

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

DANIEL CRUZ LIMEIRA LIMA
ÉRIKA SANTOS COSTA

EFETIVIDADE DO TRATAMENTO DA RINITE ALÉRGICA NOS PACIENTES
ATENDIDOS NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA

Belém
2011

DANIEL CRUZ LIMEIRA LIMA

ÉRIKA SANTOS COSTA

EFETIVIDADE DO TRATAMENTO DA RINITE ALÉRGICA NOS PACIENTES
ATENDIDOS NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Universidade
Federal do Pará para obtenção do
grau em Medicina.

Orientador: Dr. Murillo Freire
Lobato

Belém

2011

DANIEL CRUZ LIMEIRA LIMA
ÉRIKA SANTOS COSTA

EFETIVIDADE DO TRATAMENTO DA RINITE ALÉRGICA NOS PACIENTES
ATENDIDOS NO SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do
grau em Medicina pela Universidade Federal do Pará.**

Banca examinadora:

Orientador

Nome / Instituição

Nome / Instituição

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Conceito: _____

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Murillo Freire Lobato pelo valioso auxílio na orientação deste trabalho;

Aos funcionários do Setor de Rinologia do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza;

Aos funcionários do Setor de Prontuários do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza;

A todos que de forma direta ou indireta colaboraram para a realização deste trabalho.

“Não precisamos realizar grandes obras a fim de mostrarmos um grande amor por Deus e pelo próximo. É a intensidade do amor que colocamos em nossos gestos que os torna algo especial para Deus e para os homens.”

(Madre Tereza de Calcutá)

RESUMO

A Rinite Alérgica (RA) é uma doença de alta frequência na prática clínica diária, sendo doença crônica e que afeta a qualidade de vida do indivíduo não somente pela alteração respiratória, mas também pelos prejuízos comportamentais, funcionais e físicos que ocasiona. Segundo a iniciativa ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) a RA classifica-se em: intermitente ou persistente; leve, moderada ou grave. Este trabalho visa: avaliar a efetividade dos medicamentos propostos (anti-histamínicos, corticoides orais, corticoides tópicos nasais) pelo protocolo do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS) aplicado em pacientes atendidos pelo Setor de Rinologia no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011, observando a evolução clínica dos pacientes, as complicações e os efeitos colaterais após a instituição terapêutica, além de descrever alguns aspectos sócio-demográficos da população em estudo. Esta pesquisa teve caráter de estudo clínico-epidemiológico transversal. A amostra de estudo teve um número absoluto de 50 prontuários de pacientes portadores de RA que se encaixavam nos seguintes critérios de inclusão: pacientes com idade entre dois e sessenta anos apresentando sintomas característicos de RA. Foram excluídos da pesquisa aqueles que foram de encontro aos critérios citados acima. Os resultados mostraram que todos os pacientes classificados como portadores de RA Intermitente Leve obtiveram melhora, seguidos por aqueles com RA Intermitente moderada/grave ou RA Persistente Leve (75%). O grupo que teve menor percentual de remissão de sintomas (61,29%) foi o dos diagnosticados com RA Persistente Moderada/Grave.

Palavras-chave: Rinite Alérgica; Efetividade; Tratamento; Sintomas.

ABSTRACT

Allergic Rhinitis (AR) is a disease of high frequency in practice daily clinic, being a chronic disease that affects the quality of the individual's life not only for the breathing alteration, but also for the damages behavioral, functional and physical that causes. Under the initiative ARIA (Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma) and World Health Organization (WHO) classifies AR in: intermittent or persistent; mild, moderate or severe. This work aims to: assess the effectiveness of drugs proposed (antihistamines, oral steroids, topical nasal corticosteroids) by the protocol of Otorhinolaryngology of University Hospital Bettina Ferro de Souza (HUBFS) applied to patients enrolled in the Division of Rhinology from September 2010 to February 2011, noting the clinical course of patients, complications and side effects after therapeutic institution, and describe some aspects of socio-demographic study population. This research has the character of clinical-epidemiological cross. The study sample had an absolute number of records of 50 patients with AR who fit the following inclusion criteria: patients aged between two and sixty years presenting with symptoms characteristic of AR. Were excluded from the study those who were against the criteria listed above. The results showed that all patients classified as having mild intermittent AR showed improvement, followed by those with AR Intermittent moderate / severe or mild persistent AR (75%). The group had a lower percentage of remission of symptoms (61.29%) was diagnosed with AR of moderate / severe persistent.

Keywords: Allergic Rhinitis, Effectiveness, Treatment, Symptoms.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema resumido da resposta alérgica e principais citocinas envolvidas.....	pág.15
Figura 2 - Dupla linha de Dennie-Morgan.....	pág.18
Figura 3 - Teste rápido cutâneo.....	pág.19
Figura 4 - Endoscopia Nasal.....	pág.20
Figura 5 - Imagens endoscópicas de alterações nasais: os desvios septais e as hipertrofias de cornetos.....	pág.20
Figura 6- Gênero dos participantes da pesquisa sobre Efetividade do Tratamento de RA, realizada no ano de 2011.....	pág.28
Figura 7 - Fatores Desencadeantes dos participantes da pesquisa sobre Efetividade do Tratamento de RA, realizada no ano de 2011.....	pág.30
Figura 8 - Antecedentes Pessoais dos participantes da pesquisa sobre Efetividade do Tratamento de RA, realizada no ano de 2011.....	pág.30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Idade dos participantes da pesquisa sobre Efetividade do Tratamento de RA, realizada no ano de 2011.....	pág.28
Tabela 2 – Sintomas Nasais, Sintomas Oculares e Sintomas Auditivos dos participantes da pesquisa sobre Efetividade do Tratamento de RA, realizada no ano de 2011.....	pág.29
Tabela 3 – Antecedentes Familiares: Pai, Mãe, Filhos e Irmãos, referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do Tratamento de RA, realizada no ano de 2011.....	pág.31
Tabela 4 – Descrição do Ambiente (Meio Externo e Moradia), referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do Tratamento de RA, realizada no ano de 2011.....	pág.32
Tabela 5 – Rinoscopia Anterior: Cornetos, Mucosa Nasal e Septo Nasal, referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do Tratamento de RA, realizada no ano de 2011.....	pág.33
Tabela 6 – Corneto Inferior, Médio, Meato Inferior, Médio e Septo Nasal do Lado Direito visualizados na Endoscopia Nasal referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do Tratamento de RA, realizada no ano de 2011.....	pág.34
Tabela 7 – Corneto Inferior, Médio, Meato Inferior, Médio e Septo Nasal do Lado Esquerdo visualizados na Endoscopia Nasal referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do Tratamento de RA, realizada no ano de 2011.....	pág.35
Tabela 8 – Classificação dos pacientes com Rinite Alérgica referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do Tratamento de RA, realizada no ano de 2011.....	pág.36
Tabela 9 – Cruzamento entre Sintomas Nasais e Melhora, referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do Tratamento de RA, realizada no ano de 2011.....	pág.36
Tabela 10 – Cruzamento entre Sintomas Oculares e Melhora, referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do Tratamento de RA, realizada no ano de 2011.....	pág.37

Tabela 11 – Cruzamento entre Sintomas Auditivos e Melhora, referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do Tratamento de RA, realizada no ano de 2011.....pág.37

