

RINITE ALÉRGICA: COMO DIAGNOSTICAR, COMO TRATAR: REVISÃO DE LITERATURA

ALLERGIC RHINITIS: HOW TO DIAGNOSE, HOW TO TREAT:
LITERATURE REVIEW

DÉBORA CRISTIANE ALVES LACERDA^{1*}, TATILIANA BACELAR KASHIWABARA²

1. Graduada no curso de Medicina pelo Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES/ Univaço; 2. Alergia & Imunologia, Dermatologia/ DIP, Médica do trabalho/ortomolecular/ Trânsito, Nutrologia/ Pediatria, Coordenadora do RespirAR - Ipatinga M.G./ Supervisora. do Programa Mais Médicos, Revisora Técnica-pedagógica de Itens para o Revalida/ Avaliadora da CNRM/ SESU/ MEC, Profª de Alergia e Imunologia a nível de Pós Graduação – FUNORTE, Professora de Pediatria - IMES/ Ipatinga - M.G, Mestre em Saúde, Meio Ambiente, Doutora em Gestão pela UTAD.

*Rua Cascalho Rico, 530, São José, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35501-232. medicinadebora@hotmail.com

Recebido em 14/10/2016. Aceito para publicação em 10/01/2017

RESUMO

A prevalência da rinite alérgica vem aumentando nas últimas décadas, tornando-se a quinta doença crônica mais comum no mundo entre as doenças respiratórias crônicas. A rinite alérgica representa um grande problema, tanto no nível de saúde pública, quanto para os indivíduos acometidos, comprometendo a qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi o de descrever critérios atuais para diagnosticar e tratar a rinite alérgica. Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura e os procedimentos foram realizados através de busca eletrônica de artigos indexados em bases de dados (SCIELO, LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e do portal Google Acadêmico. A amostra compreende artigos publicados entre 2005 e 2015. O nariz externo e as cavidades nasais compõem o nariz que sofre influências ambientais, levando a instalação das rinites. O diagnóstico é clínico e o tratamento correto compreende abordagem educativa, controle ambiental, imunoterapia e farmacoterapia. O objetivo do tratamento é aliviar os sintomas e remover os incômodos para melhorar a qualidade de vida. A rinite não tem cura, mas pode interferir na qualidade de vida do paciente. Existe tratamento e controle, quando o diagnóstico for realizado adequadamente. Isto significa identificação correta da gravidade da doença e uma abordagem diagnóstico-terapêutica ampla e eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: Rinite alérgica, alérgenos, qualidade de vida.

ABSTRACT

The prevalence of allergic rhinitis has been increasing in recent decades, making it the fifth most common chronic disease in the world among chronic respiratory diseases. Allergic rhinitis represents a major problem, both at the level of public health, and for the affected individuals, compromising the quality of life. The purpose of this study was to describe current criteria for diagnosing and treating allergic rhinitis. This is a review of the literature and the procedures were performed through electronic search of articles indexed in databases (SCIELO, LILACS -

Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences) and the Google Scholar portal. The sample includes articles published between 2005 and 2015. The external nose and nasal cavities make up the nose that undergoes environmental influences, leading to the installation of rhinitis. The diagnosis is clinical and the correct treatment includes educational approach, environmental control, immunotherapy and pharmacotherapy. The goal of treatment is to relieve the symptoms and remove the discomforts to improve the quality of life. Rhinitis has no cure but can interfere with the patient's quality of life. Treatment and control are available when the diagnosis is made properly. This means correct identification of disease severity and a broad and effective diagnostic-therapeutic approach.

KEYWORDS: Allergic rhinitis, allergens, quality of life.

1. INTRODUÇÃO

A Rinite Alérgica (RA) é definida como a inflamação da mucosa de revestimento nasal, mediada por IgE, após exposição à alérgenos e caracteriza-se por obstrução nasal, rinorreia aquosa, espirros e prurido nasal que podem comprometer a qualidade de vida dos pacientes, seu desempenho, aprendizado e produtividade^{1,2,3}.

De acordo com o guia *Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma* (ARIA, 2008)⁴ e a Organização Mundial da Saúde (OMS), sua classificação deve levar em consideração a duração dos sintomas (intermitente ou persistente) e a gravidade, incluindo aspectos da qualidade de vida do paciente¹.

O diagnóstico da RA é primariamente clínico. Fundamenta-se em uma história clínica individual e familiar e exame físico. Provas diagnósticas como testes alérgicos de leitura imediata ou IgE específica só devem ser solicitados quando o paciente não responde ao tratamento ou para diagnóstico diferencial⁵.

O tratamento da RA ocorre principalmente através de anti-histamínicos, descongestionantes nasais, modificadores de leucotrienos, cromoglicato nasal, corticosteróides intranasais, imunoterapia e controle ambiental⁶.

A prevalência da RA é diferente entre todos os países, oscilando em torno de 5% a 40%⁷. Nos Estados Unidos, acomete entre 10-30% dos adultos e aproximadamente 40% das crianças sofrem desta doença^{8,9}. Na Europa, a prevalência da RA é de 21% em adultos¹⁰. No Brasil, estudos indicam que a prevalência média de sintomas da rinite alérgica é de 29,6% entre adolescentes e 25,7% entre escolares¹¹. Trata-se de um problema de saúde pública global e a sua prevalência vem aumentando no mundo todo, tornando-se a quinta doença crônica mais comum nos Estados Unidos⁹.

A RA é um fator de risco para a asma. A maioria dos pacientes com asma apresenta também RA e obstrução nasal crônica. Por meio do diagnóstico precoce e tratamento adequado dos pacientes com rinite é possível melhorar a sua qualidade de vida e evitar complicações secundárias.

