

PROTOCOLO DA RINITE ALÉRGICA



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

www.pbh.gov.br

RINITE ALÉRGICA

Prefeito Municipal

Marcio Araujo de Lacerda

Secretário Municipal de Saúde

Marcelo Gouvêa Teixeira

Secretário Municipal Adjunto de Saúde

Fabiano Pimenta Júnior

Sumário

1.	Introdução.....	4
2.	Classificação	6
3.	Co-morbidades.....	6
4.	Complicações	7
5.	Diagnóstico.....	7
6.	Diagnóstico diferencial.....	9
7.	Atribuições da equipe de saúde da família	9
	7.1. Atribuições de toda a equipe de atenção à criança e adolescente (esf e nasf)	9
	7.2. Atribuições do enfermeiro	10
	7.3. Atribuições do médico generalista	11
	7.4. Atribuições do médico pediatra	11
	7.5. Atribuições do ACS	12
	7.6. Atribuições do NASF.....	12
	7.7. Atribuições do gerente de centro de saúde	12
8.	Objetivos do tratamento da rinite associado ao tratamento da asma	13
9.	Manejo da rinite alérgica.	13
	9.1. Evitar os alérgenos - Controle ambiental	13
	9.2. Tratamento medicamentoso	13
	9.3. Imunoterapia específica	16
	9.4. Cirurgia	16
10.	Tratamento da asma e rinite concomitantes	16
11.	Aspectos da rinite alérgica na faixa etária pediátrica	17
12.	Medicações disponíveis na rede SUS/BH	18
13.	ANEXO 1 - Orientações relacionadas ao ambiente para crianças e adolescentes alérgicos	22
14.	Bibliografia.....	24

1. Introdução

A rinite alérgica é definida como uma inflamação da mucosa do revestimento nasal, é caracterizada pela presença de um ou mais sintomas: congestão nasal, coriza, espirros e prurido. Os sintomas são induzidos por exposição a alérgenos com formação de anticorpos IgE específicos ligados a receptores de alta afinidade nos mastócitos.

O estudo denominado *International Study on Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) no Brasil mostrou que a prevalência média de sintomas relacionados à rinite alérgica foi 29,6% entre adolescentes e 25,7% entre escolares.

A inflamação alérgica inicia-se quando uma molécula exógena (antígeno), geralmente uma proteína ou glicoproteína, é inalada e se deposita sobre a mucosa nasal. Em indivíduos geneticamente predispostos, a interação do antígeno com a IgE ligada à parede dos mastócitos e basófilos gera liberação de mediadores da fase imediata da resposta alérgica, que são responsáveis pelo quadro clínico da doença: espirros, prurido, rinorreia e congestão nasal. Podem ser associados sintomas oculares como prurido e hiperemia de conjuntiva e escleras.

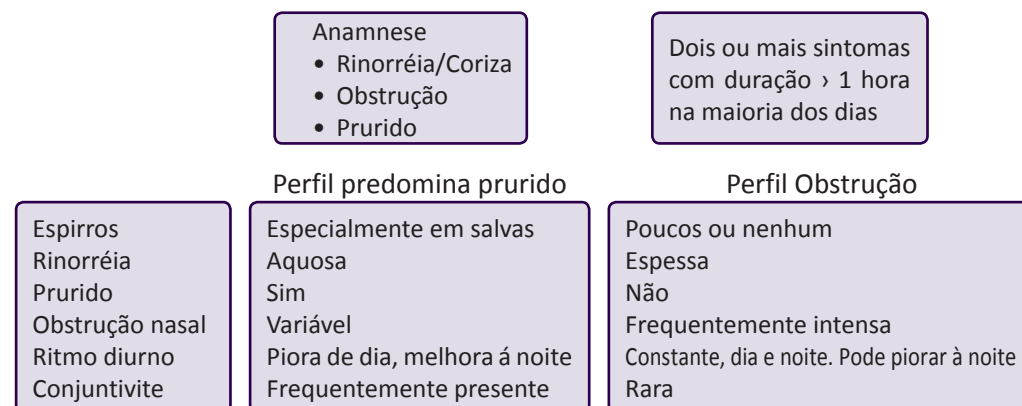
A fase tardia inicia-se após 4 a 8 horas da exposição ao alérgeno, sendo caracterizada pela infiltração eosinofílica da mucosa nasal. A inflamação alérgica será amplificada por vários mediadores como diversas interleucinas (IL-1, 3, 4, 5, 9 e TNF) moléculas de adesão (ICAMs e VCAMs), leucócitos, leucotrienos e produtos de eosinófilos (proteína básica principal, proteína eosinofílica) que induzem dano tissular através de ruptura da integridade da membrana basal na mucosa nasal. Acredita-se que ocorra remodelamento do epitélio nasal semelhante ao que ocorre no epitélio pulmonar.

A inflamação neurogênica relaciona a inervação sensorial e autonômica à resposta alérgica. Esta inervação possui ações importantes no controle da homeostase e patência nasal, por meio de reflexos locais e outros integrados com o sistema nervoso central. Reflexos axônicos são capazes de induzir a liberação de interleucinas que atuam sobre os eosinófilos, induzindo sua atração, ativação e inibindo sua apoptose celular.

Tabela 1 Sinais e sintomas de rinite alérgica

- Prurido: nasal, ocular, palato, conduto auditivo;
- Coriza hialina;
- Espirros, salvas de espirros;
- Alteração: paladar, olfato e audição;
- Obstrução nasal, voz anasalada;
- Respiração oral, roncos noturnos, bruxismo;
- Odinofagia;
- Fungação, pigarro;
- Olheiras, Linha de Dennie-Morgan (prega ou ruga palpebral inferior)/prega no dorso do nariz;
- Cornetos edemaciados e pálidos;
- Palato em ogiva, má oclusão dentária.

