quanto aos possíveis benefícios desse tratamento (KEOJAMPA; NGUYEN; RYAN, 2004). Paralelamente, uma revisão sistemática de 2015 (KING et al., 2015) demonstrou que a irrigação salina estava associada a alívio dos sintomas de infecções respiratórias.



> POPULAÇÃO: CRIANÇAS

> ACHADOS

BENEFÍCIO NA REDUÇÃO SINTOMÁTICA DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS.

Evidência comentada – Uma revisão sistemática (2015) de cinco ensaios clínicos controlados ao acaso (incluindo 544 crianças e 205 adultos) concluiu que a irrigação nasal com salina pode ser benéfica para alívio de sintomas de infecções respiratórias, incluindo o resfriado (KING et al., 2015).

APÊNDICE E

Síntese de evidência para o tratamento farmacológico da rinorreia e do espirro associados à **alergia**.

CLASSES E/OU MEDICAMENTOS

ANTI-HISTAMÍNICOS DE PRIMEIRA GERAÇÃO



> POPULAÇÃO: ADULTOS

> ACHADOS

REDUÇÃO IMPORTANTE DE RINORREIA E ESPIRROS.

Evidência comentada – Os anti-histamínicos de primeira geração incluem clorfeniramina, dexclorfeniramina e carbinoxamina, e são considerados igualmente eficazes (DYKEWICZ et al., 1998). Eles apresentam efetividade na redução de espirros e congestão nasal de origem alérgica (CHURCH, 2001; HASALA et al., 2007).

O principal evento adverso aos anti-histamínicos de primeira geração é a sedação. Eles são lipofílicos e atravessam facilmente a barreira hematoencefálica. Sintomas no sistema nervoso central são relatados em 20% ou mais dos pacientes, e as reações adversas sobre as funções intelectual e motora estão bem documentadas, mesmo na ausência de percepção subjetiva da sedação (GENGO; MANNING, 1990; VERSTER; VOLKERTS, 2004). Como exemplo, dificuldades na capacidade de condução de veículos são relatadas em pacientes em uso de anti-histamínicos de primeira geração, e podem implicar acidentes automobilísticos. Além disso, seu uso deve ser limitado em idosos devido a seu potencial efeito anticolinérgico.



> POPULAÇÃO: CRIANÇAS

> ACHADOS

USO CONTROVERTIDO.

Evidência comentada – Os anti-histamínicos de primeira geração são problemáticos em crianças; portanto, apesar de sua efetividade no alívio de sintomas de origem alérgica, seu uso deve ser restrito. Nas crianças em idade escolar o uso de anti-histamínicos sedativos está associado com desempenho escolar prejudicado. Em crianças <2 anos, os anti-histamínicos de primeira geração podem causar agitação paradoxal (CHURCH et al., 2010; SIMONS et al., 1994; VUURMAN et al., 1993).

CLASSES E/OU MEDICAMENTOS

ANTI-HISTAMÍNICOS DE SEGUNDA GERAÇÃO



> POPULAÇÃO: ADULTOS

> ACHADOS

REDUÇÃO IMPORTANTE DE RINORREIA E ESPIRROS.

Evidência comentada – Os anti-histamínicos de segunda geração foram desenvolvidos primariamente para evitar os efeitos indesejáveis no sistema nervoso central. O início da ação ocorre na primeira hora para a maioria dos agentes, e os níveis séricos máximos são alcançados em 2-3 horas. Eles também apresentam ação prolongada, e são administrados uma a duas vezes por dia. Os agentes orais de segunda geração parecem ser igualmente eficazes aos de primeira geração no tratamento dos espirros e da congestão nasal de etiologia alérgica, em adultos e crianças, contudo com menor frequência de efeitos sedativos (DAY; BRISCOE; WIDLITZ, 1998; DAY et al., 2004; HORAK et al., 2005; KAKUTANI et al., 2006; STÜBNER; ZIEGLMAYER; HORAK, 2004)



> POPULAÇÃO: CRIANÇAS

> ACHADOS

REDUÇÃO IMPORTANTE DE RINORREIA E ESPIRROS.

Evidência comentada – Os agentes orais de segunda geração parecem ser igualmente eficazes aos de primeira geração no alívio dos espirros e da congestão nasal de etiologia alérgica, em adultos e crianças (Day; Briscoe; Widlitz, 1998; Day et al., 2004; Horak et al., 2005; Kakutani et al., 2006; Stübner; Zieglmayer; Horak, 2004)

APÊNDICE F

Reações adversas a medicamentos.