As questões deste estudo têm por base as seguintes questões problemas: Quais são as formas de tratamento mais adequadas para a rinite alérgica? A rinite alérgica tem cura? Quais as consequências do diagnóstico e tratamento incorretos da rinite alérgica?

O objetivo geral deste estudo é descrever critérios atuais para diagnosticar e tratar a rinite alérgica. Para tanto, farão parte do contexto a indicação dos principais alérgenos causadores de rinite alérgica, condutas terapêuticas que visam melhorar a qualidade de vida destes pacientes, profilaxia adequada e tratamento.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura. Os procedimentos foram realizados por meio de busca eletrônica de artigos indexados em bases de dados (SCIELO, LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), além do portal Google Acadêmico também utilizado como meio de busca de artigos específicos. Para a busca foram inicialmente utilizadas as seguintes palavras-chaves: rinite alérgica; tratamento rinite; diagnóstico rinite, entre outros. A amostra compreende as publicações de artigos indexados em periódicos, selecionados a partir de uma leitura prévia dos resumos anexados, com os seguintes critérios de inclusão: veículo de publicação - periódicos indexados, uma vez que são órgãos de maior divulgação e de fácil acesso para os pesquisadores; idioma de publicação – artigos publicados na íntegra na língua portuguesa e inglesa; ano de publicação – foram selecionados artigos publicados entre 2005 e 2015, totalizando, portanto, um período de 10 anos; modalidade de produção científica – incluídos trabalhos originais relacionados à alergia, imunologia, otorrinolaringologia e pediatria.

3. DESENVOLVIMENTO

Anatomia básica do nariz

O nariz externo e as cavidades nasais compõem o nariz que sofre influências ambientais, favorecendo a instalação das rinites. Conhecer a estrutura nasal e seu funcionamento é importante para diagnóstico e tratamento das rinopatias. A cavidade nasal é dividida em duas partes pelo septo nasal. Cada uma dispõe de um orifício anterior que é a narina e um posterior denominado coana. As coanas realizam a comunicação da cavidade nasal com a faringe. Os cornetos superiores, médios e inferiores em cada narina são responsáveis pela filtração e regulação da umidade e da temperatura do ar que entra nas vias aéreas nasais. Um epitélio pseudoestratificado colunar ciliado cobre a cavidade nasal e os cornetos. Esse epitélio é recoberto por uma camada fina de muco com partículas a serem depuradas e que se move através da ação dos cílios de modo contínuo. As infecções das vias aéreas levam até alterações importantes do clearance mucociliar, prejudicando o mecanismo de depuração que constitui um recurso necessário de defesa da cavidade nasal em relação à entrada de partículas procedentes do meio externo¹².

Definição e prevalência

A RA caracteriza-se por uma inflamação da mucosa de revestimento nasal induzida por alérgenos específicos através de reações de hipersensibilidade mediadas por IgE (imunoglobulina E). Acompanha-se por 4 sintomas principais: rinorreia aquosa, obstrução nasal, espirros e prurido nasal^{8,9, 13,14,15}.

Embora os sintomas característicos da rinite alérgica sejam espirros, coriza, prurido e congestão nasal, outros sintomas, por exemplo, pigarro, cefaléia, dor facial, otalgia, prurido no palato, ronco e distúrbios do sono também podem estar presentes. Geralmente estes sintomas ocorrem durante dois ou mais dias consecutivos, por mais de 1 hora, em quase todos os dias^{13,14,16,17}.

A RA causa doença grave e incapacidade. Pacientes de todos os países, todas as etnias e de todas as idades sofrem de rinite alérgica. Afeta a vida social, o sono, a escola e o trabalho^{1,13,14,18}.

A prevalência da RA varia de um país ao outro entre 5% a 40%⁷. Nos Estados Unidos, cerca de 40% das crianças apresentam rinite alérgica^{8,9}. Na Europa, a prevalência de sintomas de rinite foi de 21% em adultos verificada por meio do questionário *European Community Respiratory Health Survey*¹⁰. No Brasil, através da aplicação em 2002-2003 do questionário *International Study on Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)* terceira fase, pode-se verificar que a prevalência média de sintomas da rinite alérgica foi 29,6% entre adolescentes e 25,7% entre escolares¹¹. A RA constitui um problema de saúde pública global e a sua prevalência vem aumentando nas últimas décadas no mundo todo, tornando-se a quinta doença

crônica mais comum nos Estados Unidos⁹.

Manifestações clínicas e comorbidades associadas

As principais manifestações clínicas da rinite alérgica são: rinorreia, obstrução e prurido nasal, espirros, e por vezes, anosmia. São sintomas reversíveis de forma espontânea ou após tratamento. Porém, o impacto na qualidade de vida é grande, interferindo de forma significativa nas atividades diárias, contribuindo para a redução do rendimento escolar e falta ao trabalho, prejudicando o sono e agravando a asma^{19,20,21}.

Os estudos têm mostrado maiores gastos nos pacientes asmáticos com rinite se comparados àqueles apenas com asma^{5,22}.

As comorbidades associadas a RA são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Comorbidades/ complicações da rinite alérgica.

Asma brônquica
Conjuntivite
Sinusite
Polipose nasal
Otite média
Faringite/laringite

Fonte: Rodrigues; Santis; Arrobas (2009, p. 892)²³.

Classificação e patogênese

De acordo com a *Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma* (ARIA) a classificação da RA, na atualidade, tem por base a duração da doença, a gravidade dos sintomas e o seu impacto sobre a qualidade de vida do paciente^{13,14,24}.

A classificação com base na duração acontece de duas formas: 1) intermitente – quando os sintomas estão presentes menos de 4 dias por semana ou menos de 4 semanas; 2) persistente – quando os sintomas estão presentes, pelo menos 4 dias por semana e têm durabilidade de pelo menos 4 semanas (Quadro 2).