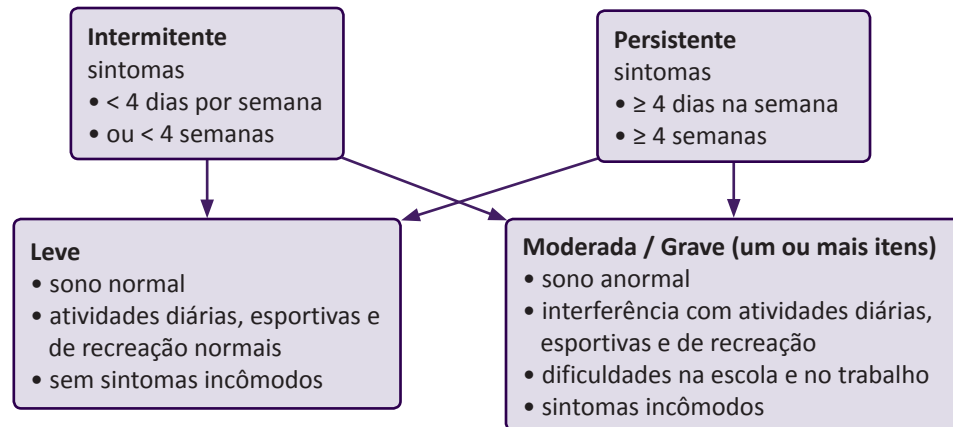
Figura 1 Avaliação Clínica da rinite alérgica



2. Classificação

A classificação que prevalece atualmente utiliza sintomas e parâmetros de qualidade de vida, e baseia-se na duração e na gravidade dos sintomas.

Figura 2 Classificação da Rinite Alérgica



3. Co-morbidades

- Associação com a Asma:

A rinite alérgica apresenta estreita relação com a asma e o estudo ISA-AC mostrou que aproximadamente 80% dos pacientes asmáticos têm rinite alérgica. Além de interferir no controle da asma, a rinite alérgica é mais difícil de controlar que a própria asma. Pode-se dizer que asma e rinite alérgica são manifestações diferentes de uma mesma entidade nosológica, já que ambas estão associadas por aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e pela semelhança no tratamento, o que reforça o conceito de 'uma única via respiratória, uma única doença';

- Sinusite;
- Conjuntivite;
- Polipose nasal;
- Otite média.

4. Complicações

A avaliação do impacto psicossocial das crianças e adolescentes com rinite alérgica não deve ser negligenciado. Distúrbios no sono e anormalidades craniofaciais são as complicações mais comuns. Porém, podem ser acompanhados de:

- Respiração oral e roncos que podem se agravar levando a um quadro de hipopnéia ou apnéia do sono;
- Problemas no aprendizado e na fala;
- Problemas sociais: interferência nas atividades recreativas, de socialização e *bullying*.

5. Diagnóstico

O diagnóstico da rinite alérgica na Atenção Primária é essencialmente clínico, baseado em:

- Anamnese com sintomas típicos alérgicos;
- Exame da cavidade nasal com lanterna, levantando a aba do nariz: resolve a maioria dos casos;
- As provas diagnósticas, como teste alérgico de leitura imediata ou IgE específica, ajudam no diagnóstico diferencial. A endoscopia nasal poderá ser realizada na avaliação de co-morbidades.

Figura 3 Roteiro para diagnóstico das Rinites

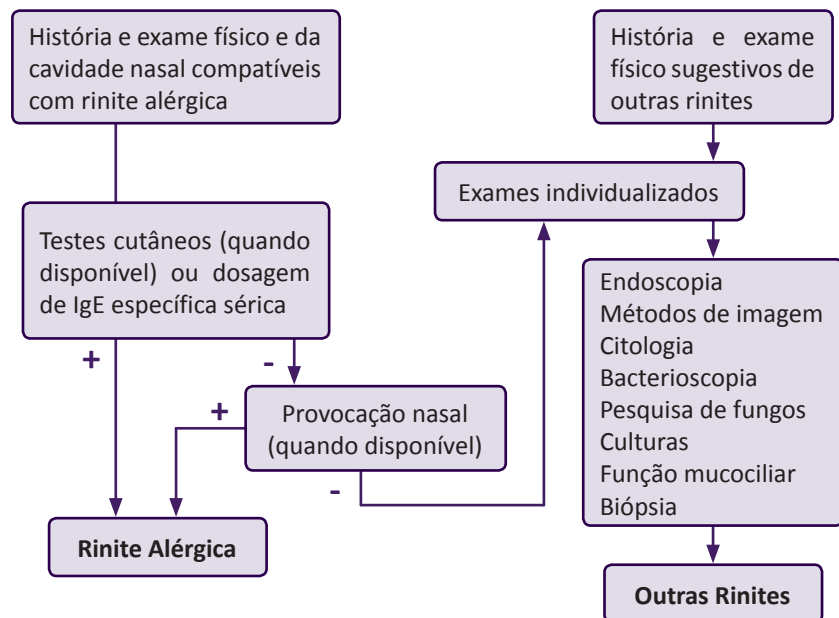


Tabela 2 Anamnese e achados clínicos que orientam para o diagnóstico da rinite alérgica

- Descrição dos sintomas;
- Valorizar a Congestão nasal;
- Relato de fatores desencadeantes e agravantes;
- História familiar de asma, rinite alérgica ou dermatite atópica;
- História social e características do ambiente domiciliar e do trabalho;
- História do uso de medicamentos (AAS, anti-inflamatórios não hormonais, drogas anti-hipertensivas, descongestionantes tópicos nasais);
- História de doenças ou condições associadas (hipotireoidismo, gravidez);
- Presença de comorbidades (rinosinusites, otite média, asma, conjuntivite, hipertrofia de adenóides, apnéia do sono);
- Estigmas atópicos (linha de Dennie-Morgan, sinal de Hertog, face de respirador oral, pitiríase Alba);
- Mucosa nasal hiperemiada/pálida;
- Hipertrofia de conchas nasais;
- Descarga mucóide ou rinorréia hialina;
- Adaptado de Weber, Allergic rhinitis. Prim Care Office Pract.2008;35:1-10.