Tabela 12 – Cruzamento entre Uso de Medicação, Melhora e Classificação, referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do Tratamento de RA, realizada no ano de 2011.....pág.38

LISTA DE ABREVIATURAS

AH- ANTI-HISTAMINICOS

ARIA- ALLERGIC RHINITIS AND ITS IMPACT ON ASTHMA

BDP- DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA

BUD - BUDESONIDA

CO- CORTICÓIDE ORAL

CT- CORTICÓIDE TÓPICO

EIAAI- ESTUDO INTERNACIONAL DE ASMA E ALERGIAS NA INFANCIA

FP - PROPIONATO DE FLUTICASONA

LTs- LEUCOTRIENOS

MF - FUROATO DE MOMETASONA

O- OUTROS

ORL - OTORRINOLARINGOLOGIA

PHUBFS- PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AOS PACIENTES DO SETOR DE
RINOLOGIA DO HUBFS PARA O DIAGNÓSTICO DE RINITE ALERGICA

RA- RINITE ALÉRGICA

RC- RINOCONJUNTIVITE

TA - ACETONIDA DE TRIAMCINOLONA

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1. OBJETIVOS.....	13
1.1.1 OBJETIVOS GERAIS.....	13
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	13
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	25
3.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	25
3.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	25
4. RESULTADOS.....	27
5. DISCUSSÃO.....	39
6. CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICES.....	49
ANEXOS.....	51

1. INTRODUÇÃO

A Rinite Alérgica (RA) pode ser considerada a doença de maior prevalência entre as doenças respiratórias crônicas e, apesar de não estar entre aquelas de maior gravidade, é um problema global de saúde pública. Segundo o estudo multicêntrico Estudo Internacional de Asma e Alergias na Infância (EIAAI). Estima-se que a prevalência média de sintomas relacionados à RA no Brasil é de 29,6% entre adolescentes e 27,5% entre escolares, demonstrando que o país está entre os que apresentam as maiores taxas de prevalência da doença no mundo (SOLE et al., 2006; CAMPANHA et al., 2008; IBIAPINA et al., 2008).

A sintomatologia da RA caracteriza-se por espirros, rinorréia aquosa, obstrução e prurido nasal (BRAUNWALD, et al., 2008; IBIAPINA et al., 2008; LOPES, 2009), que podem ocorrer após a exposição aos possíveis desencadeantes (alérgenos como poeira, fungos, pólenes) ou agravantes típicos (fumaça de tabaco, odores fortes, mudanças ambientais de umidade e temperatura, poluição). O aparecimento de pelo menos um desses sintomas cardinais característicos, mas não patognomônicos, podem auxiliar na identificação da patologia (CAMELO-NUNES; SOLE, 2010).

A literatura médica atual apresenta diversos estudos que demonstram o impacto da RA na qualidade de vida. A obstrução nasal (o mais destacado dos sintomas) está associada a eventos respiratórios relacionados aos distúrbios do sono, uma condição que tem profundo efeito sobre a saúde mental, a atenção, o aprendizado e o comportamento. Vale salientar que a RA frequentemente é subdiagnosticada ou inadequadamente tratada. O impacto deletério dos distúrbios do sono associados à RA sobre a habilidade para realizar as atividades de vida diária dos pacientes é um importante componente da morbidade da doença. Com um diagnóstico acurado, existem vários tratamentos disponíveis que podem reduzir a carga associada à doença (ibid).

O estudo EIAAI mostrou que as taxas de prevalência de RA mais elevadas no Brasil foram observadas nas capitais das regiões Norte e Nordeste. Nesta pesquisa, Belém figura como a capital brasileira com a maior prevalência de RA ativa entre

adolescentes de 13 e 14 anos, com uma taxa de 47,4% (CAMELO-NUNES; SOLE, 2008).

Tais fatos nos motivaram a estudar um grupo de pacientes com RA, antes e após a instituição do tratamento clínico, buscando estabelecer objetivamente se há melhora dos sintomas e da qualidade de vida após a instituição do tratamento.

Nosso estudo trata da avaliação da efetividade do tratamento clínico farmacológico da RA proposto pela aplicação do Protocolo de Atendimento aos Pacientes do Setor de Rinologia do HUBFS para o Diagnóstico de Rinite Alérgica (PHUBFS) no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo Geral:

- Avaliar a efetividade do tratamento da RA nos pacientes atendidos no serviço de otorrinolaringologia do Hospital Universitário Bettina Ferro de Sousa (HUBFS), após a aplicação do PHUBFS.

1.1.2. Objetivos Específicos:

- Observar a evolução clínica dos pacientes com RA após a instituição terapêutica;
- Avaliar complicações e efeitos colaterais da terapêutica empregada;
- Descrever alguns aspectos sócio-demográficos da população em estudo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A iniciativa ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam que a duração e a gravidade dos sintomas, além de aspectos da qualidade de vida, devam ser levadas em conta para a classificação da RA em: intermitente ou persistente; leve, moderada ou grave. Na RA Intermitente os sintomas estão presentes menos de quatro dias por semana ou

durante menos de quatro semanas; na RA Persistente, os sintomas estão presentes mais de quatro dias por semana e durante mais de quatro semanas; na RA Leve o paciente tem sono normal, exerce suas atividades normalmente (esporte, lazer, trabalho e escola) e os sintomas não incomodam; na RA Moderada ou Grave o paciente deve ter um ou mais dos seguintes itens: sono comprometido, atividades comprometidas e os sintomas incomodam (BOUSQUET, J et al., 2008).

A RA tem associação com a asma e deve ser considerada como um fator de risco para a mesma. Além disso, é associada com co-morbididades como a conjuntivite. Portanto, dependendo da subdivisão e da gravidade da RA, uma abordagem gradual terapêutica tem sido proposta. O tratamento da RA é uma combinação com farmacoterapia, imunoterapia e controle ambiental. Os pacientes com asma devem ser avaliados de forma adequada (história e exame físico) para rinite (ibid).

Pouco se sabe sobre a epidemiologia da RA, pois a inexistência de método padronizado para identificá-la em estudos epidemiológicos é obstáculo importante na obtenção desses dados. A partir do EIAAI obteve-se pela primeira vez dados de prevalência de RA entre crianças e adolescentes brasileiros (CONSENSO..., 2006). Tal estudo verificou que a prevalência mundial de sintomas relacionados à RA variou de 2,2% a 14,6% entre crianças de seis a sete anos e de 4,5% a 45,5% entre pessoas com idades de 13 e 14 anos. No Brasil, mostrou que a prevalência média de sintomas relacionados à RA foi de 29,6% entre adolescentes e de 25,7% entre escolares (IBIAPINA et al., 2008).

Em um estudo sobre a prevalência de sintomas de asma, rinite e eczema atópico entre crianças e adolescentes brasileiros identificados pelo EIAAI, pode-se observar que na região Norte do Brasil, num total de 3.011 crianças na faixa etária de seis a sete anos, cujos pais responderam a questionários, 19,5% receberam o diagnóstico de RA ativa, 10,6%, o de rinoconjuntivite (RC) e 13,2%, o de RA grave. Entre a faixa etária de 13 a 14 anos, foram analisados 4.782 indivíduos, dos quais 32% tinham RA ativa, 18,6% RC e 14,6% RA grave. Em Belém do Pará, foram analisados 1773 adolescentes na faixa etária de 13 a 14 anos, sendo que 47,4%

receberam o diagnóstico de RA ativa, 28,5% o de RC, e 14,6% o de RA grave (CAMELO-NUNES; SOLE, 2008).

