



Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde

Guia de Prática Clínica: Sinais e Sintomas Respiratórios Espirro/Congestão Nasal

2015

Elaboração

Alessandra Russo de Freitas

Conselho Federal de Farmácia

Angelita Cristine de Melo

Universidade Federal de São João Del-Rei

Carla Penido Serra

Universidade Federal de Ouro Preto

Cassyano Januário Correr

Universidade Federal do Paraná

Daniel Corrêia Júnior

Conselho Federal de Farmácia

Josélia Cintya Quintão Pena Frade

Conselho Federal de Farmácia

Marta Maria de França Fonteles

Universidade Federal do Ceará

Maria das Graças Lins Brandão

Universidade Federal de Minas Gerais

Mary Anne Bandeira

Universidade Federal do Ceará

Noemia Liege Maria da Cunha Bernardo

Universidade do Vale do Itajaí

Rafael Mota Pinheiro

Universidade Brasília

Tarcísio José Palhano

Conselho Federal de Farmácia

Thais Teles de Souza

Universidade Federal do Paraná

Revisão

Rafael Stelmach

Instituto do Coração do HC-FMUSP

Coordenação

Josélia Cintya Quintão Pena Frade

Tarcísio José Palhano

Conselho Federal de Farmácia

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA

PRESIDENTE

Walter da Silva Jorge João

VICE-PRESIDENTE

Valmir de Santi

SECRETÁRIO-GERAL

José Vílmore Silva Lopes Júnior

TESOUREIRO

João Samuel de Moraes Meira

CONSELHEIROS FEDERAIS EFETIVOS

Rossana Santos Freitas Spiguel (AC)

José Gildo da Silva (AL)

Marcos Aurélio Ferreira da Silva (AM)

Carlos André Oeiras Sena (AP)

Altamiro José dos Santos (BA)

Lúcia de Fátima Sales Costa (CE)

Forland Oliveira Silva (DF)

Gedayas Medeiros Pedro (ES)

Sueza Abadia de Souza Oliveira (GO)

Fernando Luis Bacelar de Carvalho Lobato (MA)

Luciano Martins Rena Silva (MG)

Ângela Cristina R. Cunha Castro Lopes (MS)

José Ricardo ArnautAmadio (MT)

Walter da Silva Jorge João (PA)

João Samuel de Moraes Meira (PB)

Carlos Eduardo de Queiroz Lima (PE)

José Vílmor Silva Lopes Júnior (PI)

Valmir de Santi (PR)

Ana Paula de Almeida Queiroz (RJ)

Lenira da Silva Costa (RN)

Lérida Maria dos Santos Vieira (RO)

Erlandson Uchoa Lacerda (RR)

Josué Schostack (RS)

Paulo Roberto Boff (SC)

Vanilda Oliveira Aguiar (SE)

Marcelo PolacowBisson (SP)

Amilson Álvares (TO)

Ficha catalográfica

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa do CFF.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	8
2 MÉTODO DE BUSCA DA EVIDÊNCIA.....	11
3 ACOLHIMENTO DA DEMANDA.....	12
4 ANAMNESE FARMACÊUTICA E VERIFICAÇÃO DE PARÂMETROS CLÍNICOS	12
4.1 Identificação da necessidade e problema de saúde.....	13
4.1.1 Início, frequência e duração dos sinais e sintomas	13
4.1.2 Características e gravidade dos sinais e sintomas	13
4.1.3 Fatores que agravam os sinais e sintomas.....	14
4.1.4 Possíveis sinais e sintomas associados	15
4.2 Identificação dos fatores modificadores da conduta	16
4.2.1 Ciclo de vida	17
4.2.2 Comorbidades	18
4.2.3 Tratamentos prévios ou concomitantes ao episódio atual	18
4.2.4 Preferências e experiências do paciente	19
5 ALERTAS PARA ENCAMINHAMENTO	20
6 PLANO DE CUIDADO.....	22
6.1 Terapia não farmacológica	22
6.2 Terapia farmacológica.....	28
6.2.1 Medicamentos, formas farmacêuticas, posologia e contraindicações	29
6.2.2 Fitoterápicos e drogas vegetais	43
6.3 Educação e orientação ao paciente	48
7 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	59
8 ALGORITMO DE DECISÃO.....	61

REFERÊNCIAS	62
APÊNDICES	65
Apêndice 1: Busca, seleção e síntese das evidências	65
Apêndice 2: Interações medicamento-medicamento	76
Apêndice 3: Reações adversas a medicamentos	78
Apêndice 4: Riscos dos medicamentos na gestação e lactação	81
Apêndice 5: Glossário	82

1 APRESENTAÇÃO

O espirro e a congestão nasal de acordo com a segunda edição da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2) em seu componente “queixas e sintomas”, é classificado como o código “**R07**” (R: de aparelho respiratório). Outras queixas, como por exemplo, nariz tapado, rinorreia e corrimento nasal (coriza), estão também incluídos neste componente (SBFC, 2010). A classificação CIAP2 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 e com o Ministério da Saúde (WONCA, 2010).

As queixas tratadas neste guia podem ser consideradas como uma condição autolimitada ou sinais e sintomas de outro problema de saúde como rinite alérgica, gripe, resfriado, sinusites, entre outros (RUTTER, 2013; GRIEF, 2013; KAHAN, MILER e SMITH, 2008). Considerando-se aspectos relacionados à causalidade, o espirro ocorre em cerca de 50-70% dos casos de infecções agudas do trato respiratório superior e a congestão nasal em mais de 80% dos casos (GRIEF, 2013; KAHAN, MILER e SMITH, 2008). Esses sintomas são frequentes também nas rinites. Por sua vez, analisando-se o estrato etário e o gênero, as crianças que frequentam ambiente escolar tem maior prevalência destes sinais e sintomas, bem como de suas complicações (LONGO et al., 2013); e as mulheres são mais acometidas devido a maior frequência de contato com crianças (GRIEF, 2013; FINKEL e PRAY, 2007).

A morbidade causada pelas doenças respiratórias é responsável por 30 a 50% do tempo de afastamento do trabalho entre os 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, representando 50% ou mais de todas as enfermidades agudas (GRIEF, 2013).

Para o alívio desses sinais e sintomas, habitualmente o paciente busca a automedicação, muitas vezes de forma inadequada (RUTTER, 2013; GRIEF, 2013; KAHAN, MILER e 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 destas condições cuja venda é isenta de prescrição médica, a saber (BRASIL, 2003):

- anti-histamínicos e
- descongestionantes nasais de uso sistêmico.

O acolhimento da demanda espontânea de “espirro e congestão nasal”, pelo farmacêutico, contribui para a atenção à saúde, uma vez que reduz o risco da automedicação inadequada, promove o uso seguro desses medicamentos e amplia o acesso do paciente aos cuidados de saúde (KRINSKY et al., 2014). O presente Guia objetiva dar suporte ao farmacêutico para o manejo desses sinais e sintomas do aparelho respiratório - Espirro/Congestão Nasal (CIAP2 –R07), contemplando os seguintes conteúdos:

- acolhimento da demanda;
- anamnese farmacêutica e verificação de parâmetros clínicos (identificação da necessidade e problema de saúde, fatores modificadores de conduta e alertas para encaminhamento);
- elaboração do plano de cuidado (terapia farmacológica com medicamentos isentos de prescrição, terapia não farmacológica e encaminhamento) e,
- monitoração dos resultados.

Essas etapas estão apresentadas na Figura 1 e se referem ao raciocínio clínico utilizado para elaboração deste documento. Ainda constitui-se parte integrante da estrutura deste Guia, os apêndices, com informações específicas sobre os medicamentos da lista GITE (Lista de Grupos e Indicações Terapêuticas Especificadas na RDC n.138/2003) (BRASIL, 2003).

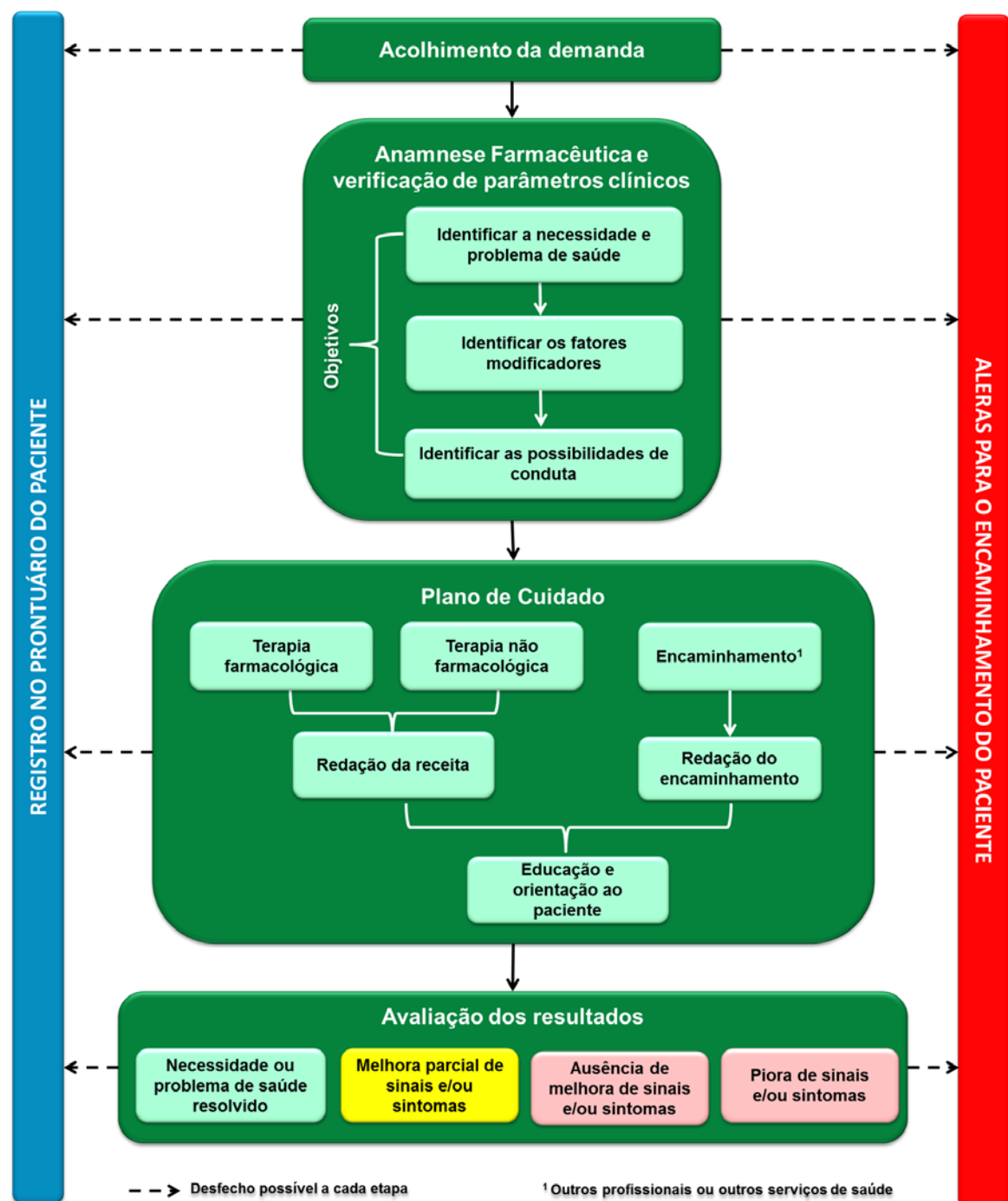


Figura 1. Etapas do raciocínio clínico. **Fonte:** Brasil (2015)

Os sinais/sintomas abordados nesse guia também tem como sinônimos os seguintes termos Tesouro: “aderência nasal, atresia adquirida da narina, atresia nasal adquirida, hidrorreia nasal, obstrução nasal, oclusão nasal, rinorreia, escorrimento pelo nariz, nariz que goteja, escorrimento nasofaringeano, espirros” (Tesouro - SBMFC, 2008a,b)

2 MÉTODO DE BUSCA DA EVIDÊNCIA

As intervenções descritas neste guia foram avaliadas conforme nível de evidência científica, seguindo o modelo de 2011 do Centro de Medicina Baseada em Evidências da Universidade de Oxford, Inglaterra (OCEBM LEVELS OF EVIDENCE WORKING GROUP, 2011; HOWICK et al., 2011) (Quadro 1).

Quadro 1: Níveis de evidência para tratamentos, conforme a classificação do Centro de Medicina Baseada em Evidência da Universidade de Oxford (Inglaterra).

NÍVEL	QUESTÃO: O TRATAMENTO FUNCIONA? (BENEFÍCIOS DO TRATAMENTO)
Nível 1	Revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados OU ensaios clínicos do tipo n=1
Nível 2	Ensaio clínico randomizados OU estudo observacional com efeito dramático
Nível 3	Estudo de coorte controlado não-randomizado / Estudo de seguimento (<i>follow up study</i>)*
Nível 4	Série de casos, estudos caso-controle, ou estudo com controle histórico*
Nível 5	Raciocínio baseado em mecanismos

Fonte: OCEBM LEVELS OF EVIDENCE WORKING GROUP, 2011.

A estratégia de busca bibliográfica teve foco nas medidas farmacológicas e nos sinais e sintomas dos pacientes. Para tanto, os seguintes descritores e termos foram utilizados:

Termos Mesh: *signsandsymptoms, respiratory [major], nasal obstruction, sneezing, common cold, rhinovirus, coryzavirus, rhinitis, sinusitis, influenza, human; nasal cavity, nasal decongestants, nasal lavage, histamineantagonists [pharmacologicalaction], histamine h3 antagonists [pharmacologicalaction], histamineh2 antagonists, histamine h1 antagonists, histamineantagonists.*

Termos Decs: coriza

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

O detalhamento da busca para as medidas farmacológicas para o manejo do espirro e congestão nasal, o fluxograma contendo o processo de seleção dos estudos e a síntese de evidências sobre o manejo do espirro e congestão nasal (revisões Cochrane) estão descritos no Apêndice 1.

3 ACOLHIMENTO DA DEMANDA

Todo paciente que busca a solução de seu problema de saúde com o farmacêutico espera ser acolhido e ter o seu problema resolvido. Acolher significa receber bem, dar conforto, escutar e se responsabilizar pelo atendimento da queixa apresentada pelo paciente ou, no mínimo, auxiliá-lo na escolha do melhor itinerário terapêutico. O objetivo do acolhimento é identificar situações de risco ou vulnerabilidade que indicam necessidade do atendimento rápido do paciente por outro profissional ou serviço de saúde.

Existem situações nas quais o atendimento pelo farmacêutico, na farmácia ou drogaria, pode não ser o mais adequado. Nessas situações, a melhor conduta pode ser a indicação do serviço de saúde mais próximo e acessível, ou o contato direto com o serviço móvel de atendimento de urgência, conforme a gravidade da situação. Cabe ao farmacêutico interpretar cada caso e decidir pela pertinência ou não do atendimento. Para esta tomada de decisão, servem de guia as situações que representam alertas para encaminhamento do paciente descritas no item 5 deste Guia (Alertas para encaminhamento).

4 ANAMNESE FARMACÊUTICA E VERIFICAÇÃO DE PARÂMETROS CLÍNICOS

Durante o processo da anamnese, o farmacêutico deve buscar informações que possibilitem diferenciar se os sinais e sintomas (espirro e congestão nasal) estão associados a problemas de saúde autolimitados ou a outras comorbidades, com maior gravidade, que necessitarão de encaminhamento médico. A anamnese também orientará a seleção da intervenção mais adequada ao paciente.

4.1 Identificação da necessidade e problema de saúde

4.1.1 Início, frequência e duração dos sinais e sintomas

A instalação do espirro e da congestão nasal pode ocorrer rapidamente ou ter um aparecimento gradual. No caso do resfriado comum, estes sinais podem ocorrer com um pico de 2 a 4 dias após o início do episódio, com remissão espontânea sem sequelas. Na rinite alérgica, o espirro e a congestão nasal surgem habitualmente minutos após o contato com o alérgeno. Essas manifestações clínicas não devem durar mais do que dez dias. Caso permaneçam além desse tempo considerar a possibilidade de infecções ou sinusites (KRINSKY et al., 2014; LONGO et al., 2013; BLENKINSOPP, PAXTON e BLENKINSOPP, 2008; EDWARDS e STILLMAN, 2006;).

O relato de episódios recorrentes dos sintomas de espirro e congestão nasal (mais que sete episódios ao ano) são indicativos de 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 um sinal de alerta para encaminhamento ao médico, assim como a recorrência frequente de episódios.

4.1.2 Características e gravidade dos sinais e sintomas

A gravidade do espirro e da congestão nasal pode ser influenciada por fatores como o agente causal, a idade do paciente, a presença de comorbidades ou de sinais e sintomas concomitantes, como: infecções das vias aéreas superiores, rinites, uso de medicamentos, tabagismo ativo ou passivo, presença de corpo estranho, poluição ambiental, agentes ocupacionais e alérgenos (KRINSKY et al., 2014; RUTTER, 2013).