6. Diagnóstico diferencial

Tabela 3 Diagnóstico diferencial baseado em testes complementares

Testes alérgicos positivos	Testes alérgicos negativos
Rinite alérgica	Rinite não alérgica
Persistente Intermitente Persistente com exacerbações	Infecção (rinosinusites virais, bacterianas) Alterações sistêmicas (imunodeficiências, hipotireoidismo, fibrose cística) Medicamentosa (agonistas α adrenérgicos: descongestionantes tópicos) RENA: rinite eosinofílica não alérgica

Tabela 4 Diagnóstico diferencial baseado na duração dos sintomas

Sintomas agudos	Sintomas crônicos
IVAS (viral/bacteriana)	Alergia respiratória
Corpo estranho	Infecções recorrentes/persistentes
Trauma	Alteração anatômica congênita/ desvio de septo/ outras doenças não alérgicas

7. Atribuições da equipe de saúde da família

7.1. Atribuições de toda a equipe de atenção à criança e adolescente (ESF e NASF)

- Reconhecimento e captação de toda criança e adolescente (0 a 19 anos) que:
 - Utiliza com frequência serviços de urgência para tratamento de crise de chiéira e/ou sinusites
 - Tenha história de internação prévia por pneumonia ou asma;
 - Tenha episódios frequentes de “sinusites”;
 - Tenha história de sinusites de repetição;
 - Tenha história de indicação ou realização de cirurgias de amígdalas ou adenóides;
 - Tenha história de roncos e dificuldade para respirar principalmente à noite, que baba no travesseiro ou tenha sintomas sugestivos de apnéia (pausa respiratória maior que 20 segundos, acompa-

- nhada de sintomas de sufocamento);
- Tenha história de sonolência excessiva diurna, acompanhada ou não de dificuldade no aprendizado escolar;
- Tenha história de atraso na aquisição de leitura fluente, troca de sílabas, deficit na concentração e raciocínio matemático;
- Tenha história de deficit auditivo ou colocação de tubos de ventilação nos ouvidos;
- Tenha história de dentes desalinhados, mordida cruzada;
- Tenha história de crises recidivantes de manchas e coceira pelo corpo, sugestivo de dermatite atópica.
- Orientação das mães sobre a Rinite Alérgica e sua associação com a Asma (medidas preventivas e tratamento) através de grupos operativos com estímulo para autocuidado e participação ativa da criança/adolescente e família;
- Propiciar atendimento compartilhado;
- Os profissionais da ESF devem ofertar o tratamento de cessação do tabagismo para os fumantes identificados na família.

7.2. Atribuições do enfermeiro

- Reconhecimento do paciente portador de rinite persistente, usuário do centro de saúde.
- Nas crianças e adolescentes com rinite persistente em uso de medicação nasal, verificar sempre a adesão ao tratamento e a técnica de uso (uso correto do espaçador/spray, com a boca fechada, no caso da medicação inalatória oral e a aplicação correta dos sprays nasais) em todas as visitas ao centro de saúde. Verificar também a técnica de uso do soro fisiológico para limpeza e umidificação nasal;
- Esclarecer sobre os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos tópicos nasais, tais como, efeitos locais eventuais que incluem sensação de queimação e irritação das narinas. Poderá ocorrer ressecamento da cavidade nasal.
- Orientar técnica correta de uso da medicação nasal
- Verificar com o responsável pela criança a maneira e a frequência da limpeza do espaçador (se usar);
- Orientar em toda a oportunidade sobre o controle ambiental.

- Prescrição do soro fisiológico com aplicação com seringas (5ml em cada narina) sempre que necessário;
- Orientar medidas de controle ambiental (ANEXO 1).
- Realizar grupos operativos de autocuidado.

7.3. Atribuições do médico generalista

- Acompanhar e monitorar clinicamente os pacientes com rinite de acordo com a classificação (Figura 2):
 - Rinite intermitente leve – consultas de 6 em 6 meses;
 - Rinite intermitente moderada-grave – consultas de 3 em 3 meses ou sob demanda;
 - Rinite persistente leve – consultas de 2 em 2 meses;
 - Rinite persistente moderada-grave – consultas de 1 em 1 mês.
- Orientar técnica de uso da medicação e reavaliar em toda consulta o controle aos agentes desencadeantes;
- O generalista deverá avaliar adesão adequada ao tratamento, uso correto do medicamento, avaliar abusos ou usos excessivos e até a suspensão do tratamento antes da avaliação médica;
- Discutir com o pediatra de apoio os casos duvidosos, de difícil controle, o diagnóstico diferencial e em todos os casos de resposta insatisfatória ao tratamento;
- Orientar medidas de controle ambiental (ANEXO 1);
- Realizar ou encaminhar grupos operativos de autocuidado.

7.4. Atribuições do médico pediatra

- Ser apoio para o médico generalista organizando na agenda espaços de discussão dos casos de diagnóstico duvidoso, crianças de difícil controle;
- Organizar na agenda atendimentos compartilhados com o médico generalista (atendimento em conjunto) para orientá-lo sobre anamnese, exame físico, conduta adequada;
- Estimular que a Equipe de Saúde de Família conheça seus pacientes que apresentem quadro de rinite ou sejam também asmáticos e os acompanhe de forma adequada;

- Dar treinamento para as equipes da unidade de saúde com base no Protocolo de Manejo da Rinite Alérgica;
- Participar de grupos operativos.