A RA é definida como uma inflamação eosinofílica da mucosa nasal e dos seios paranasais, induzida pela exposição à alérgenos – segundo a ANVISA são substâncias, geralmente de origem protéica, presentes em animais ou vegetais, que causam ou provocam hipersensibilidade, podendo ser haptenos originados de produtos químicos ou drogas (CONSULTA..2002), que após sensibilização, desencadeiam uma reação mediada por imunoglobulinas E (IgE), caracterizando uma reação do tipo I segundo as reações de Gell e Coombs, podendo resultar em sintomas crônicos ou recorrentes. O processo inflamatório ocorre em pessoas previamente sensibilizadas e geneticamente predispostas. Ela pode ser dividida em duas fases: imediata e tardia (IBIAPINA et al., 2008; LOPES, 2009; COSTA, 2004; CONSENSO..., 2006).

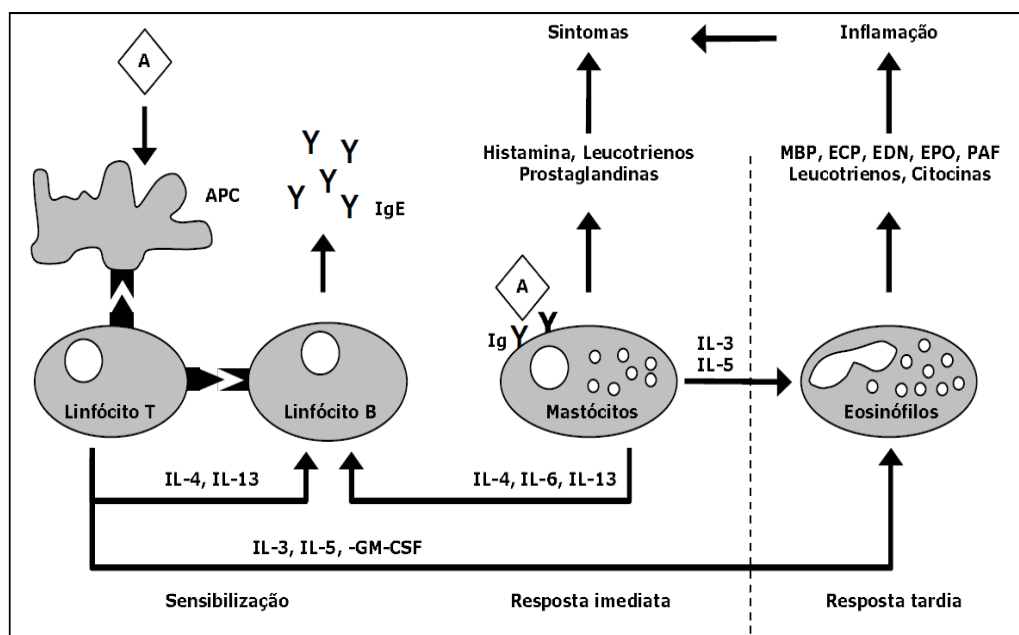


Figura 1 - Retirado de II Consenso Brasileiro de Rinite. Esquema resumido da resposta alérgica e principais citocinas envolvidas. APC – Célula Apresentadora de Antígeno; A – Antígeno; ECP - Proteína Catiônica Eosinofílica; EPO – Peroxidase Eosinofílica; EDN - Neurotoxina Derivada de Eosinófilos; GM-CSF - Fator Estimulador de Colônias de Granulócitos e Macrófagos; IgE – anticorpo da classe IgE; IL - Interleucina; MBP - Proteína Básica Principal; PAF - Fator Ativador de Plaquetas

A resposta imediata, que ocorre em 90% dos pacientes, inicia-se pelo processamento e apresentação de fragmentos do alérgeno por células apresentadoras de antígenos (APC) ao linfócito T auxiliar, desencadeando o processo de sensibilização, e envolve a ativação de linfócitos B em plasmócitos produtores de IgE alérgeno-específica. Estes anticorpos ligam-se a receptores de alta afinidade localizados principalmente nos mastócitos e basófilos e a receptores de baixa afinidade em eosinófilos, monócitos e plaquetas. Numa subsequente exposição ao alérgeno, moléculas deste ligam-se a anticorpos IgE localizados em mastócitos da mucosa nasal, acarretando a degranulação com a liberação de mediadores químicos pré-formados (histamina) e recém sintetizados – leucotrienos (LTs) e prostaglandinas (ibid).

A fase inflamatória tardia, que ocorre em 50% dos pacientes e inicia dentro de quatro a doze horas após a exposição ao alérgeno, é caracterizada pelo acúmulo de leucócitos como eosinófilos – as principais células da fase tardia –, neutrófilos, basófilos e os linfócitos T auxiliares (LT_{h2}). Mediadores derivados de eosinófilos são descritos como os principais agentes responsáveis pelo dano tissular, causando o quadro clínico e histológico das doenças alérgicas crônicas (ibid).

É na infância que habitualmente aparecem os primeiros sinais e sintomas da RA, contudo os mesmos podem se manifestar mais tardiamente em até 30% dos pacientes (CONSENSO., 2006; CAMELO-NUNES; SOLÉ, 2010). Pode existir a associação dos vários sintomas, sendo que o prurido nasal pode induzir o hábito frequente de fricção do nariz com a palma da mão, gesto conhecido com “saudação alérgica”. O prurido pode se limitar ao nariz, contudo também pode afetar palato, olhos, faringe, laringe e orelhas. Muitas vezes os sintomas predominantes são os oculares, como prurido ocular, hiperemia conjuntival, lacrimejamento, fotofobia e dor local. Crises de epistaxe podem ocorrer em crianças devido a friabilidade da mucosa nasal, espirros em salva e ao ato de assuar o nariz vigorosamente (CONSENSO., 2006; LOPES et al., 2009).

Segundo a ARIA, quanto aos aspectos pediátricos, a RA é parte da "marcha alérgica" (eczema-asma-rinite) durante a infância, contudo a RA Intermitente é incomum antes dos dois anos de idade, sendo mais prevalente durante a idade

escolar. Em pré-escolares, o diagnóstico é difícil. Em escolares e adolescentes, os princípios de tratamento são os mesmos para adultos e as doses podem ser adaptadas com especial cuidado para evitar os efeitos colaterais típicos dos tratamentos nessa faixa etária (BOUSQUET, J et al., 2007).

A congestão nasal pode ser persistente ou intermitente, unilateral ou bilateral, e se manifestar com aumento do ciclo fisiológico, estando mais presente à noite. Quando intensa, pode estar associada à anosmia ou hiposmia, à perda do paladar e também interferir com aeração e a drenagem dos seios paranasais e da tuba auditiva, resultando em cefaléia e otalgia, respectivamente. A congestão nasal crônica acarreta respiração oral de suplência – provocando irritação e secura da garganta– roncos e voz anasalada. A rinorréia presente normalmente é aquosa, sendo anterior, posterior ou ambas. A mucosa nasal em geral é pálida e edemaciada, podendo estar avermelhada na presença de infecções ou no uso indiscriminado de vasoconstritor tópico (rinite medicamentosa) ou irritante (cocaína). A formação de crostas pode sugerir rinite atrófica ou doença sistêmica (ibid).