A utilização de medicamentos para o alívio dos espirros e da congestão nasal pode acarretar o aparecimento de reações adversas, algumas frequentemente notificadas. Em decorrência disso, é importante que o farmacêutico conheça todas as reações adversas para orientar o paciente. No Capítulo 6.3 – Educação e orientação ao paciente –, foram apresentadas somente as reações adversas que, *a priori*, devem ser informadas ao paciente. Aqui, serão comentadas todas as manifestações e, quando disponível, a informação quanto à frequência de sua ocorrência.

O quadro abaixo apresenta as principais reações adversas das intervenções utilizadas no tratamento do espirro e da congestão nasal.

CLASSES DE MEDICAMENTOS/MEDICAMENTOS	REAÇÕES ADVERSAS
Anti-histamínicos (<i>bronfeniramina; carbinoxamina; clorfeniramina; dexclorfeniramina; mepiramina</i>)	<ul style="list-style-type: none">> Respiratórias: ressecamento das vias respiratórias, sobretudo da mucosa nasal, espessamento da secreção brônquica;> Neurológicas: sonolência, sedação, vertigem, tremor, ansiedade, insônia, alteração de coordenação motora;> Gastrointestinais: constipação ou diarreia, desconforto epigástrico, náuseas, vômitos, xerostomia.
Loratadina	<ul style="list-style-type: none">> Gastrointestinal: xerostomia;> Neurológicas: cefaleia, sonolência, nervosismo;> Outros: fadiga.
Descongestionantes nasais (<i>fenilefrina</i>)	<ul style="list-style-type: none">> Cardiovasculares: aumento dos níveis pressóricos.
Descongestionantes nasais (<i>nafazolina</i>)	<ul style="list-style-type: none">> Irritação, ressecamento da mucosa, rinite de rebote.
Solução nasal salina fisiológica (0,9%)	<ul style="list-style-type: none">> Não foram encontradas reações adversas na literatura consultada.
Solução nasal salina hipertônica (3%)	<ul style="list-style-type: none">> Nas vias aéreas superiores: irritação local, prurido, queimação, sensação de pressão no rosto.

Fonte: Micromedex® DrugdexSystem® (TRUVEN HEALTH ANALYTICS, 2015) e Mello Júnior et al. (2013).



A sonolência relacionada aos anti-histamínicos é mais manifesta com os fármacos de primeira geração. O ressecamento das vias respiratórias, sobretudo da mucosa nasal, constitui um efeito adverso frequentemente ligado ao uso de anti-histamínicos.

Uma revisão sistemática citou a sedação como reação adversa em todos os ensaios clínicos em que foram utilizados anti-histamínicos sob monoterapia para o alívio da congestão nasal, rinorreia e espirros, cuja etiologia foi o resfriado comum, com *odds ratio* de Peto de 1,74 (IC 95% [1,32 – 2,29]), valor estatisticamente significativo. Para os anti-histamínicos de 1ª geração, quando utilizados em monoterapia para os mesmos desfechos acima citados, também houve valor estatisticamente significativo, com *odds ratio* de 1,90 (IC 95% [1,39 – 2,59]). A mesma revisão sistemática revela ocorrência de xerostomia quando se utilizou a combinação de anti-histamínicos + descongestionantes nasais, apresentando também valor estatisticamente significativo, com *odds ratio* de Peto de 4,02 (IC 95% [1,89 – 8,51]) (De Sutter et al., 2003).

Em outra revisão sistemática, a insônia foi citada como reação adversa, apresentando valor estatisticamente significativo, com *odds ratio* de 6,18 (IC 95% [1,38 – 27,66]), quando se utilizou descongestionante nasal, em monoterapia, para o alívio da congestão, cuja etiologia foi o resfriado comum (Taverner; Latte, 2007).

Em revisão sistemática que avaliou a combinação de anti-histamínico e descongestionante nasal para os desfechos relacionados ao alívio de sinais e sintomas do resfriado comum (congestão nasal, espirros, rinorreia), mencionou-se a insônia como reação adversa com valor estatisticamente significativo, com *odds ratio* de 3,02 (IC 95% [1,08 – 8,47]). Quando empregada a combinação de descongestionante nasal + anti-histamínico para os mesmos desfechos citados, tontura e vertigem foram as reações adversas observadas, também apresentando valor estatisticamente significativo, com *odds ratio* de 3,59 (IC 95% [1,37 – 9,43]) (De Sutter et al., 2012).



A sensação de queimação nasal é um efeito adverso comumente relacionado aos descongestionantes nasais. O uso contínuo desses medicamentos deve ser desencorajado, por acarretar risco aumentado de congestão nasal de rebote.

O aparecimento de reações adversas hematológicas (agranulocitose, anemia hemolítica, trombocitopenia), imunológicas (anafilaxia) e neurológicas (convulsões) pode estar relacionado ao uso da carbinoxamina.