7.5. Atribuições do ACS

Visitas domiciliares às famílias de seu território com diagnóstico inicial de rinite ou asma persistente para conhecimento e orientação das condições ambientais do domicílio e fatores desencadeantes, além dos aspectos relativos à dinâmica familiar, nutrição e outros.

7.6. Atribuições do NASF

- Apoiar as Equipes de Saúde da Família no cuidado de crianças que se apresentem com quadro de rinite de difícil controle;
- Disponibilizar espaços de discussão dos casos de diagnóstico duvidoso e/ou crianças de difícil controle nas reuniões de equipe;
- Nos casos graves, organizar na agenda atendimentos compartilhados do fisioterapeuta ou farmacêutico com o médico generalista (atendimento em conjunto) para orientá-lo sobre condutas adequadas a partir do conhecimento técnico específico da fisioterapia, da fonoaudiologia, da assistência farmacêutica ou de outra categoria do NASF que se fizer necessária;
- Disponibilizar agenda do farmacêutico para orientação do uso correto de medicamentos e acompanhamento dos efeitos adversos que possam surgir;
- Contribuir nas orientações de controle ambiental dos casos atendidos;
- Participar de grupos educativos para crianças com rinite alérgica e suas famílias, independente da gravidade do caso, com foco no manejo da rinite.

7.7. Atribuições do gerente de centro de saúde

Organização do processo de trabalho no centro de saúde de modo a promover o apoio matricial do pediatra para com a equipe, especialmente o generalista.

8. Objetivos do tratamento da rinite associado ao tratamento da asma

- Reduzir o risco da doença e co-morbidades;
- Prevenir crises recorrentes de asma e minimizar a necessidade de visitas de emergência e hospitalização;
- Diminuir prejuízo na Qualidade de Vida;
- Prover um tratamento otimizado, com mínimos ou ausentes eventos adversos.

9. Manejo da rinite alérgica

9.1. Evitar os alérgenos - Controle ambiental

Diversos fatores ambientais são agentes importantes na precipitação e exacerbação de sintomas alérgicos respiratórios.

As medidas de controle ambiental são fundamentais para prevenção, controle dos sintomas de alergia respiratória e mesmo na redução do uso das medicações.

As principais medidas de controle ambiental estão destacadas no **anexo 1** no final deste documento.

9.2. Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso inclui o uso de anti-histamínicos (antiH1) sistêmicos e tópicos, descongestionantes sistêmicos, cromoglicato dissódico(cromona),corticóides tópicos nasal e antileucotrienos.

Os antiH1 são eficazes no controle do prurido, espirros e coriza, mas não são medicamentos de primeira linha para aliviar a congestão nasal. Os anti-histamínicos de primeira geração (hidroxizina, dexclorfeniramina, fenotiazina) atravessam a barreira hematoliquórica, causam sedação, e por isso não devem ser utilizados no tratamento da Rinite alérgica; os de segunda geração (loratadina, cetirizina, levocabastina, azelastina, epinastina, ebastina, fexofenadina, e outros) tem efeito mais prolongado, menor penetração no sistema nervoso central e mínimo efeito anticolinérgico. Os antiH1 de segun-

da geração são os preferenciais, pela relação mais favorável entre eficácia e segurança. Nas nutrizes, antiH1 de primeira escolha é a loratadina, aprovado como de uso compatível com a amamentação.

Os descongestionantes sistêmicos reduzem a congestão nasal pela ação alfa-adrenérgica; estão disponíveis em associação com anti-histamínicos e a pseudoefedrina é a droga mais freqüentemente usada. Os descongestionantes orais podem causar nervosismo, insônia, irritabilidade e palpitação. Os descongestionantes tópicos devem ser evitados pelo seu efeito rebote e risco de rinite medicamentosa, com piora da congestão nasal. Os antiH1 de uso tópico (azelastina e levocabastina) aliviam os sintomas dependentes da ação da histamina, mas não atuam sobre a obstrução nasal e podem ser usadas a partir dos 6 anos de idade.

A cromona disponível para o uso nasal tem ação antiinflamatória, é bem tolerada, tem perfil de segurança favorável devido a mínima absorção tóxica; os inconvenientes incluem a necessidade de no mínimo 4 aplicações ao dia, início lento do efeito (2 a 4 semanas), pouca atuação na congestão nasal, o que pode dificultar a aderência ao tratamento.

Os corticóides tópicos nasais são eficazes para o alívio de todos os sintomas da rinite alérgica. Os corticóides intranasais têm início de ação em trinta minutos e pico de várias horas com eficácia máxima notada após 2 a 4 semanas de uso. Do ponto de vista clínico, todas as formulações de corticóide tópico nasais disponíveis são eficazes, as diferenças são observadas quanto à potência tóxica e biodisponibilidade sistêmica, sujeitas a variações no metabolismo de inativação hepática de primeira passagem das diferentes formulações, o que implica em diferenças na razão de efeito terapêutico e sistêmico entre as drogas. Vide tabela 5.

Os efeitos colaterais locais incluem cefaléia, epistaxe, ressecamento da mucosa nasal e perfuração do septo, os quais podem ser minimizados com a orientação de evitar a aplicação direta no septo nasal. Alguns pacientes podem se queixar do gosto ou cheiro dos corticóides nasais. Neste caso, recomenda-se experimentar outra formulação/ droga de corticóide nasal.