O II Consenso Brasileiro sobre Rinites Alérgicas (2006) afirma que alguns pacientes apresentam sintomas sistêmicos, tais como, irritabilidade, astenia, diminuição da concentração, anorexia, náuseas e desconforto abdominal, sendo os três últimos sintomas secundários à deglutição de secreção nasal abundante. A tosse pode estar presente.

É comum se verificar características faciais típicas em grande número de pacientes com RA, tais como: olheiras, dupla linha de Dennie-Morgan (Figura 2), prega nasal horizontal (causada pelo frequente hábito de coçar a narina com movimento para cima), alterações músculo-esqueléticas da face, entre outras (CONSENSO., 2006).



Figura 2 – Dupla linha de Dennie-Morgan (BRASIL, 2010)

Como já foi dito, os sintomas de RA podem ocorrer em qualquer idade, porém iniciam-se geralmente na infância. Portanto, é fundamental uma anamnese adequada para um diagnóstico correto, onde é preciso pesquisar a época do início dos sinais e sintomas, assim como a duração, a intensidade e a frequência, a evolução dos mesmos e seus fatores desencadeantes e/ou agravantes. Nos antecedentes pessoais e familiares é importante a investigação de histórico familiar e de outras afecções alérgicas relacionadas à atopia (CONSENSO., 2006; LOPES et al., 2009). Na história social e nos hábitos de vida o paciente deve ser interrogado sobre uso de drogas ilícitas, tabagismo ativo e/ou passivo, atividades recreativas e hobbies, assim como os locais nas quais as exercem (ibid)

O interrogatório sobre os diversos aparelhos e sistemas também é de suma importância, fornecendo dados sobre condições clínicas coexistentes e de medicações em uso, necessários para o diagnóstico diferencial e manejo terapêutico. Também é necessário verificar o impacto que RA exerce na qualidade de vida do paciente (ibid.). Além da anamnese, um adequado exame físico identifica sem muitas dificuldades os sinais de rinite - hipertrofia e palidez dos cornetos inferiores e secreção hialina (CONSENSO., 2006; IBIAPINA et al., 2008; LOPES et al., 2009).

Os métodos utilizados para o diagnóstico de RA podem ser classificados de acordo com suas finalidades de avaliação da seguinte forma: diagnóstico etiológico,

avaliação da cavidade nasal, avaliação por imagem e exames complementares. Os exames subsidiários mais importantes no diagnóstico etiológico da RA, tanto pela especificidade como pela sensibilidade, são os testes cutâneos de hipersensibilidade imediata (TCHI) pela técnica de puntura (Figura 3) e a avaliação dos níveis séricos de IgE alérgeno-específica (CONSENSO..., 2006).

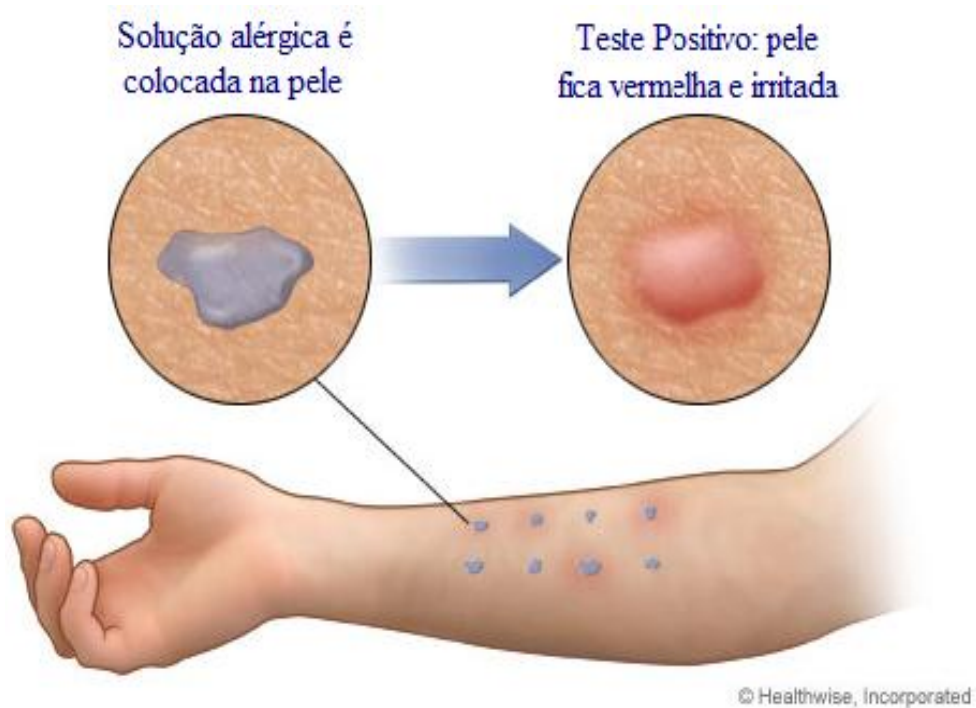


Figura 3 – Teste rápido cutâneo (SKIN PRICK...2010)

O exame minucioso da cavidade nasal, em especial a rinoscopia com espéculo nasal e luz frontal ou endoscópio (Figuras 4 e 5), é essencial para determinar a anatomia local do órgão de choque, diagnosticar lesões, substanciar a história clínica e acompanhar a resposta ao tratamento empregado. (CONSENSO..., 2006; IBIAPINA et al., 2008; LOPES et al., 2009). A radiografia simples não é indicada para o diagnóstico de RA, pois tem baixa sensibilidade e especificidade. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética se limitam aos casos acompanhados de complicações. A biopsia nasal pode ser necessária para o diagnóstico diferencial de lesões neoplásicas, granulomatosas ou nas síndromes de discinesia ciliar, porém normalmente não é utilizada para o diagnóstico de RA (CONSENSO..., 2006).



Figura 4 - Endoscopia Nasal (ENDOSCOPY...,2010)

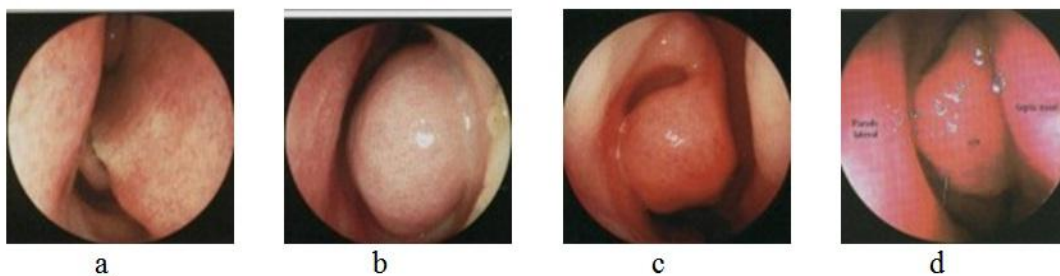


Figura 5 - Imagens endoscópicas de alterações nasais: os desvios septais e as hipertrofias de cornetos. a- Visão Endoscópica de Desvio Septal; b- Visão Endoscópica de um Corneto Hipertrófico; c- Visão Endoscópica de um Corneto Médio Bolhoso ; d- Visão Endoscópica de uma Degeneração Polipoide de Corneto Médio (IMAGENS...,2010)

Em relação ao tratamento não farmacológico da RA não existem evidências científicas que corroborem a efetividade do controle ambiental sobre a doença, talvez devido às dificuldades metodológicas de se realizar estudos dessa natureza. Contudo, o paciente deve ser esclarecido sobre as várias medidas que podem reduzir a exposição aos fatores desencadeantes ou agravantes. É válido destacar que certos fatores podem agravar a rinite em alguns pacientes e em outros não (CONSENSO..., 2006; IBIAPINA et al., 2008; LOPES et al., 2009).