A utilização de fenilefrina pode desencadear reações adversas cardiovasculares (infarto do miocárdio, taquiarritmia, arritmia ventricular) e respiratórios (edema pulmonar).

REFERÊNCIAS

A

ADAM, P.; STIFFMAN, M.; BLAKE, R. L. A clinical trial of hypertonic saline nasal *spray* in subjects with the common cold or rhinosinusitis. *Archives of family medicine*, Chicago, v. 7, n. 1, p. 39-43, Jan./Feb. 1998.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Farmacopeia Brasileira*. Volume I 5. ed. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/cd_farmacopeia/pdf/Volume%201.pdf

_____. *Lista atualizada de preços de medicamentos da Anvisa*. Jun. 2014. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/regulado!/ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3hndocPE3MfAwMDMydnA093Uz8zooB_A3cXQ_2CbEdFAMyIKzk!/?urile=wcm%3Apath%3A/anvisa+portal/anvisa/pos+--+comercializacao+--+pos+--+uso/regulacao+de+mercado/publicacao+regulacao+economica/listas+de+precos+de+medicamentos+03. Acesso em: jun. 2014.

_____. Nota Técnica nº 001/2013/CEFAR/GTFAR/GGMED/ANVISA. Dispõe sobre os ensaios e seus respectivos procedimentos para conclusão de estudos de equivalência farmacêutica de *spray* nasais, aerossóis nasais, MDIS orais e DPIS orais, bem como das análises estatísticas de bioequivalência populacional aplicáveis a determinados ensaios. Brasília, 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33836/349757/Nota+t%C3%A9cnica+n%C2%BA+o1+de+2013+-+CEFAR-GTFAR-GGMED-Anvisa/a89c47fd-2558-4659-88ff-95b35a004895>

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON DRUGS. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*, Springfield, v. 108, n. 3, p. 776-789, 2001. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/108/3/776.full.pdf>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL. III Consenso Brasileiro sobre Rinites. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, São Paulo, v. 75, n. 6, 2012. Disponível em: http://www.aborlccf.org.br/imageBank/CONSENSO_SOBRE_RINITE_SP-2013-04.PDF. Acesso em: 26 mar. 2015.

ATALLAH, A. N.; CASTRO, A. A. Revisão sistemática e meta-análises. In: _____. *Evidências para melhores decisões clínicas*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

AUSTRALIAN DRUG EVALUATION COMMITTEE. *Prescribing medicines in pregnancy: an Australian categorization of risk of drug use in pregnancy*. Canberra: Therapeutic Goods Administration, 1999. Disponível em: <https://www.tga.gov.au/prescribing-medicines-pregnancy-database>

B

BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 71, n. 6, p. 820-827, 2005.

BELVISI, M. G.; BARNES, P. J. *Neuronal control of the airways*. 2014. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/neuronal-control-of-the-airways?source=search_result&search=limpeza+de+secre%C3%A7%C3%B5es+das+vias+a%C3%A9reas+superiores&selectedTitle=2~150. Acesso em: 01 jun. 2015.

BENDE, M. et al. Effect of oxymetazoline nose drops on acute sinusitis in the rabbit. *The Annals of otology, rhinology, and laryngology*, St. Louis, v. 105, n. 3, p. 222-225, Mar. 1996.

BENSENÖR, I. M.; ATTA, J. A.; MARTINS, M. A. *Semiologia clínica: sintomas e sinais específicos - dor- insuficiências*. São Paulo: Sarvier, 2002. 657 p.

BHATTACHARYYA, N. *Clinical presentation, diagnosis, and treatment of nasal obstruction*. 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-treatment-of-nasal-obstruction>>. Acesso em: 30 jan. 2015.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. *DeCS: descritores em ciências da saúde*. 2015. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>.

BLENKINSOPP, A.; PAXTON, P.; BLENKINSOPP, P. *Symptoms in the Pharmacy: a guide to the management of common illness*. 6. ed. New Delhi: LWW, 2008. 360 p.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. *Epidemiologia básica*. Tradução de Juraci A. Cesar. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010. 213 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43541/5/9788572888394_por.pdf

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. *Consulta pública nº 02/2014: serviços farmacêuticos: contextualização e arcabouço conceitual*. Brasília, 2014a. 66 p.

_____. Conselho Federal de Farmácia. *Oficina sobre serviços farmacêuticos em farmácias comunitárias: relatório (1)*. Brasília, 2013c. 48 p.

_____. Conselho Federal de Farmácia. *Prescrição Farmacêutica no Manejo de Problemas de Saúde Autolimitados*. Brasília, 2015. 29 p.