O uso destas medicações em crianças pode gerar preocupação para com os efeitos colaterais, potencializados pelo uso prolongado e muitas vezes em associação ao corticóide por via inalatória para o tratamento de asma brônquica, em especial os efeitos sobre o crescimento linear. Todos os corticosteróides representam um risco para a supressão da função adrenal. Glaucoma e cataratas têm sido relatados em pacientes em uso de corticosteróides inalados ou nasal. Os pacientes com história familiar destas condições e/ou

aqueles relatarem qualquer mudança na visão devem ser cuidadosamente monitorizados. Naqueles casos que cursam com edema importante de mucosa, é válido considerar a associação com outros fármacos, principalmente associações de anti-histamínico/descongestionante oral, ou ainda, por no máximo cinco dias, de descongestionante tópico. Essas associações, por diminuírem a obstrução nasal, facilitam o sono e evitam o abandono do tratamento. Uma vez atingido o controle sintomático, recomenda-se reduzir a dosagem do corticoide nasal e retornar aos estágios iniciais do tratamento.

Os antileucotrienos cisteínicos atuam competindo com os leucotrienos (importantes mediadores inflamatórios da resposta alérgica) na ligação pelos receptores. Primeiramente foram lançados para uso na asma persistente, mas estudos comprovando sua eficácia superior ao placebo no controle de sintomas nasais e oculares de pacientes com rinite alérgica justificam seu uso, principalmente se associados aos anti-histamínicos H1.

Na mais recente revisão, a iniciativa ARIA recomenda o uso de antileucotrienos em pacientes que têm rinite alérgica associada à asma, em pré-escolares com rinite alérgica persistente, mas ressaltam a preferência no uso do anti-histamínico H1 oral sobre o antileucotrienos oral na rinite alérgica.

A higiene nasal é fundamental no tratamento da rinite e deve ser sempre incentivada. As soluções salinas podem aliviar a irritação tecidual, umedecer a mucosa e auxiliar na remoção das secreções. Com isso, proporcionam alívio temporário da obstrução nasal e melhoram o olfato.

Tabela 5 Formulações disponíveis de corticóide tópico nasais

Medicação	Idade	Biodisponibilidade sistêmica
Beclometasona	≥ 6 anos	40%
Budesonida	≥ 6 anos	21%
Ciclesonida	≥ 6 anos	0,1%
Fluticasona	≥ 2 anos	< 1%
Mometasona	≥ 2 anos	< 1%
Triancinolona	≥ 6 anos	ND

ND: não disponível

9.3. Imunoterapia específica

É indicada para pacientes não controlados com a farmacoterapia convencional, em pacientes que não desejam fazer uso de medicação contínua ou naqueles pacientes nos quais os possíveis efeitos colaterais indesejados possam ser potencializados. Também nos casos onde não é possível afastar o alérgeno. Deve ser realizada em pacientes comprovadamente sensibilizados através de testes cutâneos ou IgE específica, por profissionais capacitados (alergologistas) e em locais aptos a tratar eventuais reações sistêmicas.

9.4. Cirurgia

É indicada em pouquíssimos pacientes, sendo rara a indicação na faixa pediátrica.

10. Tratamento da asma e rinite concomitantes

- Algumas drogas são eficazes no tratamento de ambas as doenças: asma e rinite, como os glicocorticóides e antileucotrienos;
- Embora os antiH1 sejam mais eficientes para rinite, eles não são contra-indicados no tratamento do paciente com asma;
- O controle da rinite pode melhorar a asma coexistente;
- A segurança dos corticóides tópicos é bem estabelecida. Entretanto em altas doses pode produzir efeitos colaterais especialmente se forem administrados na forma nasal e brônquica concomitantemente;
- O tratamento precoce ou prevenção da rinite pode prevenir a ocorrência de asma ou gravidade dos sintomas brônquicos;
- Inalação nasal de corticóide para tratamento simplificado da asma e rinite alérgica.

A estratégia unificada de tratamento, ou seja, a inalação nasal de corticóide inalatório para o tratamento de rinite alérgica e asma, que consiste no uso do aerossol dosimetrado administrado através de inalação nasal, com auxílio de máscara facial acoplada a espaçador valvulado de grande volume, teve sua eficácia demonstrada em três ensaios clínicos recentes. Tais achados apon-

tam para a redução do custo e dos efeitos colaterais e para a melhora da adesão ao tratamento de pacientes com asma e rinite alérgica persistentes.

11. Aspectos da rinite alérgica na faixa etária pediátrica

- A Rinite alérgica faz parte da “marcha atópica” durante a infância. Embora sua prevalência esteja aumentando em escolares e pré-escolares, ela é pouco diagnosticada pelos profissionais de saúde. Esta situação concorre para a banalização da doença pela sociedade;
- Nos pacientes asmáticos, a rinite deve ser avaliada e tratada e nos pacientes com rinite, a asma deve ser afastada;
- Além de ser um fator de risco inegável para desenvolver asma, as crianças e adolescentes com Rinite alérgica podem sofrer consequências desastrosas após alguns anos de doença. As co-morbidades devem receber atenção adequada. Doenças associadas como asma, conjuntivites, rinosinusites, otites e síndrome da apnéia do sono (pior estágio do portador de respiração oral) podem levar ao prejuízo importante da qualidade de vida e necessitam intervenções precoces. Além disso, as crianças com rinite podem ter comprometimento cognitivo e desempenho escolar prejudicado, quando não tratadas adequadamente;
- Uma estratégia de assistência integral às crianças e adolescentes respiradores orais é o atendimento compartilhado com a participação da ESF, ESB, ACS e pediatra de apoio e profissionais do NASF que visa à identificação precoce de sinais e sintomas sistêmicos da rinite alérgica e construção de um plano terapêutico singular considerando todos os recursos da Rede SUS BH (Centro de Especialidades Odontológicas-CEO, Centro de Reabilitação (CREAB), Programa Saúde na Escola –PSE e outros).
- Testes cutâneos podem ser feito em qualquer idade e fornecer informações importantes;
- O tratamento da rinite melhora o controle da asma e melhora a qualidade de vida das crianças com asma e rinite alérgica;
- As bases do tratamento da criança são as mesmas do adulto, atenção deve ser dada aos efeitos colaterais;
- Medicação: a estratégia combinada deve ser utilizada para manejar doenças coexistentes das vias aéreas superiores e inferiores;