4.1.2.1 Espirro

O espirro é uma resposta reflexa decorrente da irritação da mucosa e da congestão nasal. Quando este sinal/sintoma ocorre em salvas e acompanhado de lacrimejamento, rinorreia aquosa, prurido nasal e ocular, e congestão nasal, pode ser um indicativo de rino-conjuntivite alérgica que requer

encaminhamento ao médico, conforme descrito no item 5 (BRASIL, 2010; BLENKINSOPP, PAXTON e BLENKINSOPP, 2008; EDWARDS e STILLMAN, 2006;).

4.1.2.2 Congestão Nasal

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

Nas infecções agudas das vias aéreas superiores, quando acontece a permanência do sinal por mais que dois dias, a secreção torna-se mais espessa e a coloração pode ficar 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 de 10 a 14 dias após o início da congestão. Com a melhoria dos sinais e sintomas, 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, dor em arcada dentária, sugere infecção. Este é um sinal de alerta para encaminhamento médico.

4.1.3 Fatores que agravam os sinais e sintomas

4.1.3.1 Temperatura ambiental e umidade do ar

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

4.1.3.2 Poluição ambiental interna (domiciliar)

A poluição do ar está associada à obstrução nasal. Os principais desencadeantes ambientais que agravam o espirro/congestão nasal são os ácaros, fungos, urina e saliva de animais (Exemplo: cães e gatos) (BRASIL, 2010).

4.1.3.3 Poluição ambiental externa ou irritantes inespecíficos

Os principais irritantes inespecíficos que desencadeiam espirro e congestão nasal, por resposta não imunológica, são a fumaça do cigarro 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 e PRAY, 2007).

4.1.4 Possíveis sinais e sintomas associados

Existem outros sinais e sintomas associados ao espirro e congestão nasal como: febre, dor de cabeça, dor de garganta, artralgia, mialgia e tosse, que devem ser investigados pelo farmacêutico quando da possibilidade de manejo ou necessidade de encaminhamento ao médico, conforme descrito no destaque abaixo. Não é objetivo deste Guia o manejo desses sintomas associados, uma vez que são objeto de outros guias de prática clínica produzidos pelo Conselho Federal de Farmácia. Contudo, é imperativa sua identificação para definição da conduta, incluindo encaminhamento para diagnóstico médico nos casos necessários (KRINSKY et al., 2014; RUTTER, 2013; BRASIL, 2013c; EDWARDS e STILLMAN, 2006;).

O Quadro 2 apresenta uma série de condições clínicas que podem estar associadas ao espirro e congestão nasal.

Quadro 2: Condições clínicas comuns que podem vir acompanhadas de sinais e sintomas de espirro e congestão nasal

CONDIÇÃO CLÍNICA	SINAIS E SINTOMAS PRINCIPAIS
Asma	Tosse, dispneia e sibilância
Coqueluche (Tosse comprida)	Fase inicial catarral (rinorreia, tosse leve e espirro) de 1 a 2 semanas, seguida de 1 a 6 semanas de acesso de tosse
Faringoamidalite	Dor de garganta (moderada a grave), febre, exsudato (placas de pus) e

CONDIÇÃO CLÍNICA	SINAIS E SINTOMAS PRINCIPAIS
bacteriana	adenopatia cervical
Gripe	Mialgia, artralgia, febre, dor de garganta, tosse não produtiva, fadiga de moderada à grave
Otite média	Pressão no ouvido (causada pelo acúmulo de secreção), dor de ouvido otorreia, redução da audição e tonturas
Pneumonia	Sibilância, dispneia, aperto no peito, tosse produtiva, mudanças na cor de secreção pulmonar e febre persistente
Resfriado	Dor de garganta (leve a moderada), congestão nasal, rinorreia, espirro, febre baixa, calafrio, dor de cabeça, fadiga, mal estar, mialgia e tosse
Rinite alérgica	Lacrimejamento, coceira em olhos, nariz ou garganta, espirros “em salva”, 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

Fonte: Adaptado de KRINSKY et al. (2014)

Atenção! Quando os sinais/sintomas descritos a seguir estiverem associados ao espirro ou à congestão nasal, constituem alerta de encaminhamento médico:

Febre superior a 39°C; dor facial frontal; edema periorbital; epistaxe; tosse por um período superior a duas semanas; taquipneia acentuada; frequência cardíaca > 120 bpm em adultos; otalgia e sinais de dificuldade respiratória (utilização de musculatura acessória, batimento de asa de nariz, dispneia, dor torácica, sibilância). (+EPOS – Neurológico; acuidade visual, visão dupla)

4.2 Identificação dos fatores modificadores da conduta

Os critérios apresentados a seguir podem interferir tanto na história natural e prognóstico da queixa apresentada pelo paciente, assim como, na seleção da terapia não farmacológica e farmacológica. Estes fatores devem ser investigados de forma ampla pelo farmacêutico durante sua 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.

4.2.1 Ciclo de vida

O risco de complicações das infecções das vias aéreas e o uso de medicamentos na gestante, lactante, assim como na criança e no idoso, configuram situações especiais. Isso ocorre porque as características fisiológicas peculiares desses grupos influenciam tanto a história natural e o prognóstico, como a farmacocinética e farmacodinâmica de alguns medicamentos.

Em **crianças**, o uso de algumas classes de medicamentos usualmente empregados para esses sinais/sintomas do Guia é contraindicado até os 2 anos de idade, devido à baixa eficácia e o risco de reações adversas. A agência norte-americana *Food and Drug Administration* (FDA) mantém vigilância quanto ao uso destes medicamentos na faixa etária entre 2 a 11 anos (KRINSKY et al., 2014). Crianças menores de 2 anos apresentam, ainda, maior risco de complicações respiratórias (BRASIL, 2013c).

Na **gestação** ocorrem várias alterações da função respiratória e circulatória, com aumento do risco de edema em mucosas do trato respiratório superior. Estudos apontam um aumento de 30 a 50% do volume circulante e da ventilação, assim como, uma redução da capacidade pulmonar total em 10-20%. Nas mucosas nasais, o aumento das concentrações de progesterona e as alterações anatômicas levam a um aumento da vascularização e edema (COSTANTINE, 2014). Na **lactação**, o consumo de medicamentos deve ser criterioso (maiores detalhes ver Apêndice 5).

Nos **idosos**, há alterações 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 de medicamentos concomitantes, favorecendo a ocorrência de interações medicamentosas e reações adversas (COETZER, 2012).

A prescrição de medicamentos a esses pacientes, quando necessário, deve ser feita na menor dose terapêutica e pelo menor período de tempo possível. É importante também a escolha de esquemas posológicos simples, a avaliação das comorbidades do paciente e do risco de possíveis interações medicamentosas, de modo a minimizar desfechos negativos com o tratamento (COETZER, 2012; COVINGTON et al., 2004).

4.2.2 Comorbidades

O espirro e congestão nasal em pacientes com asma, rinite, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipertensão arterial, angina, doença tireoidiana e diabetes melito podem contribuir para a exacerbação e descontrole dessas doenças (BLENKINSOPP, PAXTON e BLENKINSOPP, 2008). Em presença dessas comorbidades acarreta algumas restrições na escolha terapêutica (TRUVEN, 2015). Informações específicas sobre limitações associadas à comorbidades podem ser obtidas nos itens “5 Alertas para o encaminhamento”, “6.2.1 Medicamentos, posologia e contraindicações” e “6.2.2 Fitoterápicos e drogas vegetais”.

4.2.3 Tratamentos prévios ou concomitantes ao episódio atual

4.2.3.1 Uso crônico de medicamentos

A utilização de medicamentos pelo paciente deve ser investigada como parte da anamnese farmacêutica, pois alguns podem ser a causa da congestão nasal. No Quadro 3 são apresentadas algumas classes de medicamentos que podem produzir congestão nasal como uma reação adversa. Em geral, fármacos capazes de produzir vasodilatação, como alguns anti-hipertensivos e medicamentos para disfunção erétil estão entre os mais frequentes. 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 medicamentosa” BHATTACHARYYA (2015).

O farmacêutico deve encaminhar o paciente dependente de descongestionante nasal tópico que não respondeu a retirada gradual a ser proposta (ver Quadro 5) ou os que apresentem complicações (ver Quadro 4) a buscar tratamento médico específico para congestão nasal e dependência, uma vez que a análise da extensão do dano nasal é fundamental.

Quadro 3: 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 (2015)

4.2.3.2 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 ocorrência de reações adversas. Esta análise pode fornecer informações sobre as preferências do paciente, eventuais erros de administração do medicamento e a recorrência dos sintomas. Além disso, o tratamento prévio pode mascarar outros sinais e sintomas importantes para a definição do plano de cuidado.

O uso frequente de medicamentos para o tratamento do espirro e congestão nasal indica necessidade de investigação diagnóstica da condição de saúde.

O uso prolongado de descongestionante nasal pode ocasionar rinite medicamentosa ou de rebote. Nestes casos deve ser avaliada a necessidade de educação sobre o uso destes medicamentos (ASBAI/ABOL-CCF, 2012; FINKEL e PRAY, 2007).

Estas situações devem ser encaminhadas para avaliação do médico.

4.2.4 Preferências e experiências do paciente

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

Em relação às formas farmacêuticas de uso tópico nasal, deve-se avaliar vantagens e desvantagens de cada uma. No mercado existem diferentes apresentações para uso nasal, tais como as gotas nasais, sprays nasais, bomba de spray nasal e inalador nasal.

As gotas nasais são usualmente as mais indicadas para as crianças menores (com 6 anos ou menos), porque as narinas não são suficientemente largas para permitir o uso efetivo dos *sprays*. Por outro lado, as gotas também podem facilmente passar para dentro da laringe e ao serem engolidas aumentam a possibilidade de desconforto e efeito sistêmico. Outra possibilidade inferida é o risco de contaminação ou trauma por causa do toque do conta-gotas no nariz durante a administração no paciente (NATHAN, 2010; BLENKINSOPP, PAXTON e BLENKINSOPP, 2008).

Os *sprays* nasais, comumente preferidos pelos adultos e crianças acima de seis anos de idade, abrangem uma grande área de superfície, além de terem um rápido início dos efeitos terapêuticos. Por outro lado, as desvantagens incluem: dosagem imprecisa, a tendência da ponta do frasco do medicamento ficar obstruída com o uso repetido, o custo e o risco de contaminação (NATHAN, 2010; BLENKINSOPP, PAXTON e BLENKINSOPP, 2008;).

Na possibilidade de prescrição de descongestionantes é importante considerar que as formas farmacêuticas por via nasal podem ser preferidas por pacientes que apresentem dificuldade de engolir. Essas formas, por exigirem certo grau de habilidade motora no seu manuseio, podem ser difíceis de serem administradas por alguns pacientes (KRINSKY et al., 2014; FINKEL e PRAY, 2007).

5 ALERTAS PARA ENCAMINHAMENTO

No Quadro 4 estão listadas situações que requerem encaminhamento ao médico ou outro serviço de saúde para diagnóstico e tratamento específico. Em geral, o farmacêutico deverá encaminhar todo o paciente que apresentar sintomas persistentes ou graves, com recorrência de sintomas que não foram aliviados com tratamento prévio, ou sempre que tiver dúvida na identificação da necessidade de saúde do paciente (KRINSKY et al., 2014).

Quadro 4: Situações que exigem encaminhamento para o médico ou outros serviços de saúde

- Crianças com idade inferior a dois anos: pelo maior risco de complicações, dificuldade de coleta das informações, pela ausência de evidências para o uso de medicamentos nesta faixa etária.
- Idoso em situação de fragilidade: declínio cognitivo e dependência, na ausência de cuidador; instabilidade postural ou limitação motora, que comprometa sua capacidade de realizar o tratamento, presença de comorbidades (Exemplo: doenças cardiovasculares, respiratórias e

metabólicas) e polifarmácia.

- Pacientes acima de 75 anos.
- Espirro e/ou congestão nasal persistente por mais que 10 dias sem tratamento.
 - Pode estar relacionado às doenças respiratórias (Exemplo: rinite, sinusite).
- Ausência de melhora, ou piora, dos sintomas com até sete dias de tratamento: Pode estar relacionado ao uso incorreto do medicamento, agravamento dos sinais e sintomas, ou associada à comorbidades (Exemplo: rinite, sinusite).
- Espirros “em salva”, rinorreia aquosa, lacrimejamento e prurido nasal associados ou não à história de alergia (pode estar relacionado à rinite).
- Obstrução nasal: relato de congestão nasal unilateral (suspeita de corpo estranho).
- Pacientes com história de uso crônico de descongestionantes nasais e quadro condizente com rinite medicamentosa, principalmente com presença de sinais de complicações (exemplo: sangramento nasal, dor local, lesões intranasais).
- Suspeita de infecção bacteriana de vias aéreas superiores (pode estar relacionada à sinusite, otite, faringoamigdalite).
- Tosse com secreção excessiva, aspecto purulento, fétido e/ou presença 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: pode estar relacionada 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); cardiovasculares (Exemplo: ICC), entre outras (Exemplo: câncer pulmonar, filariose).
- Dispneia ou taquipneia: podem estar associadas às doenças respiratórias (Exemplo: asma, DPOC, pneumotórax), cardíacas (Exemplo: ICC, Doença arterial coronariana – DAC, hipertensão pulmonar).
- Febre acima de 38°C, persistente por período superior às 24h, mesmo sob tratamento: possivelmente relacionado a processo infeccioso.
- Dor de cabeça persistente (por 15 dias) sem causa secundária: pode estar relacionada à meningoencefalite, sinusite, uso excessivo de analgésico, entre outros.
- 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).

Fonte: Adaptado de EPOS (2012); ASBAI/ABOL-CCF (2012); FINKEL e PRAY (2007) e COVINGTON et al. (2004)

A partir da análise das informações coletadas, o farmacêutico, excluindo os casos de encaminhamentos identificados na anamnese farmacêutica, procederá à seleção de condutas e elaboração de seu plano de cuidado, de forma compartilhada com o paciente, a fim de atender as suas necessidades e problemas de saúde.

6 PLANO DE CUIDADO

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

No atendimento da demanda espirro e congestão nasal são possíveis as seguintes condutas (BRASIL, 2013a, BRASIL, 2015):

- encaminhamento ao médico ou a outro serviço de saúde;
- terapia não farmacológica;
- terapia farmacológica;
- outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente.

6.1 Terapia não farmacológica

A terapia não farmacológica contribui como medida adjuvante ao tratamento farmacológico. Os objetivos desta terapia são (KRINSKY et al., 2014; FINKEL e PRAY, 2007; EDWARDS e STILLMAN, 2006; SBPT, 1998):

- Reduzir o desconforto;
- Manter as vias aéreas superiores hidratadas;
- Auxiliar na remoção mecânica da secreção nasal;
- Facilitar o fluxo de ar nas vias respiratórias;

- Diminuir a exposição aos alérgenos inalatórios.

A remoção de secreções nasais e a hidratação de vias aéreas são medidas não farmacológicas que visam oferecer conforto ao paciente com congestão nasal e espirro. São medidas mais específicas a ingestão oral de fluidos, umidificação das vias aéreas e do ambiente (KRINSKY et al., 2014; EDWARDS e STILLMAN, 2006).

No caso dos sintomas do paciente estarem associados ao resfriado comum, também são recomendados adicionalmente o descanso e manutenção da alimentação saudável (KRINSKY et al., 2014).

No caso dos pacientes com história de alergia medidas para minimizar a exposição aos fatores desencadeantes devem ser recomendadas. Criar um ambiente livre de alérgenos, nas residências dos pacientes é impossível, por isso recomenda-se que as orientações sejam flexíveis e considerem a gravidade do sintoma, a capacidade individual e as condições socioeconômicas da família (BRASIL, 2004; SBPT, 1996). É importante que o farmacêutico estimule o indivíduo a reconhecer os fatores que desencadeiam seus sintomas e a encontrar meios para evitar ou minimizar sua exposição a eles (SBPT, 1998). Os principais fatores desencadeantes são: fumaça, substâncias irritantes e poluentes, poeira, mofo, componentes de insetos e animais, polens, medicamentos contendo salicilatos e metabissulfito (BRASIL, 2010, CASTRO e VALLS, 2004). É importante que sejam propostas ao paciente medidas concretas como a limpeza do ambiente, redução do tabagismo, dentre outras medidas não farmacológicas que poderão ser identificadas no Quadro 5 (DIPIRO et al., 2014; KRINSKY et al., 2014; BRASIL, 2013c; ASBAI/ABOL-CCF, 2012).

Quadro 5: Medidas não farmacológicas para o manejo de espirro e congestão nasal.

Conduta	Justificativa/Comentários
Orientar a ingestão de líquidos (2 a 3 litros por dia) – água, suco, chás, caldos e sopas.	Manter as vias aéreas superiores hidratadas favorece a eliminação do muco e a permeabilidade das vias respiratórias. Não foram encontrados ensaios clínicos que abordam a conduta frente aos desfechos
Evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e cafeinadas	Bebidas alcoólicas e cafeinadas podem aumentar a desidratação
Em situações de baixa umidade relativa do ar (<30%), recomendar a umidificação do ambiente por meio de umidificador ou vaporizador.	Ambientes muito úmidos propiciam o crescimento fúngico, especialmente com o uso de vaporizadores (calor úmido). Adicionalmente, recomenda-se higienizar o equipamento para prevenir contaminação, especialmente fúngica. Resultados controversos de 3 ensaios clínicos agrupados demonstrou benefícios do vapor no alívio dos sintomas do resfriado comum (OR 0,31 [IC95% 0.16;0.60]). Necessários mais estudos de boa qualidade para comprovar a recomendação e orientar a prática.
Indicar o uso de lenço de papel descartável ou aspirador nasal devidamente higienizado para remoção de secreções das vias aéreas superiores	Favorece a eliminação do muco e a permeabilidade das vias respiratórias e limita a propagação do vírus para ouvidos e seios da face.