_____. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2013a. Seção 1, p. 186. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>

_____. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. 2013b. Seção 1, p. 136-8.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 maio 2006. Seção 1, p. 20. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto971_03_05_2006.html>. Acesso em: 2 de mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Asma e rinite: linhas de conduta na Atenção Básica*. Brasília, 2004. p. 14-15. (Série A – Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Doenças respiratórias crônicas*. Brasília, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica n. 25). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. 1). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab28>>. Acesso em: 03 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica*. Brasília, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. 2). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab28_vol2>. Acesso em: 03 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Tesouro eletrônico*. [200-?]. Disponível em: <<http://bvsms2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&l=60>>. Acesso em: 03 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Instrução Normativa nº 4, de 18 de junho de 2014. Determina a publicação do Guia de orientação para registro de Medicamento Fitoterápico e registro e notificação de Produto Tradicional Fitoterápico. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jun. 2014c. Seção 1, p. 86.

_____. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº 02, de 15 de janeiro de 2007. Aprovar o Regulamento Técnico sobre Aditivos Aromatizantes, que consta como Anexo da presente Resolução. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 jan. 2007. Seção 1, p. 41. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/426825/pg-41-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-17-01-2007/pdfView>

_____. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução nº 26, de 13 de maio de 2014. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 maio 2014b. Seção 1, p. 52-58. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/33836/351410/Consolidado+de+normas+da+Cofid+\(Vers%C3%A3o+V\)/3ec7b534-a90f-49da-9c53-ce32c5c6e60d](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33836/351410/Consolidado+de+normas+da+Cofid+(Vers%C3%A3o+V)/3ec7b534-a90f-49da-9c53-ce32c5c6e60d)

_____. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº 138, de 29 de maio de 2003. Dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jan. 2004. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/33%20-%20BRASIL_%20MINIST%C3%89RIO%20DA%20SA%C3%9ADE%202003%20RDC_138_2003_ANVISA.pdf

_____. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução nº 98, de 1º de agosto de 2016. Dispõe sobre os critérios e procedimentos para o enquadramento de medicamentos como isentos de prescrição e o reenquadramento como medicamentos sob prescrição, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 ag. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/08/2016&jornal=1&pagina=32&totalArquivos=104>

BRICKS, L. F.; SIH, T. Medicamentos controversos em otorrinolaringologia. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 79, n. 6, p. 11-22, 1999. Disponível em: <http://www.jpmed.com.br/conteudo/99-75-01-11/port.pdf>

BRONSTEIN, A. C. et al. 2009 annual report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 27th annual report. *Clinical toxicology*, Philadelphia, v. 48, n. 10, p. 979-1178, 2010.

BROWN, C. L.; GRAHAM, S. M. Nasal irrigations: good or bad? *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, Philadelphia, v. 12, n. 1, p. 9-13, Feb. 2004. Disponível em: <http://www.neilmed.com/articles/NasalIrrigation.pdf>

C

CASTRO, L. L. C. *Fundamentos de farmacoeconomia*. Cuiabá: GRUPURAN, 2000. 180 p.

CASTRO, M. M. S.; VALLS, L. T. *Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre asma bronquial*. Granada: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, 2004. 43 p. Disponível em: http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ASMA.pdf. Acesso em: 27 mar. 2015.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CHURCH, M. K. H(1)-antihistamines and inflammation. *Clinical and experimental allergy*, [S.l.], v. 31, n. 9, p. 1341-1343, Sep. 2001.

_____. et al. Risk of first-generation H(1)-antihistamines: a GA² LEN position paper. *Allergy*, Copenhagen, v. 65, n. 4, p. 459-466, Apr. 2010. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1398-9995.2009.02325.x/epdf>

CLEMENS, C. J. et al. Is an antihistamine-decongestant combination effective in temporarily relieving symptoms of the common cold in preschool children? *The Journal of pediatrics*, St. Louis, v. 130, n. 3, p. 463-466, Mar. 1997.

COETZER, R. Colds and flu medication in the elderly. *South African pharmaceutical journal*, [S.l.], v. 79, n. 5, p. 35-37, 2012. Disponível em: <http://www.sapj.co.za/index.php/SAPJ/article/view/1286/1896>

COMITÊ INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE ASSOCIAÇÕES NACIONAIS, ACADEMIAS E ASSOCIAÇÕES ACADÊMICAS DE CLÍNICOS GERAIS MÉDICOS DE FAMÍLIA. *Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)*. 2. ed. Tradução de Sociedade Brasileira de Saúde da Família e Comunidade. Florianópolis: SBSFC, 2010. 200 p. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf

Conceitos elementares de estatística. s.d. Disponível em: <<http://www.inf.ufsc.br/~marcelo.menezes.reis/intro.html>>.