A classificação com base na gravidade da doença pode ser leve, moderada e grave. A leve, ocorre quando nenhum dos itens constantes de moderada a grave estão presentes. De moderada a grave, pelo menos um dos seguintes sintomas deve estar presente: perturbação do sono; comprometimento das atividades diárias, lazer e/ou esportivas; dificuldades na escola e/ou o trabalho e sintomas incômodos (Quadro 2)¹⁸.

A patogênese da RA varia conforme a etiologia do processo. Na rinite alérgica que apresenta um caráter genético importante, inicia-se em qualquer faixa etária, porém é mais comum em crianças e adolescentes¹⁸.

Estudos transversais observacionais em rinite descobriram que gravidade (leve-moderada a grave) e persistência (intermitente/ persistente) são componentes separados e independentes. Estudos realizados em adultos e crianças com rinite moderada a grave mostraram comprometimento semelhante na qualidade de vida²⁵.

Quadro 2. Classificação da rinite alérgica proposta pelo ARIA

Duração	Intermitente < 4 dias por semana ou < 4 semanas	Persistente ≥ 4 dias por semana ou ≥ 4 semanas
Gravidade	Leve Sono normal Atividades diárias, lazer e/ou esportivas normais; Atividades normais na escola e/ou no trabalho; Sem sintomas incômodos	De moderada a grave Perturbação do sono; Comprometimento das atividades diárias, lazer e/ou esportivas; Dificuldades na escola e/ou no trabalho; Sintomas incômodos

Fonte: Adaptado de Geller; Scheinberg (2015, p. 76)¹⁸.

Fatores de Risco

A RA pode ter origem na exposição aos aeroalérgenos, na inalação de irritantes (por exemplo: gás de cozinha e fumaça de cigarro), na inalação de ar frio e seco e na ingestão de anti-inflamatórios não hormonais, em indivíduos com predisposição³.

Quadro 3. Fatores desencadeantes da rinite

AEROALÉRGENOS	
Ácaros da Poeira	<i>Dermatophagoides pteronyssinus</i> , <i>Dermatophagoides farinae</i> e a <i>Blo- mia tropicalis</i> .
Fungos	<i>Cladosporium sp</i> , <i>Aspergillus sp</i> , <i>Al- ternaria sp</i> e <i>Penicillium notatum sp</i>
Baratas	<i>Blatella germânica</i> e a <i>Periplaneta americana</i>
Animais	Gato, cão, cavalo, hamster
Polens	Gramíneas
Ocupacionais	Trigo, poeira de madeira, detergen- tes, látex.
IRRITANTES E POLUENTES	
Intradomiciliares	Fumaça de cigarro, poluentes ambi- entais.
Extradomiciliares	Ozônio, óxidos do nitrogênio e dió- xido de enxofre.

Fonte: Solé, Sakano (2012, p. 13)³.

Dentre os aeroalérgenos, os mais comuns no Brasil são os ácaros da poeira. Os fungos são importantes e geralmente se proliferam quando há umidade excessiva do ambiente. As espécies mais comuns no Brasil são: *Cladosporium sp*, *Aspergillus sp*, *Alternaria sp* e *Penicillium notatum*. Outros aeroalérgenos são os pólenes de gramíneas, baratas, gatos, cães, cavalos, poeira de madeira, trigo, detergente e látex. Os principais irritantes da mucosa respiratória são a exposição ao fumo e a poluição ambiental. O tabaco, além de comprometer o batimento ciliar do epitélio nasal, ele induz inflamação nasal eosinofílica em fumantes não passivos, sejam em adultos, crianças e/ou adolescentes. Os poluentes ambientais, como o ozônio, óxidos de nitrogênio e dióxido de enxofre também podem

desencadear e agravar a RA (Quadro 3)³.

Outros fatores de risco propostos são: a predisposição genética para desenvolver doenças alérgicas, sexo masculino; nascimento durante primavera, uso precoce de antibióticos, dentre outros²⁷.

Todas as pessoas com rinite podem apresentar uma resposta grave a estímulos físicos ou químicos não especificados. Os anti-inflamatórios não hormonais (AINH), com destaque para o ácido acetilsalicílico, podem desencadear ou agravar rinite alérgica e asma, especialmente em adultos³.

Quadro Clínico

A RA pode ocorrer em qualquer idade e a maioria das pessoas desenvolvem os sintomas na infância ou na idade adulta. Porém, a gravidade dos sintomas da doença é variável (ausente a grave) no decorrer da vida²⁷.

O quadro clínico da RA (Quadro 4) é caracterizado por sintomas como os espirros em salva, coriza hialina abundante, congestão nasal e prurido intenso. Geralmente se acompanha de prurido e de lacrimejamento ocular, além de hiperemia conjuntival e lacrimejamento, fotofobia e dor local. Menos frequentemente podemos encontrar prurido no palato e faringe, respiração bucal crônica, descarga pós-nasal e redução do olfato³.

Quadro 4. Características Clínicas das Rinites.

Secretores	Obstruídos
Espirros	Espirros esporádicos
Coriza hialina	Secreção catarral
Rinorreia anterior e posterior	Rinorreia posterior
Prurido nasal	Sem prurido
Obstrução nasal variável	Obstrução nasal severa
Piora pela manhã	Piora à noite
Associada à conjuntivite (frequentemente)	

Fonte: Adaptado de Bousquet *et al.* (2007)²⁸.

Diagnóstico

O diagnóstico da RA baseia-se na presença dos sintomas, no exame físico, na história clínica do paciente, e em alguns casos, em exames complementares. Na anamnese, investigar sobre início, duração e intensidade dos sintomas, fatores desencadeantes ou irritantes, tratamentos realizados, frequência de uso de medicamentos (quais), além dos efeitos adversos. No exame físico, procura-se pela linha de Dennie-Morgan (prega em pálpebras inferiores secundárias ao edema), sulco ou prega nasal transversa^{3,27,29}.