Conduta	Justificativa/Comentários
Evitar ou minimizar a exposição ao fumo (ativo e passivo); Estimular a cessação tabágica e encorajar o paciente a participar de programas de cessação do tabaco: • Induzir o paciente a contemplação da cessação tabágica; • Identificar, por meio de anamnese, o padrão de uso do tabaco detalhadamente (quantidade, horários, gatilhos que estimulam o tabagismo, crenças, custos de aquisição, entre outros); • Promover a retirada gradual com medidas concretas, baseadas no padrão de uso do tabaco (várias técnicas são possíveis): - o Retardar o horário de fumar (primeiro e último cigarro); - o Cortar o cigarro ao meio; - o Reduzir “X” cigarros por semana; - o Entre outras, conforme hábito.	O fumo pode contribuir para irritação da mucosa nasal ocasionando espirros e congestão nasal, assim como favorece instalação e progressão de infecção bacteriana e outras doenças respiratórias crônicas. O impacto da cessação tabágica na incidência e prevalência de rinosinusites ainda é desconhecida.
Remoção da dependência do descongestionante nasal¹: • Induzir o paciente a contemplação da retirada do medicamento; • Identificar, por meio de anamnese, o padrão de uso do medicamento detalhadamente (quantidade, horários, gatilhos, crenças, entre outros); • Retirada gradual: uma narina por vez, diluição com soro fisiológico ou redução da frequência de aplicação do descongestionante tópico;	Descongestionantes nasais adrenérgicos podem causar vasodilatação de rebote.

Conduta	Justificativa/Comentários
• Caso haja necessidade de corticosteróide tópico, encaminhar para o médico	
Orientar o paciente alérgico para 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 utilizar travesseiro preenchidos com material sintético); • Não sacudir as roupas de cama; • Manter a casa bem ventilada e limpa, passando pano úmido, diariamente, no piso, móveis e rodapés. Não utilizar vassouras ou espanadores; • Preferir os aspiradores de pó com filtros especiais; • O quarto deverá ter apenas o mobiliário necessário: retirar o maior número possível de objetos que acumulem poeira; • Evitar utilizar roupas que ficam muito tempo guardadas; • Consertar locais com infiltração e vazamentos; • Evitar locais onde a exposição a fungos é elevada (porões); • Manter as latas de lixos sempre limpas;	A diminuição de exposição de alérgenos inalatórios se relacionam à redução da desgranulação de histamina a partir dos mastócitos e a consequente congestão nasal. O papel de alérgenos na rinosinusite é tema de grande debate com dados da literatura (9 estudos de coorte, 3 estudos clínicos, 2 estudos com animais entre outros apresentam evidência a favor da alergia como fator predisponente a rinosinusite aguda, sendo que em outros 3 não foi observada relação com o desfecho) Exposição à poluição ambiental, irritantes usados no preparo de produtos, durante fotocópia e fumaça de incêndio florestal estão associados à aumento da rinosinusite. A função ciliar é diminuída durante a exposição à fumaça do cigarro e

Conduta	Justificativa/Comentários
• Evitar manter água nas plantas e retirá-las de dentro de casa. Recolher folhas e dejetos de jardim; • Evitar contato com animais com pelo ou pena; • Evitar a exposição a irritantes como “sprays” de cabelo, tintas, fumaça de fogões, perfumes, produtos de limpeza e outros produtos químicos; • Preferir produtos de limpeza pessoal e domiciliar sem odor forte e sem perfume; • Evitar fogões e fogueiras de lenha; • Evitar fogareiros ou lareiras a querosene no interior da casa; • Evitar contato com fumaça de carros e produtos da queima de plásticos ou borrachas; • Evitar o contato do trabalhador com o agente que sabidamente desencadeia os sintomas.	inflamações alérgicas, tendo estudos <i>in vitro</i> demonstrado que a densidade da fumaça do cigarro impacta na ciliogenese de forma dose-dependente. Estudos clínicos demonstraram que fumantes passivos apresentam níveis de metaloproteinase-9 e gelatinase significativamente maiores em secreções nasais de crianças expostas.

¹A **terapia cognitivo-comportamental** é um recurso para de retirada gradual de dependências. Neste caso pode ser empregada para o descongestionante e o tabaco. Neste texto, estão descritas de forma breve, sugere-se, caso opte-se por esta conduta, o farmacêutico deverá aprofundar seus estudos sobre como conduzi-las.

Fonte: KRINSKY et al. (2014); BRASIL (2014, 2013c, 2004); ASBAI/ABOL-CCF (2012); EDWARDS e STILLMAN (2006); BALBANI e MONTOVANI (2005); SBPT(1998,1996) e SILVA e HETZEL (1998).

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 esta afirmativa deverá ser desconsiderada, pois muitos manifestarão como sintoma alérgico coriza e congestão nasal.

2. *“Atividades físicas devem ser evitadas”:*

Fazer atividades físicas moderadas, como caminhada, pode inclusive atenuar os sintomas.

3. *“Ingerir canja de galinha melhora os sinais/sintomas”:*

Ingerir canja de galinha aumenta o conforto e a sensação de bem estar, no entanto não há evidências de que melhore a congestão nasal. Apesar disto, a hidratação por ingestão de líquidos é uma medida não farmacológica.

6.2 Terapia farmacológica

A decisão para o emprego da farmacoterapia por parte do farmacêutico deve estar embasada nas Resoluções do CFF n.º 585, de 29 de agosto de 2013 (BRASIL, 2013a) e n.º 586 de 29 de agosto de 2013 (BRASIL, 2013b), bem como nos limites da Lista de Grupos e Indicação Terapêutica Específica (GITE), do mercado brasileiro (BRASIL, 2003), assim como nas suas atualizações.

Para o tratamento farmacológico do espirro e congestão nasal os medicamentos listados na GITE, de venda livre e disponíveis no mercado brasileiro são: anti-histamínicos, descongestionantes nasais, solução de cloreto de sódio e a associação de anti-histamínico + descongestionante nasal + analgésico.

Do ponto de vista normativo e da evidência científica, que deve embasar a decisão terapêutica, alguns desafios para a construção deste Guia foram:

- selecionar medicamentos para utilização da via tópica, potencialmente mais segura ao paciente, uma vez que a lista GITE inclui somente descongestionantes nasais para uso por via sistêmica;
- priorizar a seleção de monoterapia de descongestionantes nasais sistêmicos, tendo em vista que essa classe terapêutica somente é comercializada em associações;

- selecionar terapias a partir de estudos com evidências científicas de baixa qualidade;
- encontrar evidência científica de alto nível sobre eficácia e perfil de segurança de plantas medicinais frescas, "in natura", fitoterápicos ou drogas vegetais;

6. 2.1 Medicamentos, formas farmacêuticas, posologia e contraindicações

A fim de nortear a seleção da terapia farmacológica, são apresentados no Quadro 6 os medicamentos em monoterapia e em associação contendo princípios ativos utilizados para tratar os sinais e sintomas abordados neste guia, bem como informações sobre posologia, contraindicação e orientações ao paciente.

Ressalta-se quanto ao emprego da farmacoterapia, que os idosos são mais susceptíveis aos efeitos dos anti-histamínicos H1, tanto no sistema nervoso central, como anticolinérgicos, extrapiramidais e cardiovasculares. No Brasil, fármacos como doxilamina, difenidramina e clorfeniramina estão presentes em associações em dose fixa para 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).

Quadro 6: Medicamentos utilizados no tratamento de espirro e congestão nasal.

Fármaco ⁷	Apresentações ⁴	Orientação ao paciente ⁷	Posologia para adultos ⁷	Posologia na pediatria ⁷	Situações especiais ^{3, 7}	Contraindicações ⁷
Monoterapia						
Solução cloreto de sódio (0,9%)^A	Solução salina 0,9%	- Não utilizar soluções geladas ou quentes - Produto de uso individual - Verificar a validade do produto após a abertura do frasco	2-3 jatos em cada narina, quando necessário	Crianças ≥ 2 anos: 2-3 jatos em cada narina, quando necessário		Não são conhecidas contraindicações específicas.
Solução cloreto de sódio hipertônica (3%)^A	Solução salina hipertônica 3%	- 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	1-2 aplicações em cada narina, 3 vezes ao dia	Crianças ≥ 2 anos: 1-2 aplicações em cada narina, 3 vezes ao dia		Não são conhecidas contraindicações específicas.

Fármaco ⁷	Apresentações ⁴	Orientação ao paciente ⁷	Posologia para adultos ⁷	Posologia na pediatria ⁷	Situações especiais ^{3, 7}	Contraindicações ⁷
Loratadina^A	- Loratadina comprimido revestido 10mg - Loratadina xarope 1mg/1mL	- Comprimidos orodispersíveis podem ser administrados com ou sem água. - Reações adversas comuns – boca seca, cefaleia, sonolência e fadiga. - Evitar atividades que necessitam de atenção devido ao risco de acidentes.	10 mg, 24/24h ou 10 mL, 24/24h	Crianças de 2 a 5 anos: 5 mg, 24/24h ou 5 mL, 24/24h Crianças ≥6 anos: 10 mg, 24/24h ou 10 mL, 24/24h	Pode ser utilizado durante a gestação (Risco B^{1,2}). Pode ser usado durante a amamentação. Evitar em pacientes com doença renal. Evitar em pacientes com doença hepática.	Hipersensibilidade a loratadina e desloratadina

Fármaco ⁷	Apresentações ⁴	Orientação ao paciente ⁷	Posologia para adultos ⁷	Posologia na pediatria ⁷	Situações especiais ^{3, 7}	Contraindicações ⁷
Dexclorfeniramina^A	• Maleato de dexclorfeniramina 0,4 mg/mL • Maleato de dexclorfeniramina 2,8 mg/mL • Maleato de dexclorfeniramina 2 mg • Maleato de dexclorfeniramina 6 mg	• Evitar o uso concomitante de bebidas alcoólicas e outros depressores do SNC. • Evitar atividades que necessitam de atenção, devido ao risco de acidentes. A dexclorfeniramina pode causar sonolência. • Reações adversas comuns: efeitos anticolinérgicos como: diarreia, desconforto epigástrico, náuseas, vômitos, ressecamento da mucosa nasal. • Comprimido de liberação prolongada: não esmagar ou mastigar, engolir inteiro	2 mg, 4/4h ou 6/6h, conforme necessário	Crianças de 2 a 5 anos: 0,5 mg, 4/4h ou 6/6h, conforme necessário Crianças ≥ 6 anos: 1 mg, 4/4h ou 6/6h, conforme necessário Crianças ≥ 12 anos: 0,15 mg/kg/dia ou 4,5 mg/metro de superfície corporal/dia, divididas em 6/6h	Pode ser utilizado durante a gestação (Risco B¹ ou A²). Não deve ser utilizado durante a amamentação.	Hipersensibilidade a dexclorfeniramina, inclusive mistura racêmica de clorfeniramina

Fármaco ⁷	Apresentações ⁴	Orientação ao paciente ⁷	Posologia para adultos ⁷	Posologia na pediatria ⁷	Situações especiais ^{3, 7}	Contraindicações ⁷
Nafazolina ^A	• Cloridrato de nafazolina, solução nasal 0,1% • Cloridrato de nafazolina, solução nasal 0,05%	• Utilizar por períodos que não excedam 3 a 5 dias para evitar vasodilatação de rebote, congestão e rinite medicamentosa • Produto de uso individual • Verificar a validade do produto após a abertura do frasco	1 a 2 jatos ou gotas da solução nasal 0,05% em cada narina até de 6/6h, em até 5 dias	Menores de 12 anos: segurança e efetividade não avaliada Maiores de 12 anos: 2 jatos ou gotas da solução nasal 0,05% em cada narina até de 6/6h, em até 5 dias	Evitar em pacientes com: • Asma • Doença cardiovascular • Isquemia cerebral • Diabetes • Hipertensão • Doença tireoidiana • Seu uso durante a gestação (Risco C) e a amamentação deve ser evitado.	Hipersensibilidade e a loratadina e desloratadina Glaucoma de ângulo fechado Ângulo estreito anatômico
ASSOCIAÇÕES FIXAS						

Fármaco ⁷	Apresentações ⁴	Orientação ao paciente ⁷	Posologia para adultos ⁷	Posologia na pediatria ⁷	Situações especiais ^{3, 7}	Contraindicações ⁷
Clorfeniramina + Fenilefrina + Paracetamol^B	- Maleato de clorfeniramina 4mg + Cloridrato de fenilefrina 4mg + Paracetamol 400mg –Pó, Comprimidos dispersíveis ou Cápsulas - Maleato de clorfeniramina 0,6mg/mL + Cloridrato de fenilefrina 0,6mg/mL + Paracetamol 40mg/mL- Solução oral - Maleato de clorfeniramina 0,6mg/mL + Cloridrato de fenilefrina 0,6mg/mL + Paracetamol 40mg/mL- Xarope - Maleato de clorfeniramina 2 mg/mL + Cloridrato de fenilefrina 2mg/mL + Paracetamol 100mg/mL- Solução oral gotas - Maleato de	- Precauções: Evitar bebidas alcoólicas; Evitar atividades que necessitam de atenção devido ao risco de acidentes; Tomar com estômago cheio para evitar irritação gástrica; Possibilidade de insônia se tomar algumas horas antes de dormir. - Reações adversas: efeitos anticolinérgicos, discrasias sanguíneas (agranulocitose e anemia, trombocitopenia) e icterícia	1 dose a cada quatro horas, não sendo recomendado administrar mais de 8 comprimidos ao dia	Crianças de 6 a 12 anos: meio comprimido a cada quatro horas, não sendo recomendado administrar mais de 4 comprimidos ao dia	Não deve ser utilizado durante a gestação (Risco C¹). Não deve ser utilizado durante a amamentação. Evitar em pacientes com doença hepática. Evitar em pacientes com: -Asma -Retenção urinária -Glaucoma de anglo fechado -Úlcera péptica -Hipertrofia prostática	

Fármaco ⁷	Apresentações ⁴	Orientação ao paciente ⁷	Posologia para adultos ⁷	Posologia na pediatria ⁷	Situações especiais ^{3, 7}	Contraindicações ⁷
Carbinoxamina + Fenilefrina + Paracetamol ^B	- Maleato de carbinoxamina 4mg + Cloridrato de fenilefrina 4mg + Paracetamol 400mg - Comprimido - Maleato de carbinoxamina 0,4mg/mL + Cloridrato de fenilefrina 1mg/mL + Paracetamol 40mg/mL - Solução oral xarope - Cloridrato de fenilefrina 20mg+Paracetamol 400mg (comprimido amarelo) + Maleato de carbinoxamina 4mg + Paracetamol 400mg (comprimido laranja)	- Precauções: Evitar bebidas alcoólicas; Evitar atividades que necessitam de atenção devido ao risco de acidentes; Tomar com estômago cheio para evitar irritação gástrica; Possibilidade de insônia se houver uso algumas horas antes de dormir. - Reações-adversas: discrasias sanguíneas (agranulocitose e anemia, trombocitopenia) e icterícia	1 dose a cada 8 horas, não exceder 4 doses em 24 horas		Não deve ser utilizado durante a amamentação.	Hipersensibilidades aos componentes da fórmula; pessoas em terapia com IMAO, crianças recém-nascidas e prematuros, infecções das vias aéreas inferiores, asma, mulheres que amamentam, glaucoma de ângulo estreito

^AFonte: TRUVEN (2015); ^BUSP-DI, (2007)

Referências

- (1) FDA - Food and Drug Administration. Pregnancy and Lactation Drug Risk Classification. *apud*: TRUVEN HEALTH ANALITYCS. Micromedex® Drugdex System®. Truven Health Analytcs; 2014.
- (2) Australian Drug Evaluation Committee: Prescribing medicines in pregnancy: An Australian categorization of risk of drug use in pregnancy. Therapeutic Goods Administration. Australian Capital Territory, Australia. 1999. Available from URL: <http://www.tga.gov>
- (3) Anon: Breastfeeding and Maternal Medication. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2002.
- (4) Anvisa. Lista atualizada de preços de medicamentos da Anvisa (06/2014). Disponível em: goo.gl/lz6Ulb
- (4) Dose de 1 mg a 2 mg de maleato de clorfeniramina é utilizada em crianças. A dose terapêutica de Clorfeniramina em adultos é de 4 mg, de 4 em 4 horas ou 6 horas em 6 horas, com dose diária máxima de 24 mg.
- (5) Dose utilizada em crianças. Não há efetividade terapêutica em adultos (pelo menos espera-se que não haja). Talvez por isso tenha sido categorizado como analgésico. A dose terapêutica de clorfeniramina em adultos é de 4 mg, de 4 em 4 horas ou 6 horas em 6 horas, com dose diária máxima de 24 mg (1).
- (6) Dose utilizada em crianças. Não há eficácia terapêutica em adultos (pelo menos espera-se que não haja). Talvez por isso tenha sido categorizado como analgésico. A dose terapêutica de clorfeniramina em adultos é de 4 mg, de 4 em 4 horas ou 6 horas em 6 horas, com dose diária máxima de 24 mg (1).
- (7) TRUVEN HEALTH ANALITYCS. Micromedex® Drugdex System®. Truven Health Analytcs; 2014.