COOPER, D. H. et al. *Manual de terapêutica clínica*. 32. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 1033 p.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. *A prática farmacêutica na farmácia comunitária*. Porto Alegre: Artmed, 2013. 454 p.

COSTANTINE, M. M. Physiologic and pharmacokinetic changes in pregnancy. *Frontiers in pharmacology*, Lausanne, v. 5, n. 65, Apr. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3982119/pdf/fphar-05-00065.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

COUTINHO, Evandro Silva Freire; CUNHA, Geraldo Marcelo. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 146-151, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n2/a15v27n2.pdf>>

COVINGTON, T. R. et al. *Treating the common cold: an expert panel consensus recommendation for primary care clinicians*, v. 5, n. 4, p. 1-16, 2004. Disponível em: <<http://blogs.qu.edu.qa/200657487/files/2011/12/common-cold-guideline-final.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2016.

D

DAWSON, B.; TRAPP, R. G. *Bioestatística básica e clínica*. Tradução de Carla de Mello Vorsatz. 3. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2003.

DAY, J. H. et al. Randomized double-blind comparison of cetirizine and fexofenadine after pollen challenge in the Environmental Exposure Unit: duration of effect in subjects with seasonal allergic rhinitis. *Allergy and asthma proceedings*, Providence, v. 25, n. 1, p. 59-68, Jan./Feb. 2004.

DAY, J. H.; BRISCOE, M.; WIDLITZ, M. D. Cetirizine, loratadine, or placebo in subjects with seasonal allergic rhinitis: effects after controlled ragweed pollen challenge in an environmental exposure unit. *The Journal of allergy and clinical immunology*, St. Louis, v. 101, n. 5, p. 638-645, May 1998.

DE SUTTER, A. I. M. et al. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. *The Cochrane database of systematic reviews*, Oxford, v. 2, p. CDO04976, Jan. 2012.

DE SUTTER, A. I. M. et al. Antihistamines for the common cold. *The Cochrane database of systematic reviews*, Oxford, n. 3, p. CDO01267, Jan. 2003.

DE SUTTER, A.; LEMIENGRE, M.; CAMPBELL, H. Antihistamines for the common cold. *The Cochrane Collaboration*, [S.l.], n. 2, 1998.

DIPIRO, J. et al. *Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach*. 9. ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2014. 2848 p.

DOMENICO, E. B. L. D.; IDE, C. A. C. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 115-118, fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/116568.pdf>>

DORLAND, W. A. Newman. *Dicionário Médico Ilustrado Dorland*. Tradução de Nelson Gomes de Oliveira. 28.ed. Barueri: Manole, 1999.

DRUG information for the health care Professional. 24. ed. Massachusetts: Micromedex Thomson Lactation Rating Healthcare, 2004. v. 1.

DU BOIS, D.; DU BOIS, E. F. A formula to estimate the approximate surface area if height and weight be known. 1916. *Nutrition*. v.5, n, p.303-311, Sep-Oct 1989.

DYKEWICZ, M. S. et al. Diagnosis and management of rhinitis: complete guidelines of the Joint Task Force on Practice Parameters in Allergy, Asthma and Immunology. American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology. *Annals of allergy, asthma & immunology*, McLean, v. 81, n. 5 pt 2, p. 478-518, Nov. 1998. Disponível em: <http://www.spitjudms.ro/_files/protocoale_terapeutice/orl/rinita.pdf>

E

EDWARDS, C.; STILLMAN, P. *Minor illness or major diseases? The clinical pharmacist in the community*. 4. ed. United Kingdom: Pharmaceutical Press, 2006. 256 p.

EFSA PANEL ON DIETETIC PRODUCTS, NUTRITION AND ALLERGIES. Scientific Opinion on Dietary Reference Values for Water. *EFSA Journal*, [s.l.], v. 8, n. 3, p. 1459, Mar. 2010.

EUROPEAN Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps. *Rhinology: Official Journal of the European and International Societies*, [s.l.], v. 50, Suppl. 23, p. 1-298, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.rhinologyjournal.com/Supplements/supplement_23.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2015.

F

FARMACOPÉIA Brasileira: parte II, fascículo 3. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/farmacopeiabrasileira/publicacoes/4_edicao/parte2/4_edicao_fasc3.pdf>

FINKEL, R.; PRAY, W. S. *Guia de dispensação de produtos terapêuticos que não exigem prescrição*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 728 p.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. Pregnancy and Lactation Drug Risk Classification *apud* TRUVEN HEALTH ANALYTICS. *Micromedex® Drugdex System®*. [s.l.], 2014.

FUCHS, F.; WANNMACHER, L. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2010. 1261 p.