Várias são as substâncias utilizadas no tratamento farmacológico da RA: anti-histamínicos (AH), descongestionantes nasais, corticóides tópicos nasais, antialérgicos, LTs, imunoterápicos e solução salina. Os AH são as principais substâncias usadas para o tratamento dos sintomas que podem ocorrer e são efetivos para neutralizá-los, exceto o bloqueio nasal. Porém, alguns podem melhorá-lo. Os AH são classificados em dois grupos: clássicos ou de primeira geração, que podem apresentar sedação, e os não clássicos, de 2ª (fexofenadina, loratadina e desloratadina) ou 3ª geração, que promovem menos sonolência (ibid).

Durante anos, os AH foram vistos como antagonistas competitivos da histamina, bloqueando o sítio de ligação H1 e H2. Recentemente, foi demonstrado que os receptores de histamina pertencem ao grupo de receptores acoplados à proteína G, estando as formas ativas e inativas em equilíbrio dinâmico. A histamina estabiliza a forma ativa e os AH a forma inativa. Assim, os AH não são antagonistas competitivos, mas sim agonistas inversos (ibid).

Recomenda-se para lactentes os AH clássicos como a dexclorfeniramina, a clemastina e a hidroxizina e, os não-clássicos, cetirizina e desloratadina. Para gestantes são recomendados os AH clássicos (dexclorfeniramina e clemastina) e, mais recentemente, foi liberado o não clássico loratadina. Hoje são disponíveis AH para uso tópico nasal ou ocular (ibid).

Os corticosteróides intranasais são mais efetivos que os AH orais no tratamento da RA, mas apresentam uma efetividade equivalente no tratamento dos sintomas oculares associados. Os AH orais são geralmente efetivos na redução da rinorréia, espirros e prurido associados à RA, mas apresentam pouco efeito sobre a congestão nasal (WALLACE, D.V., et al, 2008).

O rápido início de ação dos AH de uso tópico nasal tem efeito clinicamente significativo tornando-os adequados para o uso, de acordo com a necessidade, na RA episódica. Como também estão aprovados para o tratamento da rinite vasomotora, os AH de uso tópico nasal são uma opção adequada para pacientes com rinite mista. Os efeitos adversos da azelastina intranasal são gosto amargo e sonolência (ibid).

Os descongestionantes nasais são drogas pertencentes ao grupo dos estimulantes adrenérgicos ou adrenomiméticos, cuja ação principal é vasoconstrição. Podem ser administrados de forma tópica (intra-nasal) ou sistêmica (oral), sendo que ambos podem apresentar efeitos sistêmicos indesejáveis, como hipertensão, cefaléia, ansiedade, tremores e palpitações. Doses altas podem provocar náuseas, vômitos e até mesmo convulsões e arritmias cardíacas. São divididos em dois grandes grupos: catecolaminas (pseudo-epinefrina e fenilefrina) e imidazólicos (nafazolina e oximetazolina). O mais importante exemplo de descongestionante oral é a pseudoefedrina, muito utilizada em associação a AH H1. Os descongestionantes tópicos nasais devem ser usados no máximo por cinco dias, devido ao risco de desenvolvimento de rinite medicamentosa (efeito rebote) (CONSENSO., 2006; LOPES et al., 2009).

Os descongestionantes orais, por apresentarem pseudoefedrina na sua composição, têm como efeitos adversos: insônia, irritabilidade, palpitações e hipertensão (WALLACE, D.V., et al, 2008).

Os corticosteróides agem através do controle da síntese protéica. Quando administrados, seja por via tópica ou sistêmica, as moléculas livres do esteróide atravessam a membrana celular por difusão passiva e penetram no citoplasma, onde se ligam aos receptores para os glicocorticóides (GCs). O resultado desta interação é o aumento da transcrição de genes para a síntese de proteínas que inibem o processo inflamatório (CONSENSO., 2006).

Os corticóides intranasais constituem o tratamento de primeira escolha para as formas persistentes de RA, sendo opção terapêutica efetiva e segura. Apesar disso, todos os corticosteróides de uso tópico são absorvidos e exibem efeitos sistêmicos na dependência da dose e da formulação empregadas. Por causa de sua boa atividade anti-inflamatória, baixa absorção e metabolismo de primeira passagem, corticóides tópicos de segunda geração são o tratamento de escolha na RA Persistente. A ação desses medicamentos é direcionada à redução da inflamação da mucosa nasal, levando à melhora dos sintomas da RA (CONSENSO., 2006; IBIAPINA et al., 2008; LOPES et al., 2009).

As opções de formulações para uso tópico nasal incluem o dipropionato de beclometasona (BDP), a flunisolida (não disponível em nosso meio), a acetona de triamcinolona (TA), a budesonida (BUD), o propionato de fluticasona (FP) e o furoato de mometasona (MF). Vale ressaltar que o FP e a BUD não são recomendados para menores de quatro anos e o MF para menores dois anos de idade. Já os demais corticosteróides intranasais são aprovados para uso acima dos seis anos de idade. A dose recomendada varia de uma a duas instilações em cada narina, uma a duas vezes ao dia, conforme o produto e a intensidade dos sintomas, não sendo recomendável exceder a dose de 400mcg (ou 440mcg) por dia (CONSENSO., 2006).

Após utilizar a dose inicial por cerca de duas semanas, recomenda-se a reavaliação do paciente, procurando se estabelecer a menor dose de manutenção capaz de controlar efetivamente os sintomas nasais. Com relação aos efeitos colaterais locais, verifica-se, raramente, a presença de irritação local, sangramento e perfuração septal (ibid.). Vale lembrar que corticosteróides de primeira geração, como a dexametasona e a betametasona, apresentam efeitos sistêmicos quando administrados de forma intranasal e, portanto, são contra-indicados (IBIAPINA et al., 2008).

Os corticosteróides orais podem ser adequados para o tratamento de sintomas nasais graves quando administrados como um ciclo de curta duração (de cinco a sete dias) e são preferíveis à administração única ou repetida de corticóide intramuscular, prática que deve ser evitada (WALLACE, D.V., et al, 2008).

Representando a classe dos antialérgicos, o cromoglicato dissódico possui ação estabilizadora da membrana do mastócito e, conseqüentemente, impede a ação dos mediadores químicos liberados durante a reação alérgica. É condição essencial para que ele seja efetivo, que seja utilizado de forma profilática por um período antes da exposição ao alérgeno, evitando a deflagração da resposta alérgica por quatro a oito horas. A utilização durante a crise alérgica não alivia os sintomas. Apresenta poucos efeitos colaterais (gosto amargo, irritação local, espirros), sendo muito seguro em crianças (CONSENSO., 2006; IBIAPINA et al., 2008; LOPES et al., 2009).