Associações em dose fixa para as quais não foram identificadas informações para a combinação

Nas fontes consultadas, não foram localizadas informações farmacológicas específicas sobre diversas associações existentes no mercado brasileiro. Para esses produtos, as únicas informações oficiais disponíveis são aquelas contidas na bula do fabricante, aprovada pela Anvisa.

- Maleato de Clorfeniramina+ Dipirona + Ácido ascórbico
- Maleato de Clorfeniramina + Dipirona + Cafeína
- Maleato de Clorfeniramina + Ácido acetilsalicílico + Cafeína

Observa-se que estão disponíveis no mercado diversos medicamentos em associações com analgésicos que poderão ser selecionados apenas quando os pacientes apresentarem além dos sinais tratados neste guia, febre menor que 39°C ou mialgia.

Nestas associações optou-se por manter a informação do princípio ativo isolado (Quadro 7), contudo adverte-se que a associação dos princípios ativos pode modificar a farmacocinética e farmacodinâmica do medicamento. Esclarece-se ainda que não se encontrou a monografia da dipirona conforme bibliografia consultada.

Medicamentos comercializados como associações podem ser mais cômodos para o paciente, no entanto, a decisão de seu emprego deve ser feita considerando as necessidades de saúde específicas do paciente

Quadro 7: Informações sobre alguns fármacos utilizados em combinação fixa no tratamento de espirro e congestão nasal, constante do TRUVEN, (2015).

Fármaco ⁷	Orientação ao paciente ⁷	Situações especiais ^{3,7}	Contraindicação ⁷
Clorfeniramina	• Precauções: Evitar bebidas alcoólicas; Evitar atividades que necessitam de atenção devido ao risco de acidentes; Tomar com estômago cheio para evitar irritação gástrica; Possibilidade de insônia se tomar algumas horas antes de dormir. • Reações adversas: efeitos anticolinérgicos, discrasias sanguíneas (agranulocitose e anemia, trombocitopenia) e icterícia	• Não deve ser utilizado durante a gestação (Risco C¹ A²). • Não deve ser utilizado durante a amamentação. • Evitar em pacientes com doença hepática. • Evitar em pacientes com: -Asma -Retenção urinária -Glaucoma de anglo fechado -Úlcera péptica -Hipertrofia prostática	Hipersensibilidade a clorfeniramina ou dexclorfeniramina
Cafeína	• Limitar o uso concomitante do medicamento com outros medicamentos, alimentos e bebidas que contenham cafeína. • Orientar o paciente a relação sinais e sintomas de estimulação excessiva do SNC e arritmia cardíaca. • Reações adversas mais comuns e graves: irritação gastrointestinal, insônia, agitação, nervosismo e agressividade. Doses elevadas	• Não deve ser utilizado durante a gestação (Risco C¹ A²). • Pode ser usado durante a amamentação. • Evitar em pacientes com dor nas costas crônica.	Hipersensibilidade a cafeína

	(>250mg/dia) podem causar arritmias cardíacas.		
Ácido acetilsalicílico	- Instruir o paciente a evitar uso de bebidas alcoólicas durante o tratamento; Tomar com o estômago cheio; Tomar com um copo cheio de água. - Reações adversas comuns e graves: dispepsia, náusea, vômito, úlcera gástrica, tinido, angioedema, Síndrome de Reye (náusea/vômito persistente, sonolência, letargia, comportamento agressivo, confusão, redução do nível de consciência e convulsões)	- Não deve ser utilizado durante a gestação (Risco D¹C²). - Existe controvérsia quanto a utilização durante a amamentação.3(não proíbe) 4(proíbe) - Evitar em pacientes com: - doença renal - doença hepática - distúrbios hemorrágicos - uso de mais que 3 unidades alcoólicas por dia - problemas gastrintestinais - úlcera péptica	Hipersensibilidade a anti-inflamatórios não esteroidais Crianças e adolescentes com sintomas de catapora ou gripe, pelo risco da Síndrome de Reye Pacientes com asma, rinite e pólipos nasais
Fenilefrina	- Pacientes não devem utilizar a forma nasal por mais de três dias, pelo uso prolongado causa congestão nasal rebote. - Orientar o paciente quanto ao risco em usar com inibidores da monoaminoxidase (IMAO), antidepressivos e medicamentos anti-hipertensivos. - Pacientes em uso deste medicamento, em especial quando em associação com anti-histamínico, devem evitar atividades que requeiram atenção e coordenação motora, pois pode causar sonolência e tontura.	- Não deve ser utilizado durante a gestação (Risco C; B2) - Não deve ser utilizado durante a amamentação	Hipersensibilidade a este ativo ou a outros componentes Doença arteriosclerótica cardiovascular e doença cerebrovascular Hipertensão grave Taquicardia ventricular Presença de glaucoma ou ângulo estreito anatômico Realização de procedimentos

			oftalmológicos com perturbação da epiderme da córnea Evitar em crianças com menos de seis anos
Paracetamol	• Precauções: Cuidados com a dose. A dose total não deve ultrapassar 4. 000 mg em um período de 24 horas; Ficar atento ao uso de medicamentos em associações, contendo paracetamol; Em pessoas com menos de 50Kg, calcular a dose diária com base no peso; Em formulações líquidas, atenção para a concentração de paracetamol (em mg/ml); Para administração, sempre utilizar dosador fornecido com o medicamento - não utilizar colheres comuns para dosagem; Em formulações sólidas, tomar o comprimido com um copo cheio de água; Ingerir o medicamento de preferência com estômago vazio - alimentos podem resultar em redução da concentração plasmática de pico do paracetamol; Não ingerir bebidas alcólicas enquanto estiver fazendo o tratamento - Pessoas que tomam mais de 3 doses de bebidas alcoólicas ao dia, não devem tomar paracetamol sem anuência do médico. • Reações adversas importantes: hemorragia gastrointestinal, hepatotoxicidade e nefrotoxicidade.	• Não deve ser utilizado durante a gestação (RiscoB¹) • Pode ser usado durante a amamentação • Evitar em pacientes com: - Doença Hepática - Alcoolismo	Doença hepática grave e ativa Disfunção hepática grave Hipersensibilidade ao paracetamol ou a componentes da formulação

(1) FDA - Food and Drug Administration. Pregnancy and Lactation Drug Risk Classification. *apud*: TRUVEN HEALTH ANALITYCS. Micromedex® Drugdex System®. Truven Health Analytics; 2014.

- (2) Australian Drug Evaluation Committee: Prescribing medicines in pregnancy: An Australian categorization of risk of drug use in pregnancy. Therapeutic Goods Administration. Australian Capital Territory, Australia. 1999. Available from URL: <http://www.tga.gov>
- (3) Anon: American academy of pediatrics committee on drugs: transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics 2001; 108 (3):776-789.
- (4) Anon: Breastfeeding and Maternal Medication. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2002.

Os sinais e sintomas de espirro e congestão nasal, por sua localização anatômica frequentemente possuem medicamentos com formas farmacêuticas tópicas nasais. O quadro abaixo apresenta vantagens e desvantagens de algumas formas farmacêuticas para aplicação de medicamentos pela via nasal, a fim de auxiliar ao paciente e farmacêutico na escolha do medicamento que melhor atende as necessidades do paciente (Quadro 8). O modo de uso de cada forma farmacêutica nasal também deve ser considerado na seleção do medicamento (Quadro 11).

Quadro 8: Comparação dos dispositivos de aplicação nasal.

Dispositivo nasal	Vantagens	Desvantagens
Seringa para lavagem nasal	Baixo custo	Grandes volumes podem ser difíceis de serem tolerados
	Permite higienização	Risco de contaminação da solução
		Requer auxílio de terceiro para aplicação
Frasco com conta-gotas	Baixo custo	Risco de contaminação da solução
		Requer auxílio de terceiro para aplicação
		Imprecisão da medida
		Imprecisão da medida
Frasco gotejador	Baixo custo	Não permite higienização
		Risco de contaminação da solução
		Requer auxílio de terceiro para aplicação
		Imprecisão da medida
Bomba de spray nasal	Produz jato padronizado	Custo médio
	Técnica de aplicação não requer terceiro	Risco de contaminação maior para os modelos em que o aplicador não é removível e para aqueles sem mecanismo anti-refluxo.

Dispositivo nasal	Vantagens	Desvantagens
	Alguns possuem aplicador removível permite higienização	
	Alguns dispositivos permitem a aplicação do produto com o paciente em diferentes posições	
Spray nasal	Produz jato padronizado	Custo alto
	Técnica de aplicação não requer terceiro	Risco de contaminação maior para os modelos em que o aplicador não é removível e para aqueles sem mecanismo anti-refluxo.
	Alguns possuem aplicador removível permite higienização	
	Alguns dispositivos permitem a aplicação do produto com o paciente em diferentes posições	
	Possibilidade de jato prolongado do produto otimizando a limpeza nasal.	
	Alguns dispositivos possuem aplicadores com formato anatômico	

6.2.2 Fitoterápicos e drogas vegetais

Os sinais e sintomas abordados nesse guia ainda podem ser tratados com fitoterápicos e drogas vegetais. Utilizaram-se como critérios de inclusão, as plantas medicinais constantes no *Handbook of Nonprescription Drugs* (KRINSKY et al., 2014). O eucalipto foi incluso por constar, para as indicações deste guia no *WHO monographs of selected medicinal plants* (WHO, 1998). As informações farmacológicas de cada planta, incluindo sua indicação para sintomas de espirro e congestão nasal, foram extraídas da Base de dados ALTERNATIVE MEDICINE DEX (AltMedDex), que compõe a base MICROMEDEX (Quadro 9).

A prescrição de plantas medicinais *in natura* não é recomendada em uma farmácia comercial, pela dificuldade de se identificar a espécie correta, sua procedência, bem como atestar parâmetros mínimos de qualidade estabelecidos em farmacopeia. O(a) farmacêutico(a) interessado(a) em dispensar plantas frescas e suas preparações, ou espécies vegetais não constantes deste guia, devem 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 aquela utilizada na composição de produtos de limpeza e análogos.

Quadro 9: Informações farmacológicas para fitoterápicos e plantas medicinais utilizadas no tratamento de espirro e congestão nasal

Nome popular / Nome científico ⁵ / Situações especiais ^{1,2,3,4}	Indicação ⁶	Posologia e modo de usar ⁶	Efeitos adversos ⁶	Contraindicações ⁶
Equinácea <i>Echinacea purpurea</i> *** 	• Infecção do trato respiratório superior (possivelmente efetivo) • Modulação imune (possivelmente efetivo) • Inflamação (inconclusivo)	ADULTOS (Via oral) Chá medicinal com a raiz seca: utilizar 0,5 a 1g da raiz seca em quantidade suficiente de água, 8/8h Chá medicinal do pó da raiz: utilizar 1 a 2 g do pó da raiz em quantidade suficiente de água, 8/8h Suco das porções aéreas de <i>Echinacea purpurea</i> estabilizada em etanol a 22%: 2 a 3mL, 8/8h Tintura (preparação 1:5): tomar 1 a 2 mL da tintura, 8/8h Extrato fluido (preparação 1:1): tomar 0,25 a 1 mL, 8/8h Extrato seco (preparação 6,5:1 ou 3,5% equinacósideo): tomar 150 a 300 mg, 8/8h	Tontura, febre, calafrios, dispnéia, prurido, eritema, exantema, náuseas, vômitos, hepatite, reações de hipersensibilidade e púrpura trombocitopênica trombótica	• Hipersensibilidade a equinácea • Contraindicações teóricas: - o Doença autoimune - o Esclerose múltipla - o HIV ou AIDS - o Tuberculose - o Uso intravenoso em diabéticos
Petasites <i>Petasites hybridus</i> *** 	• Rinite alérgica (possivelmente efetivo) • Asma brônquica (inconclusivo)	ADULTOS (Via oral) Rinite alérgica: (comprimido de extrato padronizado contendo 8 mg de pestasina total por unidade) oral: um comprimido, 6/6h	Não foram avaliadas	• Hipersensibilidade a planta
Eucalipto <i>Eucalyptus</i>	• Resfriando comum (não efetivo) • Dor (dados inconclusivos)	ADULTOS • Trato respiratório (catarro)	Náusea, vômito, dor epigástrica, dor, diarreia,	• Hipersensibilidade ao eucalipto ou ao eucaliptol

Nome popular / Nome científico ⁵ / Situações especiais ^{1,2,3,4}	Indicação ⁶	Posologia e modo de usar ⁶	Efeitos adversos ⁶	Contraindicações ⁶
<i>globulus***</i> 		Via oral - o Infusão de folha picada: utilizar 2 a 3 g da folha picada para 150 mL de água, 12/12h - o Tintura (1:5 g/mL): tomar 10 a 15 mL, 12/12h - o Óleo essencial de eucalipto: 0,3 a 0,6g por dia; 0,05 a 0,2mL/dose Inalação (Via tópica) - o Inalação profunda de vapor de infusões aquecidas - o Inalação profunda de vapor de soluções aquosas aquecidas com poucas gotas de óleo de eucalipto ou de soluções vaporizadas contendo este óleo Resfriado e tosse (tintura oral): dar 3 a 9g da tintura (aproximadamente 3 a 9 mL)	dermatite de contato e reações de sensibilidade	• Doença inflamatória gastrointestinal ou dos ductos biliares • Doença hepática grave • Não utilizar na face ou nariz de bebês ou crianças jovens, pois pode causar espasmo laríngeo e subsequente bloqueio respiratório

(1) FDA - Food and Drug Administration. Pregnancy and Lactation Drug Risk Classification. *apud*: TRUVEN HEALTH ANALITYCS. Micromedex® Drugdex System®. Truven Health Analytics; 2014.

(2) Australian Drug Evaluation

n Committee: Prescribing medicines in pregnancy: An Australian categorization of risk of drug use in pregnancy. Therapeutic Goods Administration. Australian Capital Territory, Australia. 1999. Available from URL: <http://www.tga.gov>

(3) Anon: American academy of pediatrics committee on drugs: transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics 2001; 108 (3):776-789.

(4) Anon: Breastfeeding and Maternal Medication. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2002.

(5) As plantas medicinais *Hedera helix*, *Ephedra sinica*, *Hydrastis canadensis* e *Panax quinquefolium* constam no Handbook of Nonprescription Drugs com indicação para sintomas de espirro e congestão nasal. Contudo, a base AltMedDex não confirma a indicação dessas plantas para esse fim, ou mesmo, não contemplam sua monografia. Por este motivo, as mesmas não foram incluídas neste quadro.

(6) Estas informações foram adaptadas do AltMedDex (Micromedex). As indicações são analisadas por esta base de dados conforme a efetividade do emprego da planta medicinal naquela indicação (informação entre parêntese na frente de cada indicação).



*** Uma vez que não há estudos disponíveis sobre o uso deste medicamento em mulheres e lactantes (WHO, 1998) não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.

*** World Health Organization. WHO Monographs on selected medicinal plants. vol 2. WHO: Geneva. 2002. 356pp.

*** Wichtl, M. Teedrogen und Phytopharmaka. 4a Auflage. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH: Stuttgart, 2002. 708 pp.

**** Proibido o uso na gestação pela *American Herbal Products Association*

6.3 Educação e orientação ao paciente

Após a seleção do tratamento farmacológico, é importante que o farmacêutico oriente o paciente sobre a correta utilização, as precauções e possíveis efeitos do tratamento selecionado, (Quadros 10 e 11). No quadro 10, constam informações a serem dadas ao paciente quando da dispensação do medicamento obtidas a partir do item *Clinical Teaching* (TRUVEN, 2015).