- As doses das medicações devem ser ajustadas e considerações especiais observadas. Poucas medicações foram testadas abaixo de dois anos;
- Corticoides orais devem ser evitados no tratamento da rinite em crianças, gestantes e pacientes com contraindicações conhecidas. Os corticoides intramusculares devem ser evitados em qualquer faixa etária;
- Os anti-histamínicos orais não devem ser usados em crianças pré-escolares com outras doenças alérgicas (dermatite atópica e/ou história familiar de asma ou alergia, com alto risco de desenvolver asma) para prevenção de asma ou chieira. Porém, esta recomendação não se aplica ao tratamento de outras condições alérgicas concomitantes (urticária, dermatite atópica, rinite);
- Os anti-histamínicos orais não devem ser usados no tratamento da asma como única forma de terapia (por exemplo, o uso do cetotifeno em crianças asmáticas leves a moderadas) devido ao seu efeito incerto nos sintomas da asma;
- Os descongestionantes nasais não podem ser usados por crianças pré-escolares;
- Os descongestionantes orais não devem ser usados regularmente por crianças e adultos. Ao contrário, podem ser benéficos quando usados como medicação de “resgate”, ou quando necessário, por tempo não superior a cinco dias;
- Em adultos e crianças com sintomas oculares importantes, as cromonas (cromoglicato dissódico) devem ser usadas como primeira opção devido a seu perfil de segurança e tolerabilidade.

12. Medicações disponíveis na rede SUS/BH

1. Loratadina comprimido de 10 mg e solução de 1 mg/ml.
 - Crianças maiores de 2 anos e < 30 kg: 5 mg/dia
 - Adolescentes maiores de 12 anos e > 30 kg: 10 mg/dia
2. Desloratadina xarope 0,5 mg/ml
 - 6 meses a 1 ano, 11 meses e 29 dias: 1 mg/dia
3. Beclometasona spray nasal aquoso: 50 mcg/ dose.
 - Crianças maiores de 6 anos e adolescentes: Dose 100 a 400 µg /dia.

- 1 a 2 doses /narina a cada 12 horas
- 1 dose/narina a cada 6 ou 8 horas

4. Budesonida suspensão nasal spray 50 µg /dose.

- Crianças maiores de 6 anos e adolescentes: Dose 64 a 400 µg /dia.
- Maiores de 6 anos: 32µg /narina 1 vez por dia até 100µg/narina de 12/12 horas
- Maiores de 12 anos:
 - 64µg/narina 1 vez por dia
 - 256µg /narina 1 vez por dia
 - 100µg /narina de 12/12 horas
 - 200µg /narina 1 vez ao dia

5. Mometasona spray nasal aquoso 50µg/dose.

- Crianças maiores de 2 anos até 5 anos, 11 meses e 29 dias.
Dose: 100µg por dia ou 50µg /narina 1 vez por dia.