O cromoglicato dissódico de uso tópico nasal pode ser útil para o tratamento de manutenção da RA. O início de ação ocorre dentro de quatro a sete dias, mas o benefício total pode não ser evidente durante semanas. Esta droga não é tão efetiva quanto o corticosteróide intranasal e os dados são insuficientes para comparar este último aos AH e aos antagonistas de receptores de LTs (WALLACE, D.V., et al, 2008).

Os LTs são derivados do ácido araquidônico. No Brasil, o antileucotrieno disponível para o tratamento da RA é o montelucaste. Estudos clínicos demonstraram a efetividade deste medicamento no tratamento da RA, principalmente no alívio da congestão e secreção nasais, quando comparado ao placebo. O custo da medicação torna-se um empecilho para parcela da população e sua efetividade é baixa como monoterapia, sendo mais utilizado como tratamento adjuvante em pacientes que não apresentam resposta satisfatória a AH e corticóides intranasais (ibid).

A imunoterapia deve ser considerada em casos de RA Persistente moderada ou grave que não responderam satisfatoriamente à terapia convencional, em pacientes que não desejam permanecer exclusivamente sob farmacoterapia ou quando o uso dos medicamentos resulta em efeitos indesejáveis. A indicação da imunoterapia deve estar fundamentada em alguns aspectos principais: comprovação da sensibilização alérgica mediada por IgE, relevância da alergia no desencadeamento de sintomas do paciente e disponibilidade do extrato alergênico padronizado para o tratamento. Tem por objetivo reduzir o grau de sensibilização e consequentemente a inflamação tecidual característica da RA. A efetividade da imunoterapia depende da dose utilizada do antígeno alergênico (ibid).

O uso de solução salina nasal isotônica ou hipertônica na RA é controverso. Alguns estudos recentes têm sugerido que a utilização de solução salina hipertônica (3%) pode ser uma terapia adicional em pacientes com RA. Afecções como RA e rinossinusite crônica determinam prejuízo acentuado da depuração mucociliar, quer seja por alteração na composição do muco e/ou por diminuição na frequência do batimento ciliar. O mecanismo exato pelo qual a solução salina hipertônica atua na via aérea não é conhecido (CONSENSO., 2006; IBIAPINA et al., 2008).

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ICS/UFGA.

Esta pesquisa teve caráter de Estudo clínico – epidemiológico transversal, no Hospital Universitário Bettina Ferro de Sousa (HUBFS), instituição de ensino vinculada à Universidade Federal do Pará (UFPA), localizada na Rua Augusto Corrêa nº 01, cidade de Belém, PA, Amazônia Brasileira, sendo analisados prontuários PHUBFS de pacientes portadores de RA atendidos no HUBFS.

A amostra de estudo teve como número absoluto de 50 prontuários protocolados de portadores de RA, não atingindo a meta de amostra estimada em cem no período da pesquisa. Foram analisados prontuários protocolados de portadores de RA atendidos no HUBFS no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011, por conseguinte a pesquisa foi realizada no período de fevereiro 2011 a maio de 2011. Vale ressaltar que na análise de cinco prontuários foi constatado que cinco pacientes não retornaram à consulta e nem a remarcar, no período estabelecido.

Os dados foram coletados a partir de PHUBFS (ANEXO A) elaborados, aplicados e preenchidos pelos médicos-residentes através de entrevistas, mediante um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) previamente assinado pelo paciente ou responsável legal, os quais foram complementados por informações obtidas no prontuário do paciente (APÊNDICE A), preenchidos por médicos e/ou residentes do serviço de otorrinolaringologia do HUBFS.

3.1- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Prontuários e PHUBFS de pacientes com idade entre dois e sessenta anos;
- Ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. E no caso de menores de dezoito anos, assinado pelo responsável legal;
- Prontuários de pacientes com diagnóstico de RA.

3.2- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Prontuários de pacientes com malformações nasais;
- Prontuários de pacientes que não tiveram os PHUBFS preenchidos;
- PHUBFS sem nome e matrícula preenchidos.

Todos os pacientes da pesquisa ou seus representantes legais assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, indicando que aceitaram participar do estudo em questão.

Em caso de pacientes menores de 18 anos, o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado por um dos pais, ou na inexistência destes, pelo parente mais próximo ou responsável legal.

A pesquisa apresentava risco mínimo, que poderia estar associada a perguntas que poderiam causar algum constrangimento à população envolvida e para controle de tal evento foi realizado teste-piloto para ajuste do questionário, não tendo nenhum fato desse ocorrido no período da pesquisa.

As variáveis estudadas foram os sintomas nasais; fatores desencadeantes; antecedentes pessoais; antecedentes familiares alérgicos; classificação da RA; tratamento instituído; evolução dos sintomas após tratamento.

Para análise estatística utilizou-se o programa BioEstat versão 5.0. As variáveis quantitativas e qualitativas foram expostas em tabelas e gráficos utilizando-se o programa Microsoft Excel 2007 com representação por frequência absoluta (n) e relativa (%).

A associação dessas variáveis com as de interesse foi verificada pelo Teste G Trata-se de um teste não paramétrico para duas amostras independentes. Semelhante em todos os aspectos ao Qui Quadrado para dados categóricos. Os escores devem ser mensurados a nível nominal ou ordinal e as amostras podem apresentar duas ou mais categorias.

TESTE G (FÓRMULA):

$$G = 2 \sum_{i=1}^K F_i \times \ln \left(\frac{f_i}{\hat{f}_i} \right); \quad gl = k - 1$$

onde :

f_i = frequência observada;

$\hat{f}_i$ = frequência esperada;

k = número de categorias.

As análises multivariadas foram efetuadas pela regressão logística múltipla. Adotou-se o nível de significância de 0,05 ($\alpha = 5\%$). Níveis descritivos (P) inferiores a este valor foram considerados significantes.

Uma consideração a ser feita, foi quanto à dificuldade encontrada nos preenchimentos dos prontuários, visto que geralmente os responsáveis pelo mesmo na maioria das vezes não redigiram o exame físico ou não colocaram a melhora dos sintomas, sendo a conduta refeita ou mantida e até mesmo não houve comparecimento do paciente à consulta marcada.

4. RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, observa-se que a faixa etária de maior predomínio foi a de 26 anos a 37 anos incompletos, agregando 36% do total. Seguida pela população de 37 a 48 anos incompletos e de quatro a 15 anos incompletos, com respectivamente 26% e 22%. As faixas etárias com números menores de participantes foram as de 15 a 26 anos incompletos e 48 a 59 anos incompletos que representaram respectivamente 12% e 4% do total, com média de idade de aproximadamente 28 anos (4- 57 anos).

Tabela 1 – Idade dos participantes da pesquisa sobre Efetividade do tratamento de RA, realizada no ano de 2011

Idade	Quantidade	Percentual
4.0 — 15.0	11	22.0
15.0 — 26.0	6	12.0
26.0 — 37.0	18	36.0
37.0 — 48.0	13	26.0
48.0 — 59.0	2	4.0
Total	50	100.0

Fonte: Serviço de ORL do HUBFS

A Figura 6 mostra que a população de mulheres representa uma fatia maior do que a dos homens, analisando a população do presente estudo no período da pesquisa, tendo uma representatividade de 68% (n= 34), contra 32% (n= 16) do gênero masculino.