G

GENGO, F. M.; MANNING, C. A review of the effects of antihistamines on mental processes related to automobile driving. *The Journal of allergy and clinical immunology*, St. Louis, v. 86, n. 6 pt 2, p. 1034-1039, Dec. 1990.

GOLAN, DE ET AL. *Princípios de farmacologia: a base fisiopatológica da farmacoterapia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 972 p.

GRIEF, S. N. Upper respiratory infections. *Primary care*, Philadelphia, v. 40, n. 3, p. 757-770, 2013.

H

HAN, B. I. et al. Tinnitus: Characteristics, Causes, Mechanisms, and Treatments. *Journal of clinical neurology*, Seoul, v. 5, n. 1, p. 11-19, 2009.

HASALA, H. et al. First-generation antihistamines diphenhydramine and chlorpheniramine reverse cytokine-afforded eosinophil survival by enhancing apoptosis. *Allergy and asthma proceedings*, Providence, v. 28, n. 1, p. 79-86, Jan./Feb. 2007.

HATTON, R. C. et al. Efficacy and safety of oral phenylephrine: systematic review and meta-analysis. *The Annals of pharmacotherapy*, Cincinnati, v. 41, n. 3, p. 381-390, Mar. 2007.

HEMILÄ, H.; CHALKER, E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. *The Cochrane database of systematic reviews*, Oxford, v. 1, p. CD000980, Jan. 2013.

HETZEL, J. L.; SILVA, L. C. C.; RUBIN, A. S. Broncodilatadores. In: SILVA, L. C. C. DA; HETZEL, J. L. (Eds.). *Asma brônquica: manejo clínico*. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 98-106.

HIGGINS, J. P. T.; VERDE, S. (Eds.). *Cochrane Handbook para Revisões Sistemáticas de Intervenções: version 5.1.0 [update March 2011]*. [s.l.]: The Cochrane Collaboration, 2011. Disponível em: <<http://www.cochrane-handbook.org>>. Acesso em: 5 maio 2015.

HORAK, F. et al. A placebo-controlled study of the nasal decongestant effect of phenylephrine and pseudoephedrine in the Vienna Challenge Chamber. *Annals of allergy, asthma & immunology*, McLean, v. 102, n. 2, p. 116-120, Feb. 2009.

HORAK, F. et al. Levocetirizine has a longer duration of action on improving total nasal symptoms score than fexofenadine after single administration. *British journal of clinical pharmacology*, Oxford, v. 60, n. 1, p. 24-31, Jul. 2005.

HUTTON, N. et al. Effectiveness of an antihistamine-decongestant combination for young children with the common cold: a randomized, controlled clinical trial. *The Journal of pediatrics*, St. Louis, v. 118, n. 1, p. 125-130, Jan. 1991.

J

JEFFERSON, T. et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: systematic review. *BMJ*, London, v. 336, n. 77, 2008.

K

KAHAN, S.; MILER, R.; SMITH, E. G. *In a page signs & symptoms*. 2. ed. New Delhi: LWW, 2008. 384 p.

KAKUTANI, C. et al. [Comparison of clinical efficacy and cost-quality of antihistamines in early treatment for Japanese cedar pollinosis]. *Arerugi = [Allergy]*, Tokyo, v. 55, n. 5, p. 554-565, May 2006.

KASSEL, J. C.; KING, D.; SPURLING, G. K. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. *The Cochrane database of systematic reviews*, Oxford, n. 3, p. CD006821, Jan. 2010.

KEOJAMPA, B. K.; NGUYEN, M. H.; RYAN, M. W. Effects of buffered saline solution on nasal mucociliary clearance and nasal airway patency. *Otolaryngology--head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, London, v. 131, n. 5, p. 679-682, Nov. 2004.

KING, D. et al. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. *The Cochrane database of systematic reviews*, Oxford, v. 4, p. CD006821, Apr. 2015.

KRINSKY, D. L. et al. *Handbook of nonprescription drugs: an interactive approach to self-care*. 18. ed. Washington: American Pharmacists Association, 2014. 1041 p.

L

LINDE, K. et al. Echinacea for preventing and treating the common cold. *The Cochrane database of systematic reviews*, Oxford, n. 1, p. CD000530, 2006.

LIVINGSTON, C.; COZZENS, J.; HAMILTON, A. Treatments for Symptoms of the Common Cold. *American family physician*, Kansas City, v. 88, n. 12, Dec. 2013. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2013/1215/od3.pdf>>

LONGO, D. L. et al. *Medicina interna de Harrison*. 18. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; Artmed, 2013. 2 v.

LÓPEZ, M.; LAURENTYS-MEDEIROS, J. *Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. 1233 p.