Na história clínica, o paciente refere-se a presença de espirros, prurido nasal, rinorreia, obstrução nasal, prurido no palato, associados ou isolados. Também podem existir sintomas oculares (prurido), prurido de orofaringe e de conduto auditivo, sintomas e sinais de dermatite atópica e de asma associados²⁹. Santos *et al.* (2015)²⁷ também salientam que a anamnese bem realizada é muito importante, investigando os fatores desencadeantes, sua evolução, sintomas, história familiar e fatores ambientais.

Outras doenças alérgicas relacionadas à atopia devem ser investigadas, como asma, conjuntivite alérgica e eczema atópico, avaliar traumatismos e intervenções cirúrgicas nasais, bem como pesquisar complicações que podem acompanhar a rinite alérgica, como sinusites e otites de repetição^{27,29}.

Os médicos devem adaptar as recomendações da ARIA para diagnosticar pacientes que vivem em ambientes diferentes, pois cada paciente apresenta uma composição genética distinta, conseqüentemente, respondem também à terapêutica de forma diferente²⁵.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial de RA (Quadro 5) pode ser resumido nas principais doenças e seguintes condições: rinite crônica não alérgica; rinite infecciosa, polipose nasossinusal, desvio de septo, hiperplasia adenoideana, corpo estranho nasal, atresia coanal, tumores, discinesia ciliar, rinorreia cerebrospinal^{14,24}.

Quadro 5. Diagnóstico diferencial das rinites.

Rinite alérgica	Rinite ocupacional
Rinite infecciosa (viral ou bacteriana)	Rinite alimentar
Rinite irritativa	Rinite emocional
Síndrome eosinofílica não alérgica	Rinite por refluxo gastroesofágico
Rinite medicamentosa (vasoconstritores tópicos nasais e cocaína)	Pólipos
Rinite do idoso	Fatores mecânicos (desvio septal, hipertrofia adenoideana, corpo estranho, atresia coanal)
Rinite induzida por drogas (aspirina, betabloqueadores e outras)	Tumores benignos e malignos
Rinite hormonal (ciclo menstrual, puberdade, gestação e tirepide)	Granulomas nasais
Rinite gustativa	Disfunção ciliar
Rinite idiopática	Fístula líquórica

Fonte: Mello Junior; Mion; Rocha (2008. p. 936)³⁰

Citologia da mucosa nasal

A citologia é um exame que confirma o diagnóstico do paciente com suspeita clínica de RA, sendo o material colhido da mucosa nasal. A presença de eosinófilos em quantidades altas na lâmina obtida de esfregaço de material nasal permite o diagnóstico de RA. Por outro lado, a presença de células inflamatórias, como neutrófilos, significa infecção bacteriana, que pode agravar o quadro²⁴.

Rinoscopia

A visão direta da mucosa nasal, denominada rinoscopia, permite a visualização do estado da mucosa nasal e dos cornetos nasais edemaciados com a mucosa de coloração pálida e secreção nasal mucoide, confirmando o diagnóstico e avaliando o grau de lesão causado pela alergia²⁴.

Testes cutâneos e avaliação dos níveis séricos

Os testes cutâneos com os diversos alérgenos permitem selecionar e esclarecer qual é o agente causador da

alergia, possibilitando a confecção das vacinas que protegem o paciente. A avaliação sérica de imunoglobulina E – IgE no plasma, contagem de eosinófilos no sangue periférico, dosagem dos níveis de estrogênios servem para indicar a causa da rinite alérgica^{3,29}.

Os testes cutâneos de hipersensibilidade imediata (TCHI) e a avaliação dos níveis séricos de IgE alérgeno-específica são exames importantes que reforçam o diagnóstico. Os TCHI, por serem altamente sensíveis e específicos, são os testes mais utilizados para o diagnóstico da rinite alérgica, pois eles determinam a presença de sensibilização alérgica e norteiam a terapêutica, se positivo, a rinopatia está confirmada. Já a dosagem de IgE total tem valor restrito, pois podem alterar na presença de parasitoses e outras patologias. A alergia é improvável se a IgE total é baixa. O teste de provocação nasal é muito útil no diagnóstico se os testes acima forem negativos e há suspeita diagnóstica forte, porém, este teste não é muito utilizado na prática clínica. Outros exames que auxiliam na investigação etiológica das rinites são: endoscopia, citologia, bacterioscopia, pesquisa de fungos, culturas, função mucociliar e biópsias^{3,29}.

Tratamento

Na RA em indivíduos com predisposição genética, ocorre a produção de imunoglobulina da classe E (IgE) para alguns antígenos. A interação entre anticorpos (ligados a mastócitos) e os antígenos ocasiona a liberação de vários mediadores (histamina, leucotrienos etc.) que atuando em receptores desencadeiam os sintomas^{19,31,32}.

A respiração nasal funciona em um ciclo, enquanto uma das cavidades nasais tem maior resistência à passagem de ar (obstrução) a outra permanece desobstruída. Os estímulos responsáveis pela vasodilatação acarretam, também, aumento da secreção glandular e estímulo ao batimento ciliar. Com uma periodicidade de algumas horas (2 a 6) ocorre uma inversão de atividades: a que apresentava-se obstruída passa a receber estímulos vasoconstritores e vice-versa. Este é um ciclo controlado pelo sistema nervoso autônomo (S.N.A.), que se torna alterado nos quadros de rinite. Os pacientes apresentam localmente uma hiporreatividade simpática e hiperreatividade parasimpática, consequentemente apresentando sintomas por estímulos inespecíficos (mudança de temperatura, umidade relativa do ar, etc)³¹.