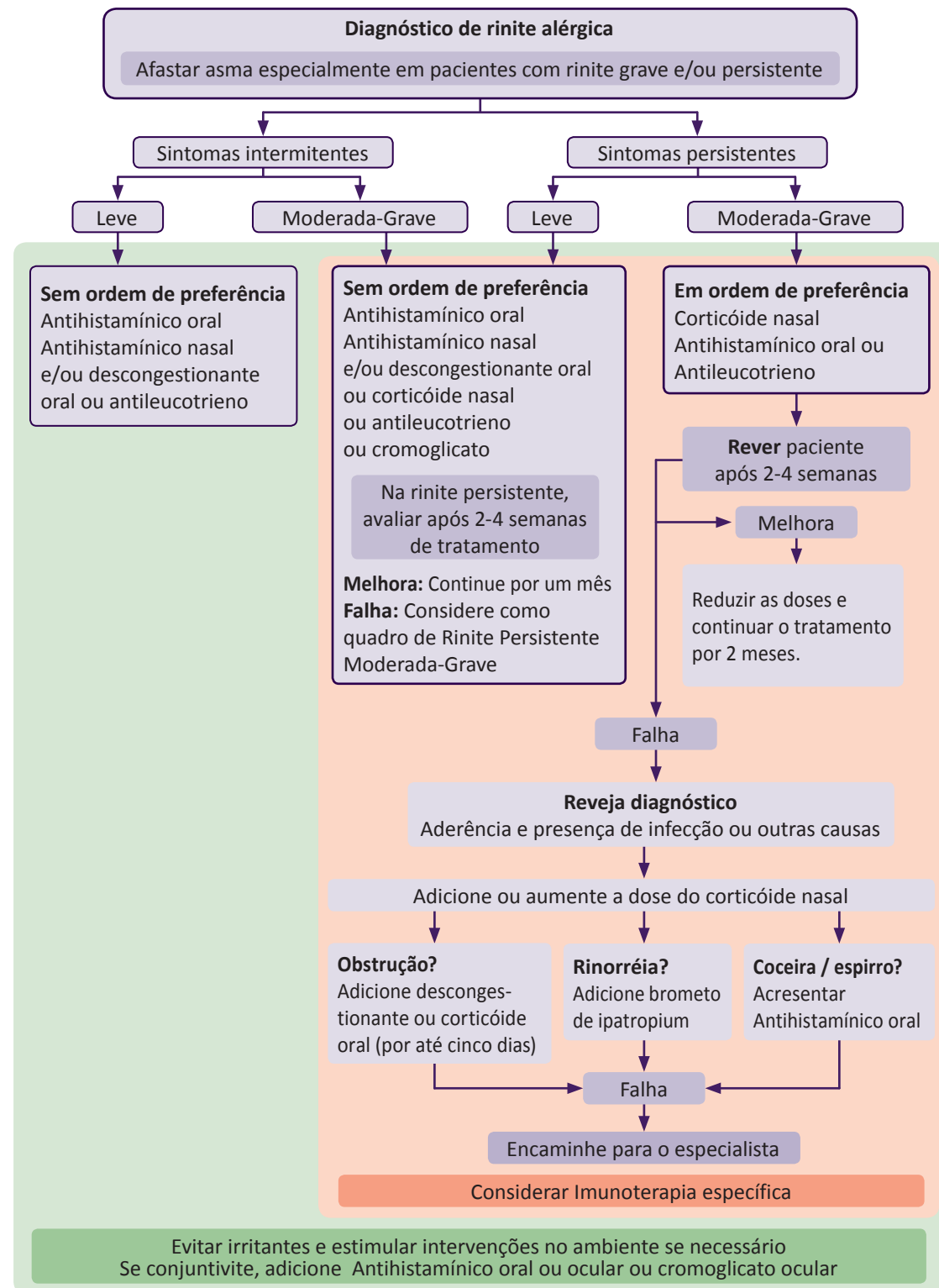
Obs: O efeito dos corticóides nasais, diferentemente daquele dos vasoconstritores nasais, não é imediato. Para obtenção do efeito terapêutico eficaz, necessita-se utilização contínua, até conseguir o efeito terapêutico máximo. Recomenda-se então, diminuir para a menor dose possível para controlar os sintomas, e uso em dias alternados. Deve-se tentar suspender a medicação, sempre que possível. Efeitos locais eventuais incluem sensação de queimação e irritação das narinas. Poderá ocorrer ressecamento da cavidade nasal. Em caso de infecção deverá ser instituída terapêutica adequada.

Técnica adequada para uso da medicação spray nasal:

- 1) Antes do uso, lave as narinas com solução fisiológica e assoe suavemente;
- 2) Agite o frasco e remova a tampa;
- 3) Segure o frasco na posição vertical, mantendo o polegar na sua base e colocando os dedos médio e indicador em torno do bico aplicador;
- 4) Se estiver usando pela primeira vez, dispare a válvula até que ocorra a liberação uniforme do medicamento;
- 5) Incline levemente a cabeça para baixo, como se estivesse lendo um livro;
- 6) Introduza a ponta do aplicador na narina, direcionando-a para a parede lateral (lado de fora)da narina e pressione para disparar o jato;

Tenha o cuidado de aplicar com a mão esquerda na narina direita. Depois, utilize a mão direita para aplicar na narina esquerda. Assim, o jato disparado não atingirá o septo nasal;

- 7) Repetir o procedimento na outra narina;
- 8) Limpe o aplicador e guarde tampado a fim de proteger o aplicador.



13. ANEXO 1 - Orientações relacionadas ao ambiente para crianças e adolescentes alérgicos

- As medidas de afastamento de alérgenos estão incluídas em todos os manuais de tratamento de pacientes com alergia respiratória, porém a aderência às mesmas ainda é precária, apesar das evidências de melhora dos sintomas dos pacientes que adotam medidas de afastamento de alérgenos aos quais são sensíveis;
- As mudanças no ambiente para a melhoria clínica de crianças e adolescentes com alergia deve considerar as suas condições e necessidades, bem como de suas famílias. Para um resultado satisfatório, as orientações devem ser abrangentes, porém gradativas, simples e singulares. Além das orientações para o domicílio, creches e escolas também devem ser envolvidas. Com a conscientização, o envolvimento da família e da comunidade, outras mudanças poderão ser incentivadas como parte de um amplo e contínuo processo educacional;
- A poeira domiciliar é composta por uma mistura de substâncias inertes e de matéria viva, como fibras de tecidos, poluentes, restos alimentares, ácaros, bactérias, descamação do epitélio humano, insetos, fragmentos excretas de animais domésticos, mofo e baratas. Proteínas alergênicas estão presentes na excreta e epitélio de animais com pelo, ácaros e insetos. As partículas de excretas de ácaros constituem a principal fonte de alérgenos domiciliares. Os ácaros se desenvolvem preferentemente em ambientes úmidos, alimentam-se de epitélio descamado, mofo e de restos alimentares. Ambientes com carpetes e estofados são propícios à proliferação de ácaros. Os alérgenos de animais domésticos provem do epitélio descamado, pelo e excretas;
- As baratas constituem uma importante fonte de alérgenos nos centros urbanos e a sensibilidade a elas está associada a risco de asma de maior gravidade;
- Os poluentes domiciliares (fumaça de cigarro) e extradomiciliares (partículas de diesel) atuam como potencializadores da alergia respiratória, além de precipitadores de sintomas. A inalação passiva de tabaco, especialmente em ambientes fechados (domicílio), representa principalmente para a criança, uma causa de desencadeamento ou piora de doença de doença respiratória. A inalação de fumaças, poluição, gases, aerossóis, perfumes e odores podem, em alguns casos, provocar asma e rinite.