Quadro 10: Orientações quanto ao uso de anti-histamínicos e descongestionantes nasais

Classe / Medicamentos	Orientações
Anti-histamínicos – 1ª geração (Bronfeniramina; Carbinoxamina; Clorfeniramina; Dexclorfeniramina; Mepiramina)	• Evitar atividades que exijam atenção durante o uso do medicamento, pois os anti-histamínicos de 1ª geração podem causar sonolência. • Efeitos anticolinérgicos, como boca seca, constipação, ressecamento da mucosa nasal, além de desconforto epigástrico, náusea, vômitos podem ser observados com o uso de anti-histamínicos de 1ª geração. • O uso de bebida alcoólica ou de outros medicamentos depressores do sistema nervoso central pode potencializar o efeito depressor dos anti-histamínicos de 1ª geração.
Loratadina	• Evitar atividades que exijam atenção durante o uso do medicamento. • Efeitos como boca seca, dor de cabeça, sonolência ou fadiga.
Descongestionantes nasais (Fenilefrina; Nafazolina)	• O uso de descongestionantes como formulação nasal pode causar ardor/queimação nasal ou espirros. • A técnica de administração correta do medicamento, via nasal, é importante para evitar absorção do fármaco com consequente aparecimento de efeitos sistêmicos. • A formulação nasal não deve ser utilizada por mais de 3 a 5 dias. O uso prolongado pode causar congestão nasal de rebote. • Sinais e sintomas de infarto do miocárdio, arritmia cardíaca e edema pulmonar devem ser relatados.
Solução nasal salina (Hipertônica – 3%;	• Não utilizar soluções geladas ou quentes

Fisiológica - 0,9%, sendo ou não de água do mar)	• Verificar a validade do produto após a abertura do frasco
--	---

No contexto da educação ao paciente é relevante abordar a maneira de como deve ser feita a administração de formas farmacêuticas nasais, critérios de identificação (Quadro 11). Todos estes aspectos são importantes na determinação da adesão do paciente ao método, assim como, na sua experiência com o dispositivo, influenciando na efetividade e segurança do tratamento.

A higiene nasal propicia ótimas condições de limpeza e umidade fundamentais para o funcionamento adequado do sistema respiratório, sendo recomendada no manejo clínico de gripe, resfriado, rinites, rinossinusites, para os cuidados pós-operatórios do trato respiratório, além de propiciar melhor ação dos medicamentos de uso tópico nasal, além de minimizar a transmissão da infecção (PAPSIN, TAVISH, 2003 *apud* SIH, CAVINATTO, 2015; BROWN e GRAHAM, 2004 *apud* SIH, CAVINATTO, 2015). A intensidade da limpeza é diretamente proporcional ao volume de solução nasal aplicada.

A fim de diminuir o risco de contaminação do produto deve-se considerar a higienização do dispositivo (Quadro 10) e a recomendação de seu uso individual (SIH, CAVINATTO, 2015). Uma estratégia para minimizar trocas de dispositivos entre pacientes é a identificação do frasco com o nome do paciente que o utilizará. Desta forma, oriente o seu paciente a “nunca emprestar o spray nasal para outra pessoa”. Outras medidas relevantes para minimizar a contaminação referem-se às orientações sobre condições de armazenamento e a possibilidade de redução do prazo de validade do produto após sua abertura. Portanto informe seu paciente sobre este prazo segundo instruções do fabricante.

Na seleção dos medicamentos deve-se atentar além do fármaco desejado para os diferentes modelos de dispositivos e suas características específicas, assim como da existência de conservantes na formulação, correlacionando-as com as necessidades ou preferências do paciente (Quadros 10 e 11). Pacientes com dificuldade de realização de movimentação específica da cabeça como bebês, pacientes acamados ou com paraplegia, podem se beneficiar da seleção de dispositivos que tem mecanismos de jato ditos como “360°C”, assim como da presença de bico anatômico, dispositivos com diferentes intensidades de jato. Certos conservantes como o cloreto de benzalcônio causam de irritação da mucosa ou mesmo são considerados inapropriados a crianças.

Não obstante a adequada seleção do dispositivo é fundamental o desenvolvimento de habilidades no paciente para o emprego da técnica correta de aplicação do medicamento (Quadro 11). Neste

sentido, recomenda-se que o farmacêutico possua kits com diferentes modelos de dispositivos nasais para a educação do paciente. Outros aspectos são:

- a recomendação de que soluções nasais não devem ser administradas geladas;
- não usar objetos perfurantes para aumentar a saída do medicamento do aplicador, pois a abertura é padronizada para garantir a dosagem 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 11: Dispositivos de aplicação nasal, componentes, higienização e técnicas de uso.

Seringa para lavagem nasal	
	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 soro 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 a solução; 6. Assoar vagarosamente o nariz para desobstruir as narinas antes da aplicação; • Outras técnicas de remoção de secreção podem ser utilizadas ou mesmo esta manobra pode ser suprimida em caso de impossibilidade do paciente. 7. Solicitar o paciente a posicionar o pescoço de forma que fique hiper-estendido: • sentar e inclinar a cabeça para trás ou • deitar com um travesseiro embaixo dos ombros; 8. Aproximar a ponta da seringa da narina, contudo sem encostá-la; 9. Aplicar a solução aos poucos; 10. Inclinar levemente a cabeça para o lado oposto em que o medicamento foi aplicado e permanecer nesta posição por dois

minutos ou mais;

11. Repetir técnica na outra narina;

12. Descartar o restante do líquido;

Técnica de higienização

Em um copo com água filtrada ou fervida, encher a seringa, na posição vertical e esvaziá-la na pia. Repetir esse procedimento por várias vezes. Esta recomendação tem por objetivo prevenir a contaminação da solução com a secreção nasal.

Colocar água filtrada ou fervida em um copo. Inserir a seringa dentro do copo na posição vertical. Puxar o êmbulo 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 objetivo prevenir a contaminação da solução com a secreção nasal.

Dica

Para os pacientes com dificuldade de utilizar a seringa, o farmacêutico poderá comercializar embalagens de bomba de spray nasal para uso do soro.



Frasco com conta-gotas



Técnica de uso

1. Lavar as mãos
2. Assoar vagarosamente o nariz para desobstruir as narinas antes da aplicação;
 - Outras técnicas de remoção de secreção podem ser utilizadas ou mesmo esta manobra pode ser suprimida em caso de impossibilidade do paciente.
3. Posicionar o pescoço de forma que fique hiper-extendido:
 - 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 enché-lo;
6. Aproximar a ponta do conta-gotas da narina, contudo sem encostá-la;
7. Aplicar a quantidade de gotas prescrita;
 - Se eventualmente ocorrer contato com a narina, distanciar o conta-gotas da mesma mantendo o bulbo pressionado para evitar que a secreção nasal seja aspirada.
8. Inclinar levemente a cabeça para o lado oposto em 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 após a utilização.

	<u>Nota:</u> alguns frascos para serem abertos necessitam que o lacre seja rompido por meio de giro no sentido anti-horário. <u>Técnica de higienização</u> Colocar água filtrada ou fervida em um copo. Inserir o conta-gotas dentro do copo na posição vertical. Apertar seu bulbo para permitir o enchimento. Reduzir a pressão sobre o bulbo para permitir o seu esvaziamento na pia. Repetir por várias vezes o processo. Esta recomendação tem por objetivo prevenir a contaminação da solução com a secreção nasal. Há controvérsia sobre a necessidade de higienização a cada aplicação, uma vez que durante a limpeza do conta-gotas pode restar algumas gotas de água utilizada para higienização o que pode causar contaminação da solução.
--	---

Frasco gotejador	
	1. Lavar as mãos; 2. Assoar vagarosamente o nariz para desobstruir as narinas antes da aplicação; • Outras técnicas de remoção da secreção podem ser utilizadas ou mesmo esta manobra pode ser suprimida em caso de impossibilidade do paciente; 3. Abrir o frasco; 4. Inclinar a cabeça ligeiramente para frente; 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; 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 para reduzir o risco de contaminação da solução; • Não lavar com água para reduzir o risco de contaminação da solução; 10. Fechar o frasco após a utilização. <u>Nota:</u> alguns frascos para serem abertos necessitam que o lacre seja rompido por meio de giro no sentido anti-horário.
--	---

Bomba de spray nasal	
	1. Lavar as mãos 2. Assoar vagarosamente o nariz para desobstruir as narinas antes da aplicação; • Outras técnicas de remoção de secreção podem ser utilizadas ou mesmo 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 e a base do mesmo apoiada sobre o polegar, conforme figura ao lado; 5. Na primeira vez em que o dispositivo for usado, acionar o seu aplicador voltado para o ar, até o surgimento de névoa;

Partes da bomba de spray nasal

6. Inclinar 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 direcionada 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
9. Pressionar o aplicador com os dedos indicador e médio;
10. Repetir o procedimento para a outra narina;
11. **Para os frascos que apresentam aplicador removível:** retirá-lo e higienizá-lo;
12. **Para os frascos que não apresentam 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 para 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, após a higienização.



Técnica de higienização

Puxe o aplicador delicadamente retirando-o do frasco. Lave o aplicador e a tampa protetora com água filtrada ou fervida e sabão neutro. Deixe-o secar completamente ao ar livre sobre um papel toalha ou guardanapo. Esta recomendação tem por objetivo prevenir a contaminação da solução com a secreção nasal. Nunca remova a válvula.

Spray nasal



Técnica de uso

1. Lavar as mãos
2. Assoar vagarosamente o nariz para desobstruir as narinas antes da aplicação;
 - Outras técnicas de remoção de secreção podem ser utilizadas ou mesmo esta manobra pode ser suprimida em caso de impossibilidade do paciente.
3. Destampar o frasco.
4. **Para os frascos que apresentam o aplicador removível:**
 - *Único modelo de aplicador* - encaixar o aplicador na válvula;
 - *Mais de um modelo de aplicador* (uso adulto/ pediátrico) - selecionar o adequado ao paciente e encaixá-lo na válvula.
5. Inclinar a cabeça ligeiramente para frente ou ereta;
6. Pressionar uma narina com o indicador;
7. Na outra narina manter o frasco na posição vertical, colocando delicadamente sua ponta na entrada da narina direcionada à parede externa e não ao septo nasal;
8. Com o dedo indicador, pressionar a base da válvula, manter o tempo necessário para a higienização;
 - Em bebês, o tempo de aplicação do spray deve ser curto;
9. Repetir o procedimento para a outra narina;
10. Tampar o frasco, após higienização.

	<u>Técnica de higienização</u> Para os frascos que apresentam o aplicador removível: puxe o aplicador delicadamente retirando-o do frasco. Lave o aplicador e a tampa protetora com água filtrada ou fervida e sabão neutro. Deixe-o secar completamente ao ar livre sobre um papel toalha ou guardanapo. Esta recomendação tem por objetivo prevenir a contaminação da solução com a secreção nasal. Nunca remova a válvula Alguns dispositivos apresentam aplicadores anatômicos que limitam a penetração profunda na narina e portanto evitam a lesões da mucosa nasal.
--	--

Adaptado de TRUVEN (2015); KRINSKY et al. (2014); CORRER e OTUKI (2013) e ASBAI/ABOL-CCF(2012).

7 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

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

O farmacêutico deve, sempre que possível, avaliar os resultados obtidos a partir de suas recomendações ao paciente. Esta avaliação dos resultados pode ser realizada por via telefônica ou por agendamento de retorno. Para tanto, o farmacêutico deve manter um registro do atendimento realizado e incluir uma forma de contato com o paciente.

Para avaliação dos resultados, o farmacêutico deve ter em mente os seguintes pontos:

- o objetivo terapêutico a ser alcançado com o tratamento farmacológico e não-farmacológico que 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 extrema importância a investigação de sinais e sintomas que sejam considerados de alerta para encaminhamento, assim como monitorar fatores importantes inerentes a cada medicamento (Quadro 12).
- para auxiliar na avaliação dos resultados, parâmetros de monitoração são necessários como, por exemplo: medidas de temperatura, aspecto das secreções nasais, presença de sibilância (chiado) ou falta de ar, identificação de tosse produtiva e, relato do paciente de dor no pescoço ou face (KRINSKY et al., 2014). A partir da monitoração o farmacêutico pode se deparar com quatro cenários 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 sobre a falha no tratamento, investigar se o paciente está cumprindo o tratamento proposto, assim como fazendo emprego das técnicas corretas de administração dos medicamentos de forma correta.
- adicionalmente, a avaliação dos resultados possibilita a identificação precoce de reações adversas a medicamentos. Reações adversas de comum ocorrência incluem: sonolência, tontura, alteração de coordenação motora, constipação, diarreia, desconforto epigástrico, náuseas, vômitos, xerostomia, ressecamento das vias respiratórias, dor de cabeça, fadiga, entre outros. Nestas situações, caso a reação adversa seja moderada a grave, ou não possa ser manejada, o paciente deverá ser encaminhado ao médico. Para conhecimento das principais informações referentes às suspeitas de reações adversas que podem ocorrer tendo como causa os medicamentos envolvidos no tratamento dos sintomas espirro e congestão nasal, ver Apêndice 7.

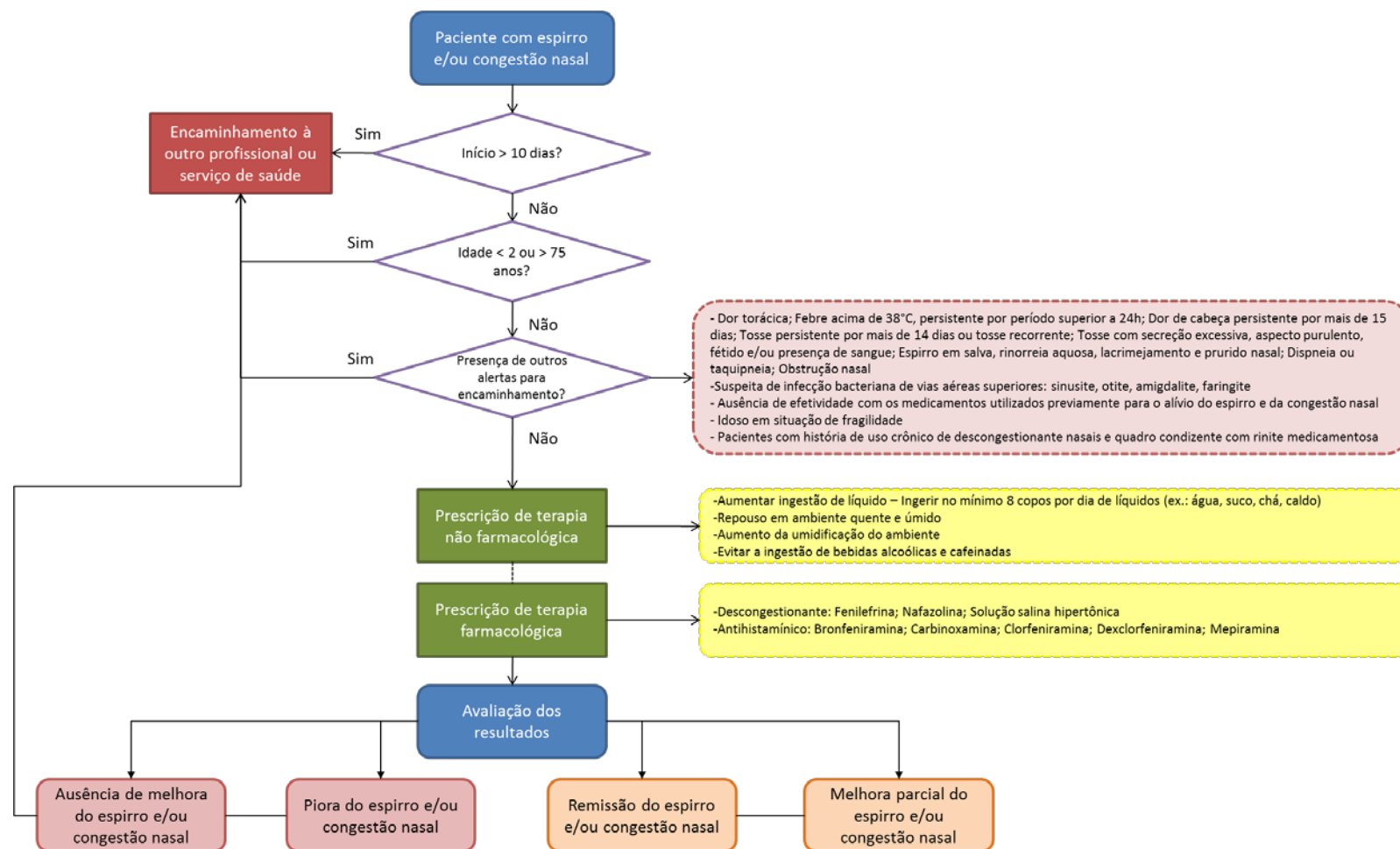
Quadro 12: Avaliação dos resultados

Classe / Medicamentos	Monitoração
Anti-histamínicos – 1ª geração (Bronfeniramina ¹ ; Carbinoxamina ² ; Clorfeniramina ³ ; Dexclorfeniramina ⁴ ; Mepiramina)	• Melhora dos sintomas de rinite^{1;3;4} • Efeitos sobre o SNC (sinais/sintomas de excitação ou depressão do SNC)^{1;3;4} • Alívio dos sintomas de rinite sazonal, perene, vasomotora e outras reações alérgicas² • Sinais e sintomas de sedação e confusão em pacientes idosos²
Loratadina	• Melhora dos sintomas de rinite • Efeitos sobre o SNC (sinais/sintomas de excitação ou depressão do SNC)
Descongestionantes nasais (Fenilefrina ¹ ; Nafazolina ²)	• Redução da congestão nasal¹ • Melhora sintomática² • Congestão nasal medicamentosa ou de rebote² • Monitorar efeitos adversos cardiovasculares e neurológicos como palpitações, hipertensão, arritmias, dor de cabeça, tontura, sonolência ou insônia²
Solução nasal salina (hipertônica - 3%; fisiológica - 0,9%)	• Não de encontrou nenhum parâmetro de monitoração específico.