Assim, por apresentarem simultaneamente hiperreatividade local a agentes específicos e inespecíficos, o médico deve identificar a relevância de cada um dos mecanismos na gênese dos sintomas, levando-se em conta ao escolher o medicamento, pois caso predomine o mediado por IgE, a resposta aos anti-histamínicos e cromonas, por exemplo, será melhor que naqueles onde a hiperreatividade do S.N.A. é mais importante (Figura 1).

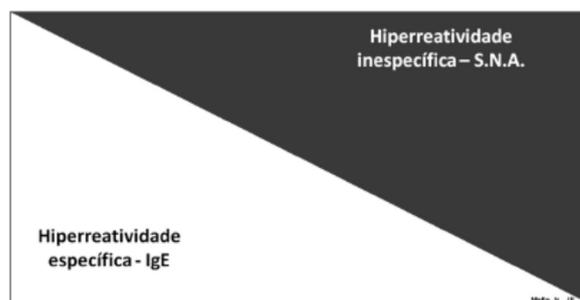


Figura 1. Relevância dos mecanismos alérgico e do sistema nervoso autônomo (S.N.A.) na gênese dos sintomas de pacientes com rinite alérgica. **Fonte:** Mello Junior (2008, p. 1)³¹

O tratamento da RA combina a farmacoterapia com a imunoterapia e a profilaxia ambiental. Tem como objetivos promover, prevenir e aliviar os sintomas de forma adequada para a melhoria contínua da qualidade de vida do paciente. O tratamento a ser instituído depende da classificação da rinite. O tratamento deve incluir uma abordagem educacional ampla dirigida ao paciente para que possa compreender desde os cuidados ambientais com alérgenos até a aderência aos tratamentos não medicamentoso e medicamentoso^{24,27,29}.

Medidas não-medicamentosas

Controle ambiental

A estratégia não-medicamentosa refere-se ao controle dos fatores ambientais, que tem por finalidade evitar o contato com os alérgenos. As medidas de controle ambiental podem ser: combate ao mofo e à umidade; manter ambientes ventilados; evitar bichos de pelúcia e animais de pelo e pena. A remoção ou a prevenção do contato com alérgenos é sempre recomendada (Quadro 6)^{26,33,34}.

Ratificando Blaiss (2010)³⁵; Santos *et al.*, (2015)²⁷ relatam que o controle ambiental é base para prevenção, controle dos sintomas de RA e redução do uso das medicações. As recomendações sobre arejar o ambiente abrindo as janelas; limpar a casa com pano umedecido; evitar locais próximos a construções, porões ou depósitos; não se expor a cheiros fortes; evitar brinquedos de tecido ou pelúcia são ações eficazes, pois reduzem a exposição a alérgenos.

Reitera Campos (2014)³⁶ que, a higiene ambiental é uma das medidas mais importantes no controle da RA, enfatizando que afastar o paciente dos alérgenos do dia a dia não é fácil. Em casa, “*devem-se evitar móveis estofados revestidos com material que permita o acúmulo de poeira, animais domésticos, produtos de limpeza com cheiro forte, perfumes, fumaça de tabaco e irritantes respiratórios*” (p.102).

Medidas Medicamentosas

O objetivo da terapêutica farmacológica da RA é promover a prevenção efetiva ou o alívio dos sintomas. As principais classes utilizadas são: anti-histamínicos orais, anti-histamínicos tópicos nasais, corticosteroides tópicos

intranasais, corticosteroides orais, corticosteroides injetáveis, antileucotrienos, anticolinérgicos tópicos nasais, descongestionantes nasais e orais^{32,36,37}.

Anti-histamínicos

Os anti-histamínicos (anti-H1) de primeira geração têm como efeito adverso fadiga e sonolência em 10% a 25% dos pacientes, e diminuem a capacidade de realização das tarefas que exigem habilidade motora. Nas crianças, alguns estudos revelam que sua utilização pode prejudicar o aproveitamento escolar (Quadro 7). Possuem alguns efeitos anticolinérgicos (hidroxizina, dexclorfeniramina), como boca seca, retenção urinária, constipação e taquicardia^{9,27,33,34,38}.

Quadro 7. Anti-histamínico de primeira geração (clássicos).

Nome	Apresentação	Posologia	
		Crianças	Adulto e crianças >12 anos
Cetotifeno	Xarope: 0,2mg/mL Solução oral: 1mg/mL Comprimidos: 1mg	6 meses a 3 anos: 0,05mg/kg 2x ao dia > 3 anos: 5mL 2x ao dia	1 cápsula a cada 12 horas
Clemastina	Xarope: 0,05mg/mL Comprimidos: 1mg	Menores de 1 ano: 2,5 a 5mL a cada 12 horas 3 a 6 anos: 5mL a cada 12 horas 6 a 12 anos: 7,5mL a cada 12 horas	20mL a cada 12 horas ou 1 comprimido a cada 12 horas
Dexclorfeniramina	Xarope: 2mg/5mL Comprimidos: 2mg Drágeas: 6mg	2 a 6 anos: 1,25mL a cada 8 horas 6 a 12 anos: 2,5mL a cada 8 horas	5mL ou 1 comprimido a cada 8 horas (máximo de 12mg/dia)
Hidroxizina	Xarope (2mg/mL) ou comprimidos (10 e 25mg)	Até 6 anos: até 50mg/dia Maiores de 6 anos: até 100mg/dia	Até 150mg/dia
Prometazina	Xarope: 5mg/5mL Comprimidos: 25mg	1mg/kg por dia em 2 ou 3 vezes ao dia	20 a 60mg/dia

Fonte: SOLÉ; SAKANO (2012, p. 24)³

Os anti-H1 mais novos, de segunda geração foram desenvolvidos no início dos anos 1980, são mais eficazes e seguros, têm efeito mais prolongado, menor penetração no sistema nervoso central e mínimo efeito anticolinérgico, sendo eles: loratadina, cetirizina, levocabastina, azelastina, epinastina, ebastina, fexofenadina, dentre outros (Quadro 8)^{9,27,33,34,38}.