As principais medidas a serem orientadas no ambiente são:

- Orientar sobre a importância de arejar o ambiente com a abertura das janelas da casa e entrada do sol por algumas horas em todos os cômodos da casa ou, pelo menos, no quarto de dormir;
- Procurar colocar a cama da criança alérgica no lugar mais arejado e quente evitando deixá-la encostada na parede, que é fria;
- Orientar quanto ao risco de crises em locais com mofo, como umidade em banheiros, cozinha e armários, e a importância de eliminação e controle do mofo;
- Orientar quanto à limpeza da casa, evitando levantar muito pó durante a limpeza, se possível utilizar pano úmido para a limpeza diária;
- Evitar uso de tapetes e carpetes no quarto da criança, evitando móveis e objetos desnecessários que possam juntar pó;
- Evitar acúmulo de objetos, brinquedos, caixas dentro do quarto. Sempre que possível, conservar roupas, livros e objetos dentro de armários fechados;
- Se possível evitar o uso de colchões ou bicamas debaixo da cama ou cama Box, para facilitar a limpeza e evitar o acúmulo de poeira;
- Orientar quanto ao uso de roupas e cobertores de lã: lavar cobertores e colchas a cada duas semanas ou recobrir com tecido de fácil lavagem, e colocá-los no sol sempre que possível, assim como colchões e travesseiros. As cortinas também devem ser lavadas frequentemente e de preferência usar cortinas de tecidos leves;
- Evitar, se possível, lugares empoeirados como porões e depósitos;
- Evitar uso de brinquedos de tecido, principalmente de pelúcia;
- Caso a criança seja comprovadamente alérgica a animais domésticos, faça o possível para mantê-los longe do quarto da criança;
- Evitar exposição aos cheiros fortes de perfumes, produtos de limpeza, principalmente em aerossóis;
- Se possível evitar deixar plantas dentro de casa;
- Manter a criança longe de fumantes e evitar o uso de cigarro dentro de casa;
- Procurar eliminar baratas e outros insetos: a inspeção frequente é o primeiro passo para o extermínio de baratas, associado aos métodos de limpeza e redução do acesso aos restos de comida. Evitar uso de produtos químicos ou venenos para eliminação de insetos;
- Orientar sobre o uso de condicionadores de ar e aparelhos umidi-

ficadores que podem gerar fungos para o ambiente. O uso desses aparelhos deve ser restrito e a manutenção dos mesmos não deve ser esquecida.

14. Bibliografia

1. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen). *Allergy* 2008;63(Suppl. 86):8e160.
2. II Consenso Brasileiro sobre Rinites. *Rev Bras Alerg Immunopatol.* 2006;29(1):29-59
3. Wallace DV; Dykewicz MS; Bernstein DI; Blessing-Moore J; Cox L; Khan DA; Lang DM; Nicklas RA; Oppenheimer J; Portnoy JM; Randolph CC; Schuller D; Spector SL; Tilles SA. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol* 2008 Aug; Vol. 122 (2 Suppl), pp. S1-84.
4. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet.* 2006;368(9537):733-43. Erratum in: *Lancet.* 2007;370(9593):1128.
5. Solé D, Wandalsen GF, Camelo-Nunes IC, Naspitz CK; ISAAC - Brazilian Group. Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and atopic eczema among Brazilian children and adolescents identified by the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) - Phase 3. *J Pediatr (Rio J).* 2006;82(5):341-6.
6. Casale TB, Blaiss MS, Gelfand E, et al. First do no harm: managing antihistamine impairment in patients with allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2003;111:S835-S842
7. Camargos PA, Rodrigues ME, Lasmar LM. Simultaneous treatment of asthma and allergic rhinitis. *Pediatr Pulmonol* 2004;38:186e92.
8. Camargos PAM, Ibiapina CC, Lasmar LMBF, Cruz AA. Obtaining concomitant control of allergic rhinitis and asthma with a nasally inhaled corticosteroid. *Allergy* 2007;62:310e6.
9. Ribeiro de Andrade CI, et al., Unified disease, unified management: Treating allergic rhinitis and asthma with nasally inhaled corticosteroid, *Respiratory Medicine* (2010), doi:10.1016/j.rmed.2010.06.021
10. Pedersen W, Hjuler I, Dahl R, Mygind N. Nasal inhalation of budesonide from a spacer in children with perennial rhinitis and asthma. *Allergy* 1998;53:383e7.
11. Settipane RA, Charnock DR Epidemiology of rhinitis: allergic and nonallergic. *Clin Allergy Immunol* 2007; 19:23-34.
11. Danielsson J, Jessen M. The natural course of allergic rhinitis during 12 years of follow-up. *Allergy* 1997; 52:331-4.
13. Halpern MT, Schmier JK, Richner R, Guo C, Togias A. Allergic rhinitis: a potential cause of increased asthma medication use, costs, and morbidity. *J Asthma* 2004; 41:117-26.
14. Berger WE. Allergic rhinitis in children : diagnosis and management strategies. *Paediatr Drugs* 2004; 6:233-50.
15. Crystal-Peters J, Neslusan C, Crown WH, Torres A. Treating allergic rhinitis in patients with comorbid asthma: the risk of asthma-related hospitalizations and emergency department visits. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 109:57-62.
16. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias. 2ª edição- Série a Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde- Brasília 2010
17. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2010 revision. Geneva: World Health Organization (WHO); 2010 Dec 23. 153 p.
18. American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology (AAAAI) consultation and referral guidelines citing the evidence on how allergist/immunologist can help can be found at AAAAI or at National Guideline Clearinghouse 2012 Jun 11:35922, previous version can be found in *J Allergy Clin Immunol* 2006 Feb;117(2 Suppl Consultation):S495



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

www.pbh.gov.br