Fonte: TRUVEN HEALTH ANALITYCS.Micromedex® Drugdex System®.Truven Health Analitycs; 2014.

8 ALGORITMO DE DECISÃO

O algoritmo para o manejo dos sinais e sintomas de espirro e congestão nasal é apresentado na figura abaixo.



REFERÊNCIAS

ASBAI/ABOL-CCF - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL. III Consenso Brasileiro sobre Rinites. **Braz J Otorhinolaryngol**. [online]. v.75, n.6, 2012. Disponível em <http://www.aborlccf.org.br/imageBank/CONSENSO SOBRE RINITE -SP-2013-04.PDF>. Acesso em 26 de mar. 2015.

BALBANI, A.P.S.; MONTOVANI, J. C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**. [online]. v.71, n.6, p.820-827, 2005.

BENSENÖR, I.M.; MARTINS, M.A.; ATTA, J.A. **Semiologia clínica: sintomas e sinais específicos - dor- insuficiências**. 1. ed. São Paulo: Sarvier, 2002, 657p.

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

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

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Consulta Pública 02/2014** – Serviços farmacêuticos – contextualização e arcabouço conceitual, de 26 de novembro de 2014, Brasília, DF, 66p.

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

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº. 585, de 29 de agosto de 2013, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2013a. Seção 1, p. 186-8.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Bulas padrão de medicamentos fitoterápicos**. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Medicamentos/Publicacao+Medicamentos/Orientacao+quanto+a+data+de+aprovacao+atualizacao+da+bula+padrao>> Acesso em 29 de jan. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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, 06 jan. 2004. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2003/rdc/138_03rdc.htm>. Acesso em: 15 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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 mai. 2014. Seção 1, p. 52-58.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Asma e Rinite: linhas de conduta na Atenção Básica**. Série A – Normas e Manuais. Brasília: MS, 2004. P.14-15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção básica: doenças respiratórias crônicas**. 1.ed. Brasília: MS, 2010. 160p.

BROWN, C.L.; GRAHAM, S.M. Nasal irrigations: good or bad? **Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg** 2004; 12:9-13

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

COETZER, R. Colds and flu medication in the elderly. **Afr Pharm J.** v. 79, n. 5, 35-7, 2012.

CORRER, C.J; OTUKI, M.F. **A Prática Farmacêutica na Farmácia Comunitária**. Porto Alegre: Artmed. 2013. 454p.

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

COVINGTON, T.R. et al. Treating the common cold: an expert panel consensus recommendation for primary care clinicians. **Guidelines**. 2004; v.5, n.4, p.1-16. Disponível em: <<http://www.iafp.com/pdfs/common%20cold%20guideline%20final.pdf>>. Acesso em 26 de jan. 2015

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

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

EPOS - European Position Paper. **Pocket Guide** - European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps. Rhinol Suppl. v.23, p.1-298, 2012. Disponível em <http://www.rhinologyjournal.com/Supplements/supplement_23.pdf>. Acesso 07 de abr 2015

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

GRIEF, S. N. Upper respiratory infections. **Prim Care**. v.40, n.3, p.757-70, 2013.

HETZEL, J. L.; SILVA, L.C.C.; RUBIN, A. S. Broncodilatadores. In: Corrêa da Silva, L. C, Hetzel, J.L., editores. **Asma brônquica: manejo clínico**. Porto Alegre: Artmed, 1998, p.98-106.

HOWICK, J. et al. **The 2011 oxford cebm evidence levels of evidence (introductory document)**. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Disponível em: <<http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>> Acesso em 29 jan. 2015.

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

KRINSKY, D.L. et al. **Handbook of nonprescription drugs: an interactive approach to self-care**. 18.ed. Washington: American Pharmacists Association. 2014. 104p.

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

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

NOVAES, M.R.C.G. **Assistência Farmacêutica ao Idoso: Uma Abordagem Multiprofissional**. Brasília: Thesaurus Editora, 2007. 248p.

OCEBM LEVELS OF EVIDENCE WORKING GROUP. **The oxford 2011 levels of evidence**.Oxford Centre for Evidence-Based Medicine.Disponível em: <<http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>> Acesso em 29 jan. 2015.

PAPSIN, B.; MC TAVISH, A. Saline nasal irrigation – Its role as na adjunct therapy. **Can Fam Physican**. V.49, p.168-73, 2003.

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

SHIA, T.; CAVINATTO, N. **A importância da higiene nasal em crianças**. VIII Manual de Otorrinolaringologia da Interamerican Association of Pediatric Otorhinolaryngology. p 190-98. Disponível em <http://www.iapo.org.br/manuals/viii_manual_br_21.pdf>. Acesso em 26 de mar. 2015

SBMFC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Tesouro**. 2008a. Disponível em <www.sbmfc.org.br/media/file/ciap/tesouro.xls>. Acesso em 23 de jan. 2015.

SBMFC - 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 de jan. 2015.

SBPT - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA/ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA/ PEDIATRIA. I Consenso Brasileiro de Educação em Asma: Plano de Educação e Controle da Asma. **J Pneumol**. v.22, supl.1, p.1-24, 1996.

SBPT - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA/ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA/ PEDIATRIA. II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. Dispositivos para administração de aerossóis. **J Pneumol**. v.24, n.4, p.239-44, 1998.

TRUVEN HEALTH ANALITYCS.Micromedex® AltMedDex System®.Truven Health Analytcs; 2014.

TRUVEN HEALTH ANALITYCS.Micromedex® Drugdex System®.Truven Health Analytcs; 2014.

TRUVEN HEALTH ANALITYCS.Micromedex® Drugpoints System®.Truven Health Analytcs; 2015.

USP-DI - DRUG INFORMATION FOR THE HEALTH CARE PROFESSIONAL. v.1, 27.ed. Massachusetts: **Thomson Healthcare**, 2007. 3218 p.

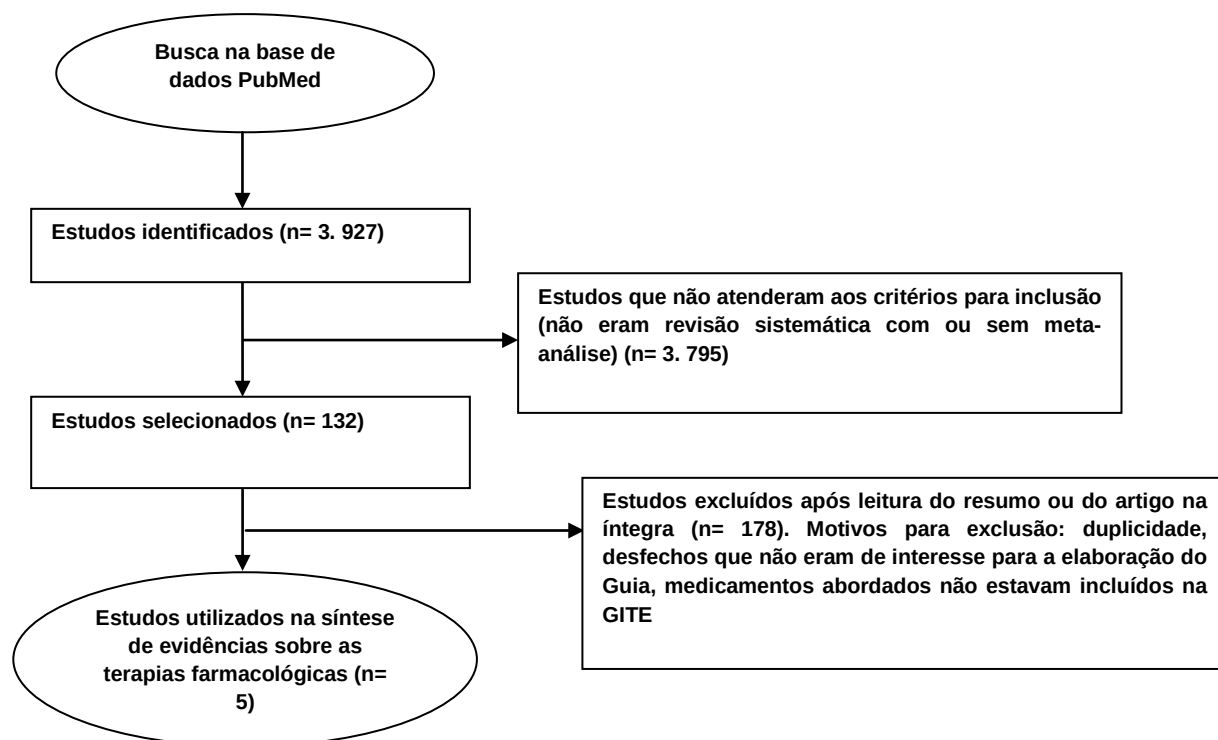
WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who monographs of selected medicinal plants**. Geneva, 1998.

WONCA – WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS. (WONCA) **Classificação internacional de atenção primária (CIAP 2)**. 2.ed. Florianópolis: SBMFC, 2009.

APÊNDICES

Apêndice 1: Busca, seleção e síntese das 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	((<i>"Common Cold"</i> [Mesh] OR <i>"Common Cold"</i> [tiab] OR <i>"Rhinovirus"</i> [Mesh] OR <i>"Rhinovirus"</i> [tiab] OR <i>"Rhinitis"</i> [Mesh] OR <i>"Rhinitis"</i> [tiab] OR <i>"Sinusitis"</i> [Mesh] OR <i>"Sinusitis"</i> [tiab] OR <i>"Influenza, Human"</i> [Mesh] OR <i>Rhinorrhoea</i> [tiab] OR <i>"Nasal congestion"</i> [tiab] OR <i>"Runny nose"</i> [tiab])) AND ((<i>"Nasal Decongestants"</i> [Mesh] OR <i>"Nasal Decongestants"</i> [tiab] OR <i>"Histamine Antagonists"</i> [Mesh] OR <i>"Histamine Antagonists"</i> [tiab] OR <i>"Nasal Lavage"</i> [Mesh] OR <i>"Nasal Lavage"</i> [tiab] OR <i>"fluid intake"</i> [tiab]))	3927	33	132(89)	17(5) CD001267 CD004976 CD006821 CD007909 CD001953



Rinorreia

Classes e medicamentos	População	Achados
Antihistamínicos Astemizol; Clemastina; <u>Clorfeniramina;</u> Triplodine; Doxilamina	Adultos	Diminui a percepção da diminuição da secreção nasal após 2 dias de tratamento e a gravidade após o 2º, 3º e 4º dia de tratamento (com pouca relevância clínica) <u>Evidência comentada:</u> Revisão sistemática (DE SUTTER, 2014) avaliando o efeito dos anti-histamínicos em monoterapia (1ª geração e 2ª geração) sobre o desfecho “avaliação subjetiva da gravidade da rinorreia”, apresentou resultado estatisticamente significativo a favor dos anti-histamínicos no escore de gravidade após 2 dias de tratamento, com melhora do quadro (percepção da diminuição da secreção nasal) e apresentando valor de DM e tamanho de efeito de -0.15 [IC 95% -0.23, -0.07], porém a relevância clínica parece ser muito pequena. Para o mesmo desfecho, escores de gravidade após o 3º dia e 4º dia de tratamento também foram estatisticamente significativos, com valores de DM e tamanho de efeito de -0.13 [IC 95% -0.22, -0.05] e -0.18 [IC 95% -0.27, -0.10] respectivamente, porém com pouca relevância clínica. A monoterapia com anti-histamínicos não sedativos (segunda geração) não apresentaram efeito significativo na rinorreia. Em contrapartida, a monoterapia com anti-histamínicos de 1ª geração, para o desfecho avaliação subjetiva da gravidade da rinorreia, apresentou resultados estatisticamente significativos sobre o escore de gravidade nos dias 2, 3 e 4 de tratamento, com valores de DM de -0.18 [IC 95% -0.27, -0.08], -0.20 [IC 95% -0.29, -0.10] e -0.24 [IC 95% -0.34, -0.13] respectivamente, porém com modesta relevância clínica

Antihistamínicos Astemizol; Clemastina; <u>Clorfeniramina</u>	Crianças	Resultados conflituosos: Pode reduzir numero de dias livres de rinorreia ou não alterar o total de secreção nasal apos 3 dias <u>Evidência comentada:</u> Um estudo demonstrou beneficio na redução do número de dias para que o escore de rinorreia fosse reduzido pela metade e na quantidade de crianças de 2 a 15 anos livres de rinorreia após 7dias. Configurando, modesta significância clínica na redução da rinorreia e espirros cuja etiologia foi o resfriado comum, em crianças. O outro estudo em crianças (<5a) não demonstrou diferença no total de secreção nasal, após 3dias de tratamento.
Associações de antihistamínicos e descongestionantes Fenilpropanolamina; Metaraminol; Fenilefrina; Pseudoefedrina	Adultos	Possível pequeno efeito sobre a descarga nasal e quando em associação com analgésicos relacionou-se a melhora global do resfriado comum na manhã após a dose noturna da associação <u>Evidência comentada:</u> Somente um dos estudos incluídos na revisão sistemática de DE SUTTER (2014) apresentou tamanho de efeito positivo para descarga nasal (diferença média do escore de gravidade de 0.3 em uma escala de 5 pontos). Os autores apontam para o pequeno efeito em alguns dias de tratamento com a associação e sugerem irrelevância clínica para o achado. Para a associação de anti-histamínicos + analgésicos + descongestionantes nasais, a revisão sistemática (DE SUTTER, 2014) não foi capaz de agrupar os 5 ensaios clínicos por diferenças na medida do desfecho. Em 4 estudos foram observadas redução significativa (estatística) de rinorreia quando comparado à placebo. Os autores não apresentaram metanálise devido à heterogeneidade clínica e metodológica dos ensaios clínicos utilizados. Foi descrita a medida de intensidade para o desfecho “avaliação global da melhora do resfriado comum”, demonstrando resultados com significância clínica e estatística a favor da associação no alívio dos

		sinais ou sintomas do resfriado comum na manhã após a dose noturna da associação (OR 0.47 [IC 95% 0.33, 0.67]).
Associações de antihistamínicos e descongestionantes Bromfeniramina + Fenilefrina + Fenilpropanolamina;	Crianças	Não foram observadas melhoras clínicas da rinorreia, entretanto, foi observado aumento de sonolência. <u>Evidência comentada:</u> Dos 2 estudos em que a associação anti-histamínico e descongestionante foi empregada em crianças não foram encontrados efeitos benéficos relevantes sobre os sintomas do resfriado comum. Quando associado à analgésico, um estudo não demonstrou melhora da rinorreia em crianças após 3 ou 5 dias de uso.
Irrigação nasal com solução salina	Adultos	Melhora com a irrigação nasal <u>Evidência comentada:</u> A revisão sistemática de Kassel (2009) apresenta um ensaio clínico em que os participantes eram avaliados na primeira e segunda visita para o tipo de secreção nasal (ausente, serosa, seropurulenta ou purulenta) e traduzida para um escore numérico. A diferença média entre o grupo alocado na irrigação nasal foi de -0.34 [IC 95% -0.49, -0.19] na segunda visita, indicando melhora com a irrigação nasal. Quando avaliada a patência nasal (com a dificuldade de respirar pelo nariz) a diferença média do grupo da irrigação nasal com solução salina na segunda visita foi de -0.33 [IC 95% -0.47, -0.19], sugerindo melhoras no grupo tratado com solução salina.
	Crianças	Não foram identificados estudos avaliando a irrigação nasal com solução salina no tratamento de rinorréia em crianças.