LUISI, A. F. et al. Drugs and the elderly. In: GALLO, J. J.; REICHEL, W. (Eds.). *Reichel's Care of the elderly: clinical aspects of aging*. 5. ed. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1999. p. 59-87.

LUKS, D.; ANDERSON, M. R. Antihistamines and the common cold. A review and critique of the literature. *Journal of general internal medicine*, Philadelphia, v. 11, n. 4, p. 240-244, Apr. 1996.

M

MANUILA, L.; MANUILA, A.; NICOULIN, N. *Dicionário Médico Andrei*. Tradução de Cláudio Roitman. São Paulo: Organização Andrei, 1997. 860 p.

MARTINEZ, H. A. Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente. *Universitat Rovira i Virgili*. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, 2006 *apud* CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>>

MELLO JÚNIOR, J. F. et al. Brazilian Academy of Rhinology position paper on topical intranasal therapy. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, São Paulo, v. 79, n. 3, p. 391-400, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v79n3/v79n3a20.pdf>>

MULLINS, C. D.; BALDWIN, R.; PERFETTO, E. M. What are outcomes? *Journal of the American Pharmaceutical Association*: APhA, Washington, v. NS36, n. 1, p. 39-49, Jan. 1996.

N

NATHAN, A. *Non-prescription Medicines*. 4. ed. London: Pharmaceutical Press, 2010. 320 p.

NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação social da doença e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 200 p. (Coleção Pensar em Saúde)

NOVAES, M. R. C. G. *Assistência farmacêutica ao idoso: uma abordagem multiprofissional*. Brasília: Thesaurus Editora, 2007. 248 p.

P

PAPSIN, B.; MCTAVISH, A. Saline nasal irrigation – Its role as na adjunct therapy. *Canadian family physician, Mississauga*, v. 49, p. 168-173, Feb. 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2214184/pdf/12619739.pdf>>

PAUL, I. M. et al. Effect of dextromethorphan, diphenhydramine, and placebo on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents. *Pediatrics*, Springfield, v. 114, n. 1, p. e85-90, Jul. 2004.

PAUL, I. M. et al. Effect of honey, dextromethorphan, and no treatment on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, Chicago, v. 161, n. 12, p. 1140-1146, 2007.

PINHEIRO, Roseni. *Cuidado em saúde*. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>.

PORTO, C. C. *Semiologia médica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

R

REUMATOLOGIA AVANÇADA. *Costocondrite e Síndrome de Tietze*. 2009. Disponível em: <<http://www.reumatologiaavancada.com.br/doencas-reumaticas/costocondrite-tietze/>>.

REY, L. *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 1008 p.

RODRIGUES, C. L. *Metanálise: um guia prático*. 2010. Monografia apresentada para obtenção do grau de Bacharel em Estatística, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24862/000749617.pdf?sequence=1>>.

ROSENFELD, R. M. et al. Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngology-head and neck surgery*, London, v. 137, n. 3, p. S1-31, Oct. 2007.

RUTTER, P. *Community pharmacy: symptoms, diagnosis and treatment*. 3. ed. London: Churchill Livingstone, 2013. 376 p.

S

SEXTON, D. J.; MC CLAIN, M. T. *The common cold in adults: Treatment and prevention*. Up To Date. Last updated: Abr 5, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/the-common-cold-in-adults-treatment-and-prevention>>. Acesso em: 28 out. 2016.

SIH, T.; CAVINATTO, N. A importância da higiene nasal em crianças. In: INTERAMERICAN ASSOCIATION OF PEDIATRIC OTORHINOLARYNGOLOGY. *viii Manual de Otorrinolaringologia da IAPO*. São Paulo: Editora e Gráfica Vida & Consciência, 2009. p 189-98. Disponível em: <http://www.iapo.org.br/manuals/viii_manual_br_21.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2015.

SILVA, C. R. L. *Dicionário de saúde: compacto*. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2006.

SILVA, F. M. Dispepsia: caracterização e abordagem. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 87, n. 4, p. 213-223, 2008. Disponível em: <http://fm.usp.br/gdc/docs/revistad_c_166_o6-dispepsia.pdf>

SILVA, R. M. da. Semiologia do aparelho respiratório: importância da avaliação do escarro. *ACM: Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 33, n. 3, p. 28-30, 2004. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/181.pdf>>

SIMASEK, M.; BLANDINO, D. A. Treatment of the common cold. *American family physician*, Kansas City, v. 75, n. 4, p. 515-520, 15 Feb. 2007.

SIMONS, F. E. et al. Benefit/risk ratio of the antihistamines (H₁-receptor antagonists) terfenadine and chlorpheniramine in children. *The Journal of pediatrics*, St. Louis, v. 124, n. 6, p. 979-983, Jun. 1994.