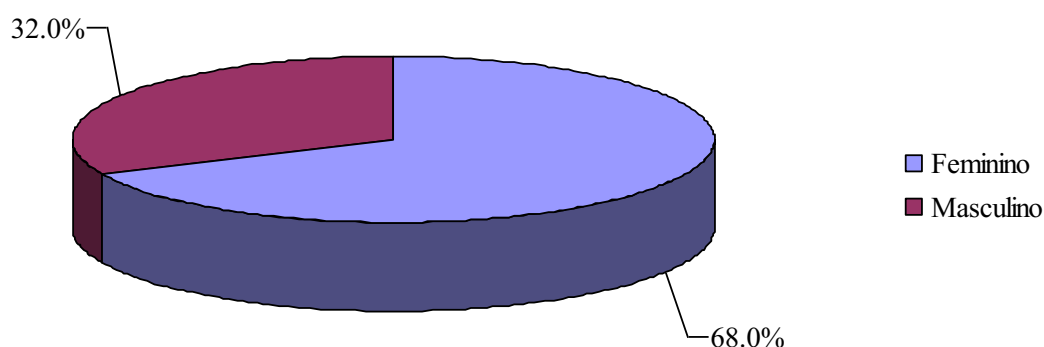


Figura 6 – Gênero dos participantes da pesquisa sobre Efetividade do tratamento de RA, realizada no ano de 2011

Com a análise da Tabela 2, pode-se observar que 49 pacientes relataram ter obstrução nasal, 41 disseram possuir prurido nasal, 40 pacientes citaram espirros, 35 disseram sofrer de coriza e apenas dez pacientes referiram rinorréia. Já analisando os sintomas oculares, 35 afirmaram ter lacrimejamento, 34 pacientes referiram prurido e 21 disseram ter edema palpebral. Por fim, em se tratando de sintomas auditivos, 21 se queixaram de obstrução, 20 de prurido, 14 de hipoacusia e 11 de otalgia.

Tabela 2 – Sintomas Nasais, Sintomas Oculares e Sintomas Auditivos dos participantes da pesquisa sobre Efetividade do tratamento de RA, realizada no ano de 2011.

Sintomas Nasais	Quantidade	Percentual
Prurido	41	23.4
Obstrução	49	28.0
Espirros	40	22.9
Coriza	35	20.0
Rinorréia	10	5.7
Total	175	100.0
Sintomas Oculares		
Prurido	34	37.8
Lacrimejamento	35	38.9
Edema Palpebral	21	23.3
Total	90	100.0
Sintomas Auditivos		
Obstrução	21	31.8
Prurido	20	30.3
Hipoacusia	14	21.2
Otalgia	11	16.7
Total	66	100.0

Fonte: Serviço de ORL do HUBFS

Os fatores desencadeantes e antecedentes pessoais foram analisados nas Figuras 7 e 8. Dentre os fatores mais citados observamos a poeira (45 pacientes), o pelo (29 pacientes), o fumo (24 pacientes), o cão (20 pacientes), as alterações meteorológicas (18 pacientes) e os irritantes específicos (17 pacientes). Já nos antecedentes, verificamos que cinco pacientes relataram ter asma, quatro afirmaram ter alergia a picadas de insetos e três disseram possuir alguma alergia a drogas.

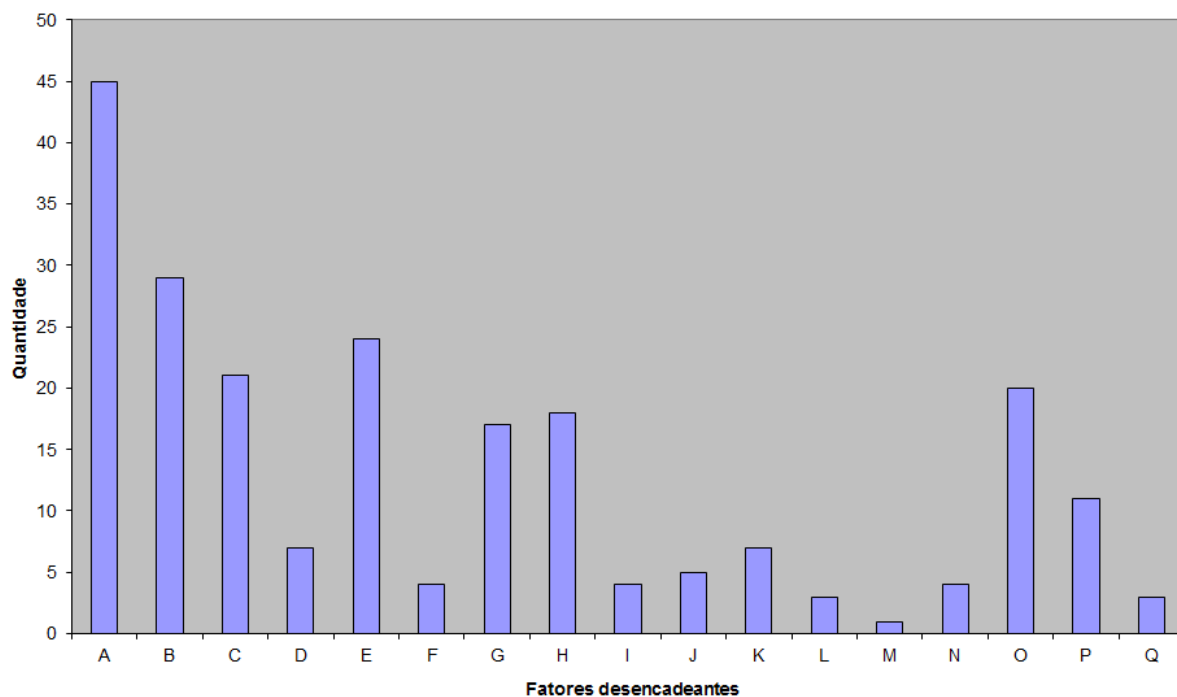


Figura 7 - Fatores Desencadeantes dos participantes da pesquisa sobre Efetividade do tratamento de RA, realizada no ano de 2011. Legenda: A-Poeira; B-Pelo; C-Fungos; D-Lã; E-Fumo; F-Pólen; G-Irritantes específicos; H-Alterações meteorológicas; I-Exercícios; J-Fator emocional; K-Alimentos; L-Roupa; M-Banho quente; N-Medicamentos; O-Cão; P-Gato; Q-Outros.