Congestão nasal

Classes e medicamentos	População	Achados
Antihistamínicos Astemizol; Clemastina; Clorfeniramina; Triplodine; Doxilamina	Adultos	Em situações experimentais podem reduzir a produção de muco após 3-4 dias da inoculação do vírus, apesar do peso total de muco expelido (ao final de 5 dias) permanecer inalterado. <u>Evidência comentada:</u> Uma revisão sistemática (DE SUTTER, 2014) avaliando o uso de anti-histamínicos sobre o desfecho diminuição do peso do muco nasal, no 3º dia e 4º dia após a inoculação do vírus, 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. A Loratadina claramente não demonstrou efeito na diminuição do peso do muco nasal.
Antihistamínicos Astemizol; Clemastina; Clorfeniramina	Crianças	Não foram identificados estudos avaliando antihistamínicos no tratamento de congestão nasal em crianças.
Descongestionantes	Adultos	Melhora na avaliação subjetiva e objetiva da congestão nasal

nasais		<u>Evidência comentada:</u> No que diz respeito ao uso do descongestionante nasal em monoterapia e dose única, para os desfechos “avaliação subjetiva da congestão nasal” e “avaliação objetiva da congestão nasal”, os valores da diferença média e diferença média padronizada para estes dois desfechos foram estatisticamente significativos a favor do descongestionante, sendo o tamanho de efeito de -0. 06 [IC 95% -0. 09, -0. 03] -0. 24 [e IC 95% -0. 40, -0. 08], respectivamente. Em relação ao uso do descongestionante nasal em monoterapia em doses repetidas, foi observado resultado estatisticamente significativo para o desfecho avaliação subjetiva da congestão nasal após 3 dias de uso, sendo a diferença média e tamanho de efeito de -0. 04 [IC 95% -0. 06, -0. 01]. 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 padronizada calculada de -0. 21 [IC 95% -0. 40, -0. 02] (DE SUTTER, 2014).
	Crianças	Há dados insuficientes para apoiar o uso em crianças. Não se recomenda o uso descongestionante nasal em menores de 12 anos.
Associações de antihistamínicos e descongestionantes Bromfeniramina + Fenilefrina + Fenilpropanolamina;	Adultos	Não foram identificados estudos avaliando a associação de antihistamínicos e descongestionantes no tratamento de congestão nasal em adultos.
	Crianças	Não foram observadas melhoras clínicas de congestão nasal, entretanto, foi observado aumento de sonolência. Dos 2 estudos em que a associação anti-histamínico e descongestionante foi empregada em crianças não foram encontrados efeitos benéficos relevantes sobre os sintomas do resfriado comum
Irrigação nasal com	Adultos	Melhora com a irrigação nasal

solução salina		<u>Evidência comentada:</u> A revisão sistemática de Kassel (2009) apresenta um ensaio clínico em que os participantes eram avaliados na primeira e segunda visita para o tipo de secreção nasal (ausente, serosa, seropurulenta ou purulenta) e traduzida para um escore numérico. A diferença média entre o grupo alocado na irrigação nasal foi de -0.34 [IC 95% -0.49, -0.19] na segunda visita, indicando melhora com a irrigação nasal. Quando avaliada a patência nasal (com a dificuldade de respirar pelo nariz) a diferença média do grupo da irrigação nasal com solução salina na segunda visita foi de -0.33 [IC 95% -0.47, -0.19], sugerindo melhoras no grupo tratado com solução salina.
	Crinças	Não foram identificados estudos avaliando a irrigação nasal com solução salina no tratamento de congestão nasal em crianças.
Associações de antihistamínicos, descongestionantes e analgésicos	Adultos	Para a associação de anti-histamínicos + analgésicos + descongestionantes nasais, a revisão sistemática (DE SUTTER, 2014) não apresentou os resultados dos desfechos avaliando a eficácia do uso desta associação para diminuição da coriza, avaliação subjetiva de melhora da congestão nasal ou diminuição da quantidade de espirros, e não foi possível aplicar metanálise devido à heterogeneidade clínica e metodológica dos ensaios clínicos utilizados. Apenas foi descrita a medida de intensidade para o desfecho “avaliação global da melhora do resfriado comum”, demonstrando resultados com significância clínica e estatística a favor da associação no alívio dos sinais ou sintomas do resfriado comum.
	Crianças	Não foram identificados estudos avaliando a associação de antihistamínicos, descongestionantes e analgésicos no tratamento de congestão nasal em crianças.

Espirro

Classes e medicamentos	População	Achados
Antihistamínicos Astemizol; Clemastina; Clorfeniramina; Triplodine; Doxilamina	Adultos	Redução no número de espirros nos dias 2, 3 e 4 <u>Evidência comentada:</u> Revisão sistemática (DE SUTTER, 2014) avaliando o uso dos anti-histamínicos de 1ª geração bronfeniramina e clemastina em monoterapia sobre o desfecho avaliação da diminuição da quantidade de espirros, do 2º ao 4º dia de tratamento, identificou a ocorrência de cerca de 3 vezes menos espirros em comparação ao grupo que recebeu a terapia com placebo. Os valores de diferença média e o tamanho de efeito obtidos do 2º, 3º e 4º dia foram de -2. 28 [IC 95% -3. 42, -1. 14]; -2. 34 [IC 95% -3. 27, -1. 41] e -1. 16 [IC 95% -1. 93, -0. 39], respectivamente, e apresentaram significância estatística. Para o desfecho avaliação subjetiva da gravidade do espirro, observaram-se resultados estatisticamente significativos a favor dos anti-histamínicos de 1ª e 2ª geração em monoterapia, do 2º dia ao 4º dia de tratamento, com escores de avaliação da gravidade apresentando valores de diferença média (DM) e tamanho de efeito de -0. 26 [IC 95% -0. 33, -0. 19], -0. 30 [IC 95% -0. 37, -0. 22] e -0. 28 [IC 95% -0. 36, -0. 20], respectivamente. Esse efeito segundo os autores está relacionado aos anti-histamínicos de 1ª geração porque nenhum dos estudos que avaliou este desfecho quando em uso de anti-histamínicos não sedativos teve efeito significativo. Ao filtrar a análises para os anti-histamínicos de 1ª foram observados resultados estatisticamente significativos a favor desta classe sobre o desfecho de avaliação subjetiva da gravidade do espirro, do 2º dia ao 4º dia de

		tratamento, com escores de avaliação da gravidade apresentando valores de DM e tamanho de efeito de -0. 29 [IC 95% -0. 37, -0. 21], -0. 31 [IC 95% -0. 38, -0. 24] e -0,29 [IC 95% -0,38, -0,21], respectivamente (DE SUTTER, 2014).
Antihistamínicos Astemizol; Clemastina; Clorfeniramina	Crianças	Não foram identificados estudos avaliando antihistamínicos no tratamento de espirro em crianças.
Associações de antihistamínicos e descongestionantes Fenilpropanolamina; Metaraminol; Fenilefrina; Pseudoefedrina	Adultos	Sem influência em espirros (evidência nível 2) <u>Evidência comentada:</u> Para a associação de anti-histamínicos + analgésicos + descongestionantes nasais, em um dos estudos incluídos na revisão sistemática (DE SUTTER, 2014) não foi observada alteração na gravidade de espirros quando comparado versus placebo (P=0.14)
Associações de antihistamínicos e descongestionantes Bromfeniramina + Fenilefrina + Fenilpropanolamina;	Crianças	Dos 2 estudos em que a associação anti-histamínico e descongestionante foi empregada em crianças não foram encontrados efeitos benéficos relevantes sobre os sintomas do resfriado comum

REFERÊNCIAS: DE SUTTER, A.; LEMIENGRE, M.; CAMPBELL, H. Antihistamines for the common cold. **The Cochrane Library**, n. 11, Art. No. CD001267. DOI: 10.1002/14651858. CD001267. pub3. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD001267&lib=COC>> Acesso em 29 jan. 2015. | TAVERNER, D.; LATTE, J. Nasal decongestants for the common cold. **The Cochrane Library**, n. 11, Art. No. CD001953. DOI: 10.1002/14651858. CD001953. pub1. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD001953&lib=COC>> Acesso em 29 jan. 2015 | DE SUTTER, A.; VAN DRIEL, M.; KUMAR, A. et al. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold. **The Cochrane Library**, n. 11, Art. No. CD004976. DOI: 10.1002/14651858. CD004976. pub2. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD004976&lib=COC>> Acesso em 29 jan. 2015 | KASSEL, J. C.; KING, D.; SPURLING, G. K. P. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Libr.* 2010; (10). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20238351>> Acesso em 29 jan. 2015.

Apêndice 2: Interações medicamento-medimento

No quadro abaixo são apresentadas as interações medicamentosas clinicamente importantes. Não foram consideradas as interações com documentação teórica conforme informação disponível no MICROMEDEX/TRUVEN 2015.

Medicamentos	Gravidade:	Documentação:	Resumo:
Loratadina (uso sistêmico) e amiodarona (uso sistêmico)	Grave	Boa	Risco: o uso concomitante dos medicamentos aumenta a chance de prolongamento do interval QT e da ocorrência de torsade de pointes. Manejo clínico: evitar a associação, contudo se necessário, obter um ECG antes do uso da combinação e repetir várias horas após a ingestão da primeira dose. Se houver alteração no ritmo cardíaco a loratadina deverá ser interrompida.
Loratadina (uso sistêmico) e cimetidina (uso sistêmico)	Leve	Boa	Risco: a loratadina pode ter sua concentração elevada com possível toxicidade. Manejo clínico: monitorar sinais e sintomas de efeitos sedativos e colinérgicos e reduzir a dose de um dos

Medicamentos	Gravidade:	Documentação:	Resumo:
			medicamentos ou dos dois.
Clozapina e Cafeína (inibidores selecionados do CYP1A2, CYP2D6, CYP3A4)	Grave	Excelente	Risco: aumento dos efeitos adversos da clozapina Manejo clínico: pacientes em uso concomitante de cafeína e clozapina devem ser monitorados de perto e se necessário, considerada a redução de dose da clozapina. Se houver a redução da dose da clozapina, monitorar adicionalmente a manutenção dos efeitos terapêuticos da mesma.

Apêndice 3: Reações adversas a medicamentos

A utilização de medicamentos para o alívio dos sinais e sintoma de espirro e congestão nasal pode acarretar o aparecimento de reações adversas, algumas frequentemente notificadas. Em decorrência disso, é importante o conhecimento pelo farmacêutico de todas as reações adversas para a orientação ao paciente. No item Orientações ao paciente, foram apresentadas somente as reações adversas cuja notificação ao paciente, *a priori*, é recomendada. Neste item serão abordadas todas as manifestações e, quando disponível, a informação sobre a prevalência de sua ocorrência.

O Quadro abaixo apresenta as principais reações adversas das intervenções utilizadas no tratamento dos sinais e sintomas espirro e congestão nasal.

Medicamento	Reações adversas
Anti-histamínicos (Bronfeniramina; Carbinoxamina; Clorfeniramina; Dexclorfeniramina; Mepiramina)	Respiratórios: ressecamento das vias respiratórias, sobretudo da mucosa nasal, espessamento da secreção brônquica. Neurológicos: sonolência, tontura, alteração de coordenação motora. Gastrointestinais: constipação ou diarreia, desconforto epigástrico, náuseas, vômitos, xerostomia.
Loratadina	Gastrointestinal: xerostomia (3%) Neurológicos: dor de cabeça (12%), sonolência (8%) Outros: fadiga (2% a 4%)
Descongestionantes nasais (Fenilefrina)	Cardiovasculares: aumento dos níveis pressóricos.
Solução nasal salina hipertônica¹ (3%)	Nas vias aéreas superiores: irritação local, prurido, queimação, sensação de pressão no rosto(23).
Solução nasal salina fisiológica¹ (0,9%)	Não foram encontrados efeitos adversos relatados na literatura consultada.

¹Informação se refere a soluções que sejam a base de água do mar ou não.

Fonte: Micromedex® DrugdexSystem®(19); Academia Brasileira de Rinologia(23).

Destacar

A sonolência com anti-histamínicos é mais proeminente com os fármacos de primeira geração. O ressecamento das vias respiratórias, sobretudo da mucosa nasal, constitui-se um efeito adverso frequente associado ao uso dos anti-histamínicos.

Revisão sistemática cita a sedação como reação adversa que ocorreu em todos os ensaios clínicos onde foram utilizados anti-histamínicos em monoterapia para o alívio da congestão nasal, rinorreia e espirros cuja etiologia foi o resfriado comum, com *Peto odds ratio* de 1.74 [IC 95% 1.32 - 2.29], valor este, 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 relata que a xerostomia foi a reação adversa ocorrida quando utilizada a associação de anti-histamínicos + descongestionantes nasais, apresentando também valor estatisticamente significativo, com *Peto Odds ratio* de 4.02 [IC 95% 1.89 - 8.51] (DE SUTTER et al, 2003).

Em outra revisão sistemática, a insônia é citada como reação adversa apresentando valor estatisticamente significativo, com *odds ratio* de 6.18 [IC 95% 1.38 - 27.66], quando utilizado descongestionante nasal em monoterapia para alívio da congestão cuja etiologia seja o resfriado comum (TAVERNER e LATTE, 2000).

Em revisão sistemática avaliando a associação de anti-histamínico + descongestionante nasal para os desfechos relacionados ao alívio dos sinais e sintomas do resfriado comum (congestão nasal, espirros, rinorreia), foi mencionada a insônia como reação adversa com valor estatisticamente significativo, com *Odds ratio* de 3.02 [IC 95% 1.08 - 8.47]. Quando utilizada a associação de descongestionante nasal + anti-histamínico para os mesmos desfechos anteriormente 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 associado aos descongestionantes nasais. O uso contínuo dos descongestionantes nasais deve ser desencorajado por acarretar risco aumentado de congestão nasal de rebote.

O aparecimento de efeitos adversos hematológicos (agranulocitose, anemia hemolítica, trombocitopenia); imunológicos (anafilaxia) e neurológicos (convulsões) podem estar relacionados ao uso da carbinoxamina.

A utilização de fenilefrina pode desencadear efeitos adversos cardiovasculares (infarto do miocárdio; taquiarritmia; arritmia ventricular) e respiratórios (edema pulmonar)(19).

Apêndice 4: Riscos dos medicamentos na gestação e lactação

Medicamento	Classificação	Uso durante amamentação
Anti-histamínicos (Bronfeniramina; Carbinoxamina; Clorfeniramina; Dexclorfeniramina; Mepiramina)	Classificação C (FDA; 19) Classificação A (AUS) (19)	O risco para a criança não pode ser descartado (19) Evitar uso durante amamentação (OMS) Não foram encontrados relatos do uso durante a lactação em humanos. Assim como outros anti-histamínicos, o fármaco é provavelmente compatível com a amamentação (20).
Descongestionantes nasais (Fenilefrina)	Classificação C (FDA; 19) Classificação B2 (AUS; 19) Dados em humanos sugerem risco. O uso indiscriminado de simpaticomiméticos, especialmente no primeiro trimestre da gravidez, não é isento de risco (25).	O risco para a criança não pode ser descartado (19). Embora não tenha sido encontrado relato que descreva o uso de fenilefrina durante a amamentação, sabe-se que o peso molecular do fármaco é suficientemente baixo para chegar ao leite materno. O efeito da exposição sobre um lactente é desconhecido (20).
Solução nasal salina hipertônica (3%)	Não são conhecidas contra indicações específicas.	

Fontes: TRUVEN HEALTH ANALITYCS. Micromedex® Drugdex System®. Truven Health Analytics; 2014. | BRIGGS, G. G. *etal.* Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk. 9. ed. Philadelphia: LWW, 2011. 1728 p.

Apêndice 5: Glossário

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, 2011b).

Adrenérgicos: Agentes que atuam sobre vias mediadas pelas catecolaminas endógenas: norepinefrina (noradrenalina), epinefrina (adrenalina) e dopamina (GOLAN, 2014).

Agranulocitose: Afecção caracterizada essencialmente por um desaparecimento quase completo dos granulócitos do sangue (glóbulos brancos polinucleares) (MANUILA, MANUILA, e NICOULIN, 1997).

Anamnese: Conjunto de informações colhidas junto ao próprio paciente ou acompanhante, sobre seus antecedentes, sua história e os detalhes de uma doença (MANUILA, MANUILA, e NICOULIN, 1997).

Anemia hemolítica: Anemia ligada à uma destruição excessiva de eritrócitos no sangue (hemólise) (MANUILA, MANUILA, e NICOULIN, 1997).

Angiodema: Extravasamento de líquido envolvendo estruturas mais profundas, incluindo dérmicas ou sub dérmicas. Lesão mais profunda que gera áreas dolorosas de tumefação. Pode ser encontrado em qualquer região do corpo, porém, com maior frequência afeta a língua, lábios e pálpebras (COOPER, 2008).

Artralgia: Dor articular (MANUILA, MANUILA, e NICOULIN, 1997).

Atresia: Ausência congênita ou oclusão de um orifício, de um conduto natural (MANUILA, MANUILA, e NICOULIN, 1997).

Chá: vide “chá medicinal”

Chá medicinal: é a droga vegetal com fins medicinais a ser preparada por meio de infusão, decocção ou maceração em água pelo consumidor (BRASIL, 2014).

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 (WONCA, 2009).

Comorbidade: Presença ou associação de duas ou mais doenças no mesmo paciente. (AURÉLIO, 2015).

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: 1. Inflamação na cartilagem que conecta uma costela ao esterno ou da própria costela. Esta condição leva a dores no peito semelhantes a de um ataque cardíaco ou outros problemas cardíacos. Quando está acompanhada de inchaço, a condição é chamada de Síndrome de Tietze.

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.

Declínio cognitivo: Diminuição das funções cognitivas (memória, aprendizado, fala).

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, 2014).

Degranulação (de histamina a partir dos mastócitos): Desaparecimento, por lise, da granulação dos mastócitos (MANUILA, MANUILA, e NICOULIN, 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 a região do epigástrico (SILVA, 2008).

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

Diferença média padronizada: diferença média padronizada é utilizada como uma estatística resumida em uma metanálise 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 e VERDE, 2011).

Dispneia: é a respiração com dificuldade ou com esforço. (DECS, 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 que, em última instância, pode resultar em infarto do miocárdio. (DECS, 2015 e ARQ. BRAS. CARDIOL., 2009).

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, 2014).

Edema periorbital: edema é a presença de quantidade anormalmente grande de líquido nos espaços teciduais intercelulares do corpo; usualmente aplicável à acumulação demonstrável de

líquido excessivo nos tecidos subcutâneos. O edema periorbital ocorrer ao redor da órbita, que é a cavidade óssea que contém o globo ocular. (DORLAND, 1999).

Efeitos anticolinérgicos: sinais e sintomas provocados por medicamentos.