SLAPAK, I. et al. Efficacy of isotonic nasal wash (seawater) in the treatment and prevention of rhinitis in children. *Archives of otolaryngology-head & neck surgery*, Chicago, v. 134, n. 1, p. 67-74, Jan. 2008. Disponível em: <<http://archotol.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=221846>>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. *Explicação do tesouro*. 2008b. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/ciap/explicacao_tesouro.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2015.

_____. *Tesouro*. 2008a. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/media/file/ciap/tesouro.xls>>. Acesso em: 23 jan. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. Estudos sobre experimento clínico. Revisão sistemática. In: _____. *Leitura crítica de artigos científicos*. Gramado, 2011. cap.9, p. 123-135. Disponível em: <http://www.sbec.org.br/app/webroot/leitura-critica/LEITURA-CRITICA_C9.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma – 2012. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Brasília, v. 38, supl. 1, p.51-546, 2012. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/suple_200_70_38_completo_versao_corrigida_04-09-12.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA/ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA/PEDIATRIA. I Consenso Brasileiro de Educação em Asma: Plano de Educação e Controle da Asma. *Jornal de Pneumologia*, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 1-24, 1996. Disponível em: <http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/supo1_96.pdf>

_____. II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. Dispositivos para administração de aerossóis. *Jornal de Pneumologia*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 239-244, 1998.

SPECTOR, S. L. et al. Parameters for the diagnosis and management of sinusitis. *The Journal of allergy and clinical immunology*, St. Louis, v. 102, n. 6 Pt 2, p. S107-144, Dec. 1998.

STÜBNER, P.; ZIEGLMAYER, R.; HORAK, F. A direct comparison of the efficacy of antihistamines in SAR and PAR: randomised, placebo-controlled studies with levocetirizine and loratadine using an environmental exposure unit - the Vienna Challenge Chamber (vcc). *Current medical research and opinion*, London, v. 20, n. 6, p. 891-902, Jun. 2004.

SWARTZ, M. H. *Tratado de semiologia médica*. 5. ed. Porto Alegre: Elsevier, 2006.

T

TAN, T. et al. Antibiotic prescribing for self limiting respiratory tract infections in primary care: summary of NICE guidance. *BMJ: British Medical Journal*, London, n. 337, p. a437, Jan. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18650239>>. Acesso em 23 ago. 2015.

TAVERNER, D.; LATTE, J. Nasal decongestants for the common cold. *The Cochrane database of systematic reviews*, Oxford, n. 1, p. CD001953, Jan. 2007.

TRUVEN HEALTH ANALITYCS. *Micromedex® Drugdex System®*. [s.l.], 2015. Base de dados.

TURNER, R. B. Epidemiology, pathogenesis, and treatment of the common cold. *Annals of allergy, asthma & immunology*: v. 78, n. 6, p. 531-539, Jun. 1997.

U

U. S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. *Medical Subject Headings: MeSH Descriptor Data*. 2014. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2014/MB_cgi?mode=&index=15414&field=all&HM=&II=&PA=&form=&input=>

UNITED STATES PHARMACOPEIA – DISPENSING INFORMATION. *DRUG Information for The Health Care Professional*. 27. ed. Massachusetts: Thomson Healthcare, 2007. v. 1, 3218 p.

V

VARELLA, Drauzio. *Doença de Alzheimer*. 2011. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/envelhecimento/doenca-de-alzheimer/>>

VERSTER, J. C.; VOLKERTS, E. R. Antihistamines and driving ability: evidence from on-the-road driving studies during normal traffic. *Annals of allergy, asthma & immunology: official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, McLean, v. 92, n. 3, p. 294-303, Mar. 2004.

VUURMAN, E. F. et al. Seasonal allergic rhinitis and antihistamine effects on children's learning. *Annals of allergy*, McLean, v. 71, n. 2, p. 121-126, ago. 1993.

W

WICHTL, M. *Teedrogen und Phytopharmaka*. 4. ausfl. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 2002. 708 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Breastfeeding and Maternal Medication*. Geneva, 2002. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62435/1/55732.pdf>>

_____. *Who monographs of selected medicinal plants*. Geneva, 1999. v. 1, 295 p. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2200e/s2200e.pdf>>

_____. *Who Monographs on selected medicinal plants*. Geneva, 2004. v. 2, 357 p. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4927e/s4927e.pdf>>

Y

YOSHIDA, E. M. P. Significância clínica de mudança em processo de psicoterapia psicodinâmica breve. *Paideia*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 40, p. 305-316, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/o8.pdf>>

9 788589 924191



ISBN 978-85-89924-19-1



APOIO



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCUDO REGIONAL PARA AS Américas

REALIZAÇÃO



Conselho
Federal de
Farmácia