Em síntese, temos os anti-H1 divididos em: anti-H1 clássicos, de primeira geração ou sedativos; e anti-H1 não clássicos, de segunda geração ou não sedativos. Nas nutrizes, anti-histamínico de primeira escolha é a loratadina, aprovado como de uso compatível com a amamentação^{9,27,33,34,38}.

Corticosteroides intranasais

Os corticosteróides intranasais (Quadro 9) são um pilar do tratamento de RA, são considerados os medicamentos mais eficazes para controlar todos os sintomas de rinite, aliviando rapidamente os sintomas na maioria das pessoas. Portanto, é considerado o padrão-ouro, ou seja, medicamento de primeira linha para o tratamento da RA. Seu início de ação é de 3-12 horas. Eles são geralmente bem tolerados, com efeitos colaterais leves, sendo as principais desvantagens a formação de crostas nasais/epistaxe^{9,16,38}.

Quadro 8. Anti-histamínico de segunda geração

Nome	Apresentação	Posologia	
		Crianças	Adultos e maiores de 12 anos
Cetirizina	Gotas: 10mg/mL Comprimidos: 10mg Solução oral: 1mg/mL	6 meses a 2 anos: 2,5mg 1x/dia 2 a 6 anos: 2,5mg/dose a cada 12 horas 6 a 12 anos: 5mg/dose a cada 12 horas	10mg/dia
Desloratadina	Solução oral: 0,5mg/mL Comprimidos: 5mg	6 meses a 2 anos: 2mL 1 vez ao dia 2 a 6 anos: 2,5mL 1 vez ao dia 6 a 11 anos: 5mL 1 vez ao dia	5mg/dia
Ebastina	Xarope: 1mg/mL Comprimidos: 10mg	2 a 6 anos: 2,5mL 1 vez ao dia 6 a 12 anos: 5mL 1 vez ao dia	10mg/dia
Epinastina	Xarope: 2mg/mL Comprimidos: 10mg ou 20mg	6 a 12 anos: 5 a 10mg 1x/dia	10 a 20mg/dia
Fexofenadina	Solução: 6mg/mL Comprimidos: 60, 120 e 180mg	2 a 11 anos: 30mg (5mL) 2x/dia	60mg: 01 comp. 2 x/dia 120mg: 01 comp. 1 x/dia 180mg: 01 comp. 1 x/dia.
Levocetirizina	Gotas: 2,5mg/10gotas Comprimidos: 5mg	2 a 6 anos: 1,25mg (5gotas) 2x/dia maiores de 6 anos: 5mg/dia (20gotas ou 1cp)	5mg/dia
Loratadina	Solução oral: 5mg/mL Comprimidos: 10mg	maiores de 2 anos, menores de 30kg: 5mg/dia maiores de 30kg: 10mg/dia	10mg/dia
Rupatadina	Comprimidos: 10mg		10mg/dia
Bilastina	Comprimidos 20mg		20 mg/dia

Fonte: SOLÉ; SAKANO (2012, p. 25)³

Quadro 9. Corticosteróides intranasais.

Corticosteroide	Dosagem e Administração	Dose	Idade
Beclometasona	50 e 100mcg/jato 1-2 jatos/narina 1-2 x/dia	100-400mcg/dia	> 6 anos
Budesonida	32, 64, 50 e 100mcg/jato 1-2 jatos/narina 1x/dia	64-400mcg/dia	> 4 anos
Propionato de Fluticasona	50mcg/jato 1-2 jatos/narina 1x/dia	100-200mcg/dia	> 4 anos
Mometasona	50mcg/jato 1-2 jatos/narina 1x/dia	100-200mcg/dia	> 2 anos
Triancinolona	55mcg/jato 1-2 jatos/narina 1-2x/dia	110-440mcg/dia	> 2 anos
Furoato de Fluticasona	27,5 mcg/jato 1-2 jatos/narina 1x ao dia	55-110mcg ao dia	> 2 anos
Ciclesonida	50mcg o jato 2 jatos em cada narina 1x/dia	200mcg ao dia	> 6 anos

Fonte: SOLÉ; SAKANO (2012, p. 29)³.

Os corticoides intranasais atuam na redução do espessamento da mucosa nasal, controlando os quatro sintomas típicos de RA, coriza, espirros, prurido e obstrução. Estudos têm demonstrado que os corticoides nasais são mais eficazes do que os anti-histamínicos orais para o alívio dos sintomas. Podem também ser utilizados no tratamento de algumas rinites não alérgicas - rinite eosinofílica não alérgica e vasomotora^{3,27,34}.

Para Campos (2014)³⁶ “o agente terapêutico mais efetivo é o corticosteroide nasal. Possui efeito tópico adequado em doses baixas, absorção reduzida e é rapidamente degradado, com pouco efeito sistêmico” (p. 47).

Descongestionantes nasais

Os descongestionantes nasais pertencem ao grupo dos estimulantes adrenérgicos, cuja ação principal é vasoconstrição, sendo eficazes em aliviar o congestionamento. Os efeitos colaterais são nervosismo, insônia, anorexia, irritabilidade e palpitação. São de uso oral ou tópico intranasal. A pseudoefedrina é muito utilizada em associação a anti-H1. Outros medicamentos são: efedrina, fenilefrina, nafazolina e fenoxazolina. Porém, os tópicos devem ser evitados pelo poder do efeito rebote e risco de rinite medicamentosa, que

pode aparecer em alguns pacientes após apenas 3 dias de uso, com piora da congestão nasal. Os anti-H1 de uso tópico aliviam os sintomas dependentes da ação da histamina, mas não melhoram os sintomas da obstrução nasal. Podem ser utilizados a partir dos 6 anos de idade^{9,27,30}.