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 aleatórios. (Tradução livre do original: Last, 2001). (DECS, 2015).

Ensaio clínico controlado randomizado: 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 aleatório, como o uso de uma tabela de números aleatórios. (DECS, 2015).

Epistaxe: Sangramento pelo nariz. (DECS, 2015).

Esofagite: inflamação aguda ou crônica do esôfago, causada por bactérias, produtos químicos ou trauma. (DECS, 2015).

Evidência científica: provas fundamentadas em estudos científicos. No caso de comparação entre terapias, o desenho de estudo ideal para se obter estas provas científicas é o ensaio clínico controlado aleatório; já em caso de se obter provas científicas relacionadas.

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 (FARMACOPÉIA, 2010).

Extrato Fluído: 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 (FARMACOPÉIA, 2010).

Extrato padronizado: extrato cujos constituintes químicos sejam conhecidos tanto do ponto de vista qualitativo quanto quantitativo.

Extrato sólido: idem Extrato seco.

Extrato seco: preparação sólida, obtida por evaporação do solvente utilizado na sua preparação. Apresenta, no mínimo, 95% de resíduo seco, calculado como porcentagem de massa. Podem ser adicionados de materiais inertes adequados (FARMACOPÉIA, 2010).

Fibroplastia retrolental (termo descritor: retinopatia da prematuridade; termo sinônimo: fibroplasia retrolenticular): retinopatia bilateral que tipicamente ocorre em lactentes prematuros tratados com altas concentrações de oxigênio, caracterizada por dilatação vascular, proliferação e tortuosidade, edema e descolamento de retina e, por último, conversão da retina em uma massa fibrosa que pode ser vista sob a forma de uma membrana retrolental densa. Geralmente, o crescimento do olho é interrompido e pode resultar em microftalmia, e cegueira pode ocorrer. (DECS, 2015; DORLAND, 1999).

GITE: lista de Grupos e Indicações Terapêuticas Especificadas (GITE) de medicamentos isentos de prescrição médica. (BRASIL, 2003).

Guia de prática clínica: que consistem 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 a saúde prestada. (DECS, 2015).

Heterogeneidade clínica: causada por diferenças nas características dos estudos incluídos na revisão sistemática, tais como, desenho do estudo, numero de pacientes retirados do estudo, diferenças nos pacientes incluídos (por exemplo, idade media, estagio da doença, etc.) e diferenças na intervenção tais como dose ou duração do tratamento ou de seu efeito em diferentes subgrupos de pacientes. (SBOC, 2011).

Heterogeneidade metodológica: causada por diferenças nas características dos estudos incluídos na revisão sistemática, tais como, desenho do estudo, numero de pacientes retirados do estudo, tudo o que envolva a metodologia utilizada nos ensaios clínicos. (SBOC, 2011).

Hidrorreia: descarga aquosa copiosa. (DORLAND, 1999).

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

Idoso em situação de fragilidade: adultos mais velhos ou indivíduos envelhecidos em que esteja ocorrendo falta de força em geral e que sejam excepcionalmente susceptíveis às doenças e outras enfermidades. (MESH, 2015).

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

Inalador nasal: dispositivo por meio do qual um medicamento pode ser administrado por inspiração através do nariz. (BRASIL, 2011a).

Incidência: Numero de casos novos de doenças ou agravos numa determinada população e período. (DECS 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 de tempo 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, 2014).

Intervalo de confiança: O intervalo de confiança é uma ferramenta utilizada para testar hipótese, cria limites onde é provável que se encontre o valor da população estudada (BONITA, BEAGLEHOLE e 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 e CUNHA, 2005).

Intervalo QT: Representa eletricamente sístole ventricular que abrange a despolarização e depolarização ventricular, é o período compreendido entre o começo da ativação do miocárdio ventricular e o final de sua repolarização na onda T (SILVA, 2006).

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 religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência, etc.) (MARTINEZ, 2011).

Lactante: Criança entre 1 e 23 meses de idade. (DECS, 2015).

Medicamento fitoterápico: medicamentos fitoterápicos 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, 2014).

Meningoencefalite: Processo inflamatório envolvendo o cérebro (encefalite) e meninges (meningite), geralmente causado por organismos patogênicos que invadem o sistema nervoso central e ocasionalmente por toxinas, transtornos autoimunes e outras afecções. (DECS, 2015).

Metanálise: 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 conclusões, 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 metanálise pelo autor ou patrocinador e deve ser diferenciado das revisões da literatura. (DECS, 2015).

Mialgia: Sensação dolorosa nos músculos. (DECS, 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. (DECS, 2015).

Morbidade: Qualquer alteração, subjetiva ou objetiva, na condição de bem-estar fisiológico ou psicológico. (DECS, 2015).

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 apud: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A., 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).

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. (DECS, 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, 2007).

Óleo fixo: produto não volátil de origem vegetal, geralmente obtido a partir de sementes, pela compressão ou extração com solventes apolares, como hexano. Os óleos fixos são compostos de lipídeos ou carboidratos lipossolúveis e são propensos a tornarem-se rançosos pela oxidação.

Otalgia: Dor localizada no ouvido. Dor de ouvido (DECS, 2015; SILVA, 2006).

Oxford centre for evidence-based medicine: O Centro de Medicina Baseada em Evidências foi criada em Oxford em 1995 com o objetivo de promover cuidados de saúde baseada em evidências para todos oferecendo dados com eficácia para a tomada de decisão na área da saúde em todo o mundo. (CEBM, 2015).

Petto 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. (DECS, 2015).

Planta medicinal: espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos. (BRASIL, 2014).

Plantas medicinais in natura: planta medicinal coletada no momento do uso. (BRASIL, 2006).

Pneumotórax: Acúmulo de ar ou gás na cavidade pleural, que pode ocorrer espontaneamente ou como resultado de trauma ou processo patológico. (DECS, 2015).

Prevalência: Numero total de casos de uma dada doença em uma população especificada num tempo designado. É diferenciada de incidência, que se refere ao numero de casos novos em uma população em um dado tempo. (DECS, 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).

Prurido: 1. Sensação desagradável, em nível do tegumento, que leva o indivíduo a coçar-se; coceira. 2. Um dos sintomas que acompanham certas dermatoses. 3. O prurido e a cócega são explicados pela estimulação leve de terminais nervosos livres, de fibras nervosas do tipo C. Ainda que se pareçam com os receptores de dor crônica, sendo bloqueados pelas mesmas substâncias que suprimem a dor, os nervos sensitivos para o prurido são considerados de tipo distinto, pois desencadeiam o comportamento reflexo de coçar (em lugar dos de retração e defesa em resposta aos estímulos dolorosos) e são suprimidos pela coçagem. O alívio do prurido pelo processo de coçar é obtido somente quando o fator irritante é removido, ou quando o processo de coçar, demasiado forte, acaba por causar dor (REY, 2012).

Porções aéreas: toda a parte superior da planta medicinal, composta por caule, folhas, flores e frutos (quando presentes). Não devem estar presentes raízes ou rizomas (parte subterrâneas);

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). 2. qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se apresente após a administração de doses de medicamentos normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade (OMS, 1972).

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.

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

Revisão sistemática: Estudo secundário, que tem por objetivo reunir estudos semelhantes, publicados ou não, avaliando-os criticamente em sua metodologia e reunindo-os numa análise estatística, a metanálise, quando isto é 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 e CASTRO, 1998).

Rinite medicamentosa: 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. (ASBAI/ABORL-CCF, 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. (ASBAI/ABORL-CCF, 2012). 2. é a inflamação aguda ou crônica, infecciosa, alérgica ou irritativa da mucosa nasal, sendo os casos agudos, em sua maioria, causada por vírus, ao passo que os casos crônicos ou recidivantes são geralmente determinados pela rinite alérgica, induzida pela exposição a alérgenos, que, após sensibilização, desencadeiam resposta inflamatória mediada por imunoglobulina E (IgE). (BRASIL, 2010a).

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

Salvas: A descarga simultânea, ou quase, de um número de impulsos nervosos gerados em um centro situado no cérebro ou na medula espinhal (REY, 2012).

Secreção mucoide: Secreção rica em muco, que é 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 portadores de bronquite crônica e asma brônquica, quando não há infecção bacteriana superposta. (DA SILVA, 2004).

Sibilância (ou sibilo): 1. os sibilos são ruídos adventícios contínuos e musicais. (chiado, chieira, piado) (BRASIL, 2010a). 2. estertor seco agudo, que lembra o sopro do vento. Ouvido nos dois tempos da respiração, quando de uma estenose dos bronquíolos com ou sem presença de mucosidades obstrutivas. (MANUILA, MANUILA, NICOULIN, 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 melhoria 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 dos objetivos 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") (UFSC, 2015). 2. Probabilidade de que uma diferença entre grupos estudados tenha acontecido apenas por acaso. Quanto menor

essa probabilidade ($P\alpha$), 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).

Significância estatística: 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 e TRAPP, 2001).

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 e 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, 2013; CORRER e OTUKI, 2013; PORTO, 2009; LÓPEZ e 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 um dispositivo que mede precisamente a dose e a libera na forma de uma pluma para agir localmente na cavidade nasal. (BRASIL, 2013b).

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).

Tesouro: Significa um conjunto de palavras-chave (descritores), semântica e genericamente relacionado, utilizado como instrumento para organização, indexação e recuperação da informação em bases de dados. (BRASIL, 2015).

Tinido: Percepção de sons na ausência de fontes externas, sentido de dentro dos ouvidos ou da cabeça (HAN et al., 2009).

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

Torsade de pointes: Expressão francesa geralmente utilizada para designar uma forma de taquicardia ventricular atípica, devida quase sempre a medicamentos, caracterizada por sua breve duração, resolução habitualmente espontânea, recidivas frequentes e ocorrência durante um alongamento do intervalo QT. O eletrocardiograma mostra uma oscilação periódica da amplitude do complexo QRS e rotação desse complexo em torno do eixo isoeletrico, com uma sequência de batimentos rápidos aumentando e diminuindo, precedendo sua instalação (REY, 2012).

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).

Vasodilatação de rebote: Vasodilatação que ocorre certo tempo após a vasoconstrição 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 e SIH, 1999).

Xerostomia: Secura anormal da boca, que ocorre com muita frequência, sendo devida a causas muito 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 as drogas usadas 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).

Referências

ASBAI/ABOL-CCF - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL. III Consenso Brasileiro sobre Rinites. **Braz J Otorhinolaryngol.** [online]. v. 75, n.6, 2012 Disponível em <http://www.aborlccf.org.br/imageBank/CONSENSO_SOBRE_RINITE_-SP-2013-04.PDF>. Acesso em 26 de mar. 2015.

ATALLAH, A.N.; CASTRO, A.A. **Revisão Sistemática e Metanálises**, em: Evidências para melhores decisões clínicas. São Paulo. Lemos Editorial 1998. Disponível em <http://www.centrocochranedobrasil.org/artigos/bestvidence.htm>

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. 2.ed., São Paulo: Santos, 2010. 213p. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9788572888394_por.pdf. Acesso em 07 abr 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Vocabulário Controlado de Formas Farmacêuticas, Vias de Administração e Embalagens de Medicamentos**, 1.ed. Brasília: Anvisa, 2011a. 56p. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/497d908047458b5f952bd53fbc4c6735/vocabulario_controlado_medicamentos_Anvisa.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em 07 abr 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica** nº 001/2013/CEFAR/GTFAR/GGMED/ANVISA. Brasília: Anvisa, 2013b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8366f3004f06d94787e1c7e8d88cfc99/Nota+T%C3%A9cnica>

nica+n%C2%BA.+001-

2013_Disp%C3%B5em+sobre+os+ensaios+e+seus+respectivos+procedimentos+para+condu%C3%A7%C3%A3o+de+estudos+de+equival%C3%Aancia+farmac%C3%Aautica+de+sprays+nasais%2C+aeross%C3%B3is+nasais%2C+MDIs+orais+e+DPIs+orais.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em 15 jan 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº. 585, de 29 de agosto de 2013, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2013a. Seção 1, p.186-8.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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, 06 jan. 2004. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2003/rdc/138_03rdc.htm. Acesso em: 15 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 07, 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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 mai. 2014. Seção 1, p.52-58.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 971, de 03 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, 04 maio 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 02 de mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção básica: doenças respiratórias crônicas**. 1.ed. Brasília: MS, 2010a. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília : MS, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tesouro Eletrônico**. Disponível em: <http://bvsms2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&x=1&s=&n=50&t=&l=60&y=0&w=>. Acesso em 15 jan. 2015)

BRICKS, L.F.; SIH, T. Medicamentos controversos em otorrinolaringologia. **J. Pediatr.** v.79, n.6, p.11-22, 1999.

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

CEBM - Centre for Evidence-Based Medicine. Disponível em: <http://www.phc.ox.ac.uk/research/cebm>. Acesso em 07 abr 2015.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. apud: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, p.113-26, 2001.

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

CORRER, C.J; OTUKI, M.F. **A Prática Farmacêutica na Farmácia Comunitária**. Porto Alegre: Artmed. 2013. 454p.

COUTINHO, E.S.F; CUNHA, G.M. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. **Rev Bras Psiquiatri.** v.27, n.2, 2005, 146-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n2/a15v27n2>

DA SILVA, R. M. **Semiologia do aparelho respiratório**: importância da avaliação do escarro. Arquivos Catarinenses de Medicina, v.33, n.3, p.28-30, 2004.

DAWSON, B.; TRAPP, R. G. **Bioestatística Básica e Aplicada**. 3.ed. Mc GrawHill, 2001.

DECS - Biblioteca Virtual em Saúde. DeCS: Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://www.decs.bvs.br>>. Acesso em: 07 abr 2015.

Doença arterial coronariana. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2009, vol.93, n.6, suppl.3, pp. 282-286.

DORLAND. **Dicionário Médico Ilustrado**. 28.ed. Editora Manole, 1999.

GOLAN, D. **Princípios de Farmacologia**. A Base Fisiopatológica da Farmacologia, 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014, 972p.

DICIONÁRIO **Aurélio**. Disponível em <http://www.dicionariodoaurelio.com/comorbidade>. Acesso em: 07 abr 2015.

FARMACOPEIA **Brasileira**. 5.ed. Brasília: Anvisa, 2010.

FUCHS, F.; WANNMACHER, L. **Farmacologia Clínica**: Fundamentos da Terapêutica Racional. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2010. 1261p.

HAN, B.I. et al. Tinnitus: Characteristics, Causes, Mechanisms, and Treatments. **J. Clin. Neurol.** v.5, n.1, p.11-19, 2009.

HIGGINS, J.P.T.; VERDE, S. **Cochrane Handbook para Revisões Sistemáticas de Intervenções Versão 5.1.0** [Atualizado em março de 2011]. A Colaboração Cochrane, 2011. Disponível a partir www.cochrane-handbook.org.

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

MANUILA, L; MANUILA, A; NICOULIN, N. **Dicionário Médico Andrei**. 7.ed. São Paulo: Andrei, 1994. 866p.

MANUILA, L; MANUILA, A; NICOULIN, N. **Dicionário Médico Andrei**. São Paulo: Organização Andrei Editora, 1997. 860p.

MARTINEZ, H.A. Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente. Universitat Rovira i Virgili. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, Abril, 2006. [texto de apoio]apud CABRAL, A.L.L.V.; MARTINEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E.I.G.; CHERCHIGLIA, M.L. Itinerários terapêuticos:o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4433-4442, 2011.

MESH Browser (2015 MeSH) [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US), **Medical Subject Headings Section**. [2015] -. Frail Elderly [citado em 1977-1990] [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2014/MB_cgi?mode=&index=15414&field=all&HM=&II=&PA=&form=&input=. Acesso em: 07 abr 2015.

MULLINS, C.D; BALDWIN, R.; PERFETTO, E.M. What are outcomes? **J. Am. Pharm. Assoc.** (Wash). v.NS36, n.1, p.39-49, 1996.

NOGUEIRA, R.P. Determinação social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 200p.

OMS - Organización Mundial de la Salud. **International drug monitoring**: the role of national centers. Genebra: OMS; 1972.

PORTO, C.C. **Semiologia médica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 1308p.

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

SBOC – Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Estudos sobre Experimento Clínico Revisão Sistemática. In: _____. **Leitura crítica de artigos científicos**. Gramado, 2011. cap.9, p.123-135.

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

SILVA, F.M. Dispepsia: Caracterização e Abordagem. **Rev. Med.** v 87. n 4. p. 213-23, 2008 – Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/59082/62068>>. Acesso em 26 de mar. 2015.

SWARTZ, M.H. **Tratado de Semiologia Médica**. 5.ed. Porto Alegre. 2013.

UFSC. **Conceitos Elementares em estatística**. Disponível em: <http://www.inf.ufsc.br/~marcelo/intro.html>. Acesso em: 15 jan. 2015.).

WONCA - WOLRD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS. **Classificação internacional de atenção primária (CIAP 2)**. 2.ed. Florianópolis: SBMFC, 2009.

YOSHIDA, 2008. E. M. P. Significância clínica de mudança em processo de psicoterapia psicodinâmica breve. **Paideia**, v.18, n.40, p.305-316, 2008.