Os descongestionantes tópicos nasais devem ser usados no máximo por até 5 dias e são classificados em três grupos: aminas aromáticas (efedrina, fenilefrina), aminas alifáticas (tuaminoeptano) e derivados imidazólicos (nafazolina, oximetazolina, xilometazolina, fenoxazolina)³.

Os descongestionantes orais devem ser evitados em crianças com menos de 1 ano de idade, em adultos com mais de 60 anos e em pacientes com condição cardíaca comprometida⁹.

A adoção de medidas para manter uma higiene nasal de rotina é essencial para o sucesso do tratamento da RA e deve ser incentivada. As soluções salinas umedecem a mucosa e ajudam na remoção e redução das secreções, trazendo um alívio temporário da obstrução nasal^{27,33,38}.

Imunoterapia

A imunoterapia é a administração repetida em doses crescentes de alérgenos as quais o indivíduo é sensível até alcançar dose de manutenção e eficácia clínica, com a redução de sintomas, e conseqüentemente, da necessidade de medicamentos. A imunoterapia precisa ser realizada em pacientes indicados e comprovadamente sensibilizados através de testes cutâneos ou IgE específica, por profissionais capacitados (Alergologistas) e em locais aptos a tratar eventuais reações adversas de forma adequada^{27,30}.

Quadro 10. Indicações e contraindicações da imunoterapia com extratos alérgicos em RA

Doença mediada por IgE	Imunodeficiência
Falha na higiene ambiental	Doenças autoimunes graves
Falha na farmacoterapia	Neoplasias malignas
– Ausência de resposta satisfatória	Distúrbio psicológico grave / Uso de beta-bloqueadores
– Efeitos indesejáveis	Asma grave não controlada por farmacoterapia
– Não aderência ao seu uso crônico	Doenças cardiovasculares que contraindiquem o uso de epinefrina
Utilização de extratos de boa qualidade	Crianças com menos de 5 anos
	Não aderência ao tratamento

Fonte: Mello Junior; Mion; Rocha (2008. p. 940)³⁰.

A imunoterapia precisa ser realizada por longo tempo. Se o uso do material e a técnica forem utilizados de forma correta, são poucos os casos de reações adversas. As contraindicações para a realização da imunoterapia estão demonstradas no Quadro 10.

Cromonas

As cromonas (cromoglicato dissódico), de propriedades anti-inflamatórias, apresentam reduzida atividade no alívio dos sintomas nasais, e devido a sua curta duração, são necessárias 4 aplicações diárias. As cromonas em forma de colírio ocular mostraram-se muito eficazes nos alívio dos sintomas²⁷.

As formulações intranasais de cromolina e o nedocromil têm sido utilizados para tratar a RA, porém são menos eficazes do que os corticosteróides tópicos. Embora o mecanismo exato seja desconhecido, as cromonas funcionam principalmente através da inibição da ativação de mastócitos. Estudos têm mostrado que o nedocromil inibe a ativação de neutrófilos, eosinófilos, monócitos e macrófagos⁹.

4. DISCUSSÃO

O tratamento da rinite alérgica no futuro deve seguir o mesmo esquema atual. Isso significa que as orientações para higiene ambiental adequada continuam as mesmas. A mudança será a disponibilidade de um material terapêutico mais amplo, com novas drogas, como por exemplo, os inibidores de interleucinas como a anti-IL-4, anti-IL-5 e os inibidores de IgE³⁰.

5. CONCLUSÃO

O quadro clínico da rinite alérgica resulta da associação dos sintomas como os espirros em salva, coriza hialina abundante, congestão nasal e prurido intenso, podendo ocorrer prurido e lacrimejamento ocular, além de hiperemia conjuntival e lacrimejamento, fotofobia e dor local.

Não existe cura para a rinite alérgica. Existe tratamento e controle, quando o diagnóstico for realizado adequadamente. Isto significa identificação correta da gravidade da doença e uma abordagem diagnóstico-terapêutica ampla e eficaz.

As opções disponíveis para o tratamento da rinite alérgica são: abordagem educativa, controle ambiental, imunoterapia, farmacoterapia. O objetivo do tratamento é aliviar os sintomas e remover o incômodo no dia a dia para a melhoria da qualidade de vida.

A rinite alérgica nos últimos anos, tornou-se cada vez mais relevante em função de seu efeito na qualidade de vida, na produtividade, na escola e no trabalho, o ônus e sua coexistência com outras manifestações clínicas, como asma, conjuntivite, otites, rinosinusites e pólipos nasais.

A rinite alérgica não é causa de óbito, mas compromete a qualidade de vida quando não cuidada de forma adequada.

REFERÊNCIAS

- [1] Brozek JL. *et al.* Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2010; 126(3):466-476.
- [2] Corti ACR. *Et al.* Impacto sobre a qualidade de vida e o nível de satisfação com o tratamento da rinite alérgica por crianças e adolescentes acompanhados em serviço de referência. *Rev. bras. alerg. imunopatol.* 2011; 34(5):205-208.
- [3] Solé D, Sakano E. (Coord.) III Consenso Brasileiro Sobre Rinites. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, São Paulo, 2012; 75(6).
- [4] ARIA - ALLERGIC RHINITIS AND ITS IMPACT ON ASTHMA. *Allergy*, 2008; 63(suppl 86):108-160. Em colaboration with the World Health Organization, GA(2) LEN and AllerGen. Disponível em: <www.whiar.org/docs/aria-report-2008.pdf> Acesso em: 15 set. 2015.
- [5] Minas Gerais. Secretário Municipal de Saúde. Protocolo da rinite alérgica. Belo Horizonte, 2015.
- [6] Seidman MD. *Clinical practice guideline: Allergic rhinitis*. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015; 152(1 Suppl):S1-43.
- [7] Valero A, Muñoz R. Comments on the Classification of Allergic Rhinitis According to the ARIA Guidelines 2008. *J Investig Allergol Clin Immunol*, 2008; 18(5):324-326.
- [8] Ming YG. The Pathophysiology, Diagnosis and Treatment of Allergic Rhinitis. *Allergy Asthma Immunol Res*, 2010; 2:65-76.
- [9] Tran NP. *et al.* Management of rhinitis: allergic and non-allergic. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2011; 3(3):148-156.
- [10] Bauchau V, Durham SR. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. *Eur Respir J*. 2004; 24(5):758-764.
- [11] Asher MI. *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*. V. 368, n. 9537, p. 733-743. 2007.
- [12] Fiss E. (Coord.) Diretrizes brasileiras no manejo da tosse crônica. *J. bras. pneumol.* v. 32, suppl.6, p. s403-s446, 2006.
- [13] Bousquet J. *et al.* Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA). *J Allergy Clin Immunol*, v.108, p. S147-336, nov., 2001. Em colaboration com a World Health Organization (WHO).
- [14] Bousquet J. *et al.* Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update. *Allergy*, v. 63, suppl 86, 108-160, 2008. Em colaboração com World Health Organization, GA(2) LEN and AllerGen.
- [15] Camelo-Nunes IC, Sole D. Rinite alérgica: indicadores de qualidade de vida. *J. bras. pneumol.* v.36, n.1, p. 124-133, 2010.
- [16] Benninger M, *et al.* Evaluating approved medications to treat allergic rhinitis in the United States: an evidence-based review of efficacy for nasal symptoms by class. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 2010; 104:13-29.
- [17] Wallace DV. *et al.* The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol*, 2008; 122(2):S1-S84.
- [18] Geller M, Scheinberg MA. *Diagnóstico e Tratamento das Doenças Imunológicas*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
- [19] Araújo TD. De A. *et al.* Rinite alérgica: aspectos clínicos e fisiopatológicos. *Estudos, Goiânia*, 2014; 41(4):831-842.
- [20] Eriksson J. Prevalence, risk factors and comorbidity of rhinitis, asthma and aspirin intolerance in West Sweden. Department of Internal Medicine and Clinical Nutrition Institute of Medicine Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden, 2013.
- [21] Silva EC De F. Rinite Alérgica e Comorbidades. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. Rio de Janeiro. 2008; 7(2):11-23.
- [22] Bousquet J. *et al.* Increased risk of asthma attacks and emergency visits among asthma patients with allergic rhinitis: a subgroup analysis of investigation of montelukast as a partner agent for complementary therapy. *Clin Exp Allergy*. 2005; 35(6):723-727.
- [23] Rodrigues C, Santis M, Arrobas AM. Rinite alérgica e doenças associadas. *Rev Port Pneumol*, 2009; 15(5):891-898.
- [24] Brasil. Ministério da Saúde. Doenças respiratórias crônicas. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- [25] Bousquet J. *et al.* Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA): achievements in 10 years and future needs. *J Allergy Clin Immunol*, 2012; 130(5):1049-1068.
- [26] Solé D, Mello Junior JF, Rosário Filho N, (coord.) II Consenso Brasileiro sobre Rinites. *Rev Bras Alerg Immunopatol*. São Paulo, 2006; 29(1).
- [27] Santos JC. dos *et al.* Rinite Alérgica. In: Tatiliana Bacelar Kashiwabara; Yoriko Bacelar Kashiwabara; Mário dos Anjos Neto Filho (Orgs.) *Medicina Ambulatorial III*. Montes Claros: Dejan, 2015; Cap. 17.
- [28] Bousquet J, *et al.* ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma). Classification of allergic rhinitis severity in clinical practice in France. *Int Arch Allergy Immunol*, 2007; 143:163-169.
- [29] Rizzo MC. Rinites em Pediatria. *RBM*, São Paulo, v. 69, n.12, especial pediatria 1, 2012.
- [30] Mello Junior JF De, Mion O, Rocha FMN. Rinite Alérgica e Não-alérgica. 2008. Disponível em: <<http://www.saudedireta.com.br/docs-upload/1334661251rinite.pdf>> Acesso em: 10 set. 2015.
- [31] Mello Junior JF. de Compreendendo o tratamento da rinite alérgica. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*, 2008; 74(4):482.
- [32] Pawankar R. *et al.*, Overview on the pathomechanisms of allergic rhinitis. *Asia Pacific Allergy*, 2011; 1(3):157-67.
- [33] Ibiapina CC, *et al.* Rinite alérgica: aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos. *J. Bras. Pneumol.*, São Paulo, 2008; 34(4):230-240.
- [34] Saúde & Economia. Rinite Alérgica. ano IV, n. 08, set., 2012.
- [35] Blaiss MS. Allergic rhinitis: direct and indirect costs. *Allergy Asthma Proc*. 2010; 31:375-380.
- [36] Campos HS. Gripe ou resfriado? Sinusite ou rinite? *JBM*. 2014; 102(1).
- [37] Brunton LL. *et al.* Bases farmacológicas da terapêutica. 11.ed. Rio de Janeiro: McGrawHill, 2007.
- [38] Scadding GK. *et al.* BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. *Journal Compilation, Clinical and Experimental Allergy*, Oxford, 2008; 38(1):19-42.

- [39] Mion O. Como diagnosticar e tratar rinite. RBM, 2013; 70(5):154-163. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5386> Acesso em: 10 set. 2015.