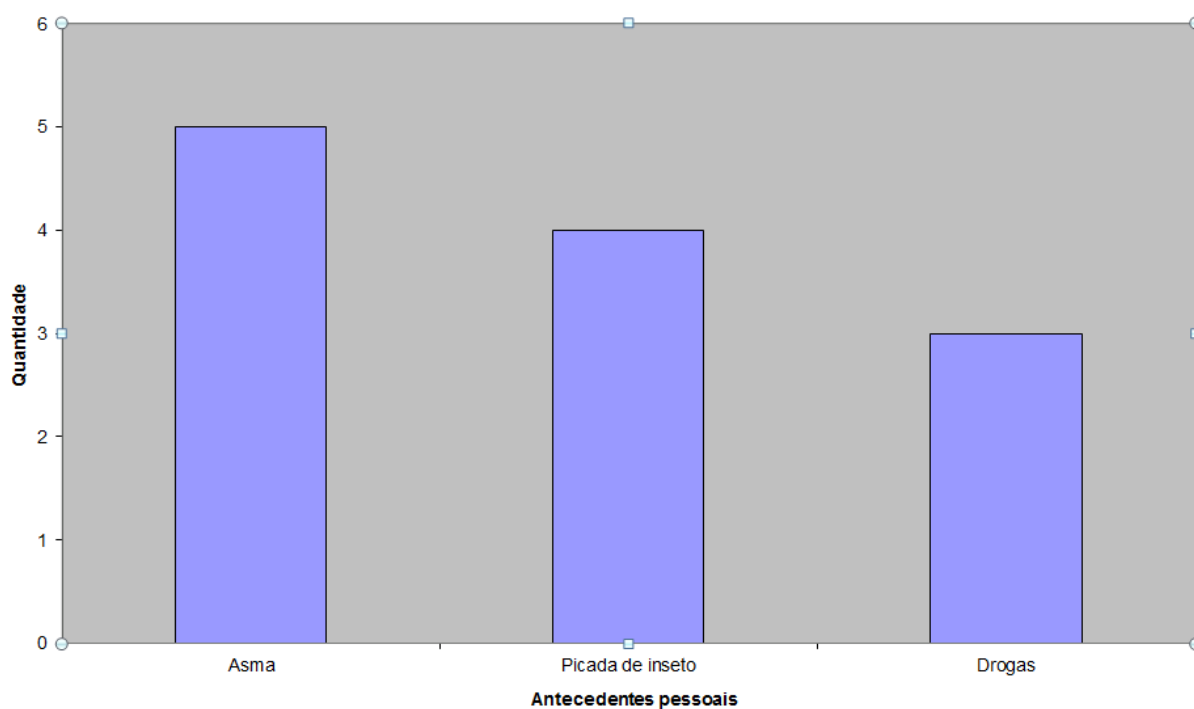


Figura 8 – Antecedentes Pessoais dos participantes da pesquisa sobre Efetividade do tratamento de RA, realizada no ano de 2011

Na Tabela 3 observa-se que 26% dos pacientes relataram que tinham pai portador da RA e 2% relataram que o pai tinha alguma doença tópica. Já nos antecedentes alérgicos familiares das mães, 18% referiram que a mesma tinha RA e 2% disseram que sua progenitora possuía asma. Em se tratando dos filhos, 18% dos descendentes possuíam RA e 2% doença tópica. Quanto aos irmãos, 18% RA e 4% asma.

Tabela 3 – Antecedentes Familiares: Pai, Mãe, Filhos e Irmãos, referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do tratamento de RA, realizada no ano de 2011.

Antecedentes Familiares Alérgicos Pai	Quantidade	Percentual
Rinite Alérgica	13	26.0
D. Tópica	1	2.0
Não Informado	36	72.0
Total	50	100.0
Antecedentes Familiares Alérgicos Mãe		
Rinite Alérgica	9	18.0
Asma	1	2.0
Não Informado	40	80.0
Total	50	100.0
Antecedentes Familiares Alérgicos Filhos		
Rinite Alérgica	9	18.0
D. Tópica	1	2.0
Não Informado	40	80.0
Total	50	100.0
Antecedentes Familiares Alérgicos Irmãos		
Rinite Alérgica	9	18.0
Asma	2	4.0
Não Informado	39	78.0
Total	50	100.0

Fonte: Serviço de ORL do HUBFS

A maioria dos pacientes reside em área urbana (Tabela 4), sendo 44. Só dois moram em área rural e um não informou onde reside. Dentre esses, somente 13,2% referiram ter rua asfaltada, 19,7% moram em áreas que possuem lixo por perto, assim como 28,9% em áreas com brejo, 15,8% perto de rios e 22,4% próximos de alguma fábrica.

Tabela 4 – Descrição do Ambiente (Meio Externo e Moradia), referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do tratamento de RA, realizada no ano de 2011.

Descrição do Ambiente	Quantidade	Percentual
Meio Externo		
Cidade	44	88.0
Rural	5	10.0
Não Informado	1	2.0
Total	50	100.0
Moradia		
Rua Asfaltada	10	13.2
Lixo	15	19.7
Brejo	22	28.9
Rio	12	15.8
Fábrica	17	22.4
Total	76	100.0

Fonte: Serviço de ORL do HUBFS

Analisando a Tabela 5, observa-se que ao exame de rinoscopia anterior realizado quando visualizados os cornetos, 80% tinham os mesmos hipertrofiados e 4% normotróficos. Na análise da mucosa nasal, 92% dos pacientes apresentaram-na hipocorada/pálida. Trinta e três examinados apresentaram desvio de septo nasal, quando este foi analisado.

Tabela 5 – Rinoscopia Anterior: Cornetos, Mucosa Nasal e Septo Nasal, referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do tratamento de RA, realizada no ano de 2011

Rinoscopia Anterior - Cornetos	Quantidade	Percentual
Normotróficos	2	4.0
Hipertróficos	40	80.0
Não Informado	8	16.0
Total	50	100.0
Rinoscopia Anterior - Mucosa Nasal		
Normocorada	1	2.0
Hipocorada/pálida	46	92.0
Cianótica	1	2.0
Hiperemiada	1	2.0
Não Informado	1	2.0
Total	50	100.0
Rinoscopia Anterior - Septo Nasal		
Centrado	13	26.0
Desvio	33	66.0
Não Informado	4	8.0
Total	50	100.0

Fonte: Serviço de ORL do HUBFS

A Tabela 6 evidencia o exame de endoscopia nasal da fossa nasal direita. Trinta e oito pacientes apresentaram corneto inferior hipertrófico, quatro possuíam o mesmo normotrófico, outros quatro o tinham hipocorado/pálido, um paciente apresentava o corneto hipotrófico e um tinha o mesmo normocorado. Examinando o corneto médio foi visualizado que 62% estavam hipertróficos, 20% normotróficos, 12% hipocorado/pálido e 2% normocorado. Quando analisado o meato inferior, 58% apresentavam o mesmo livre e 30 % apresentavam-no com rinorréia. Já no meato médio, 58 % estavam livres e 24% com rinorréia. Ao exame do septo nasal, 58% apresentavam desvio e 28% tinham o septo centrado.

Tabela 6 – Corneto Inferior, Médio, Meato Inferior, Médio e Septo Nasal do Lado Direito visualizados na Endoscopia Nasal referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do tratamento de RA, realizada no ano de 2011

Corneto Inferior	Quantidade	Percentual
Normotróficos	4	8.0
Hipotróficos	1	2.0
Hipertróficos	38	76.0
Normocorado	1	2.0
Hipocorado/pálido	4	8.0
Não Informado	2	4.0
Total	50	100.0
Corneto Médio		
Normotróficos	10	20.0
Hipertróficos	31	62.0
Normocorado	1	2.0
Hipocorado/pálido	6	12.0
Não Informado	2	4.0
Total	50	100.0
Meato Inferior		
Livre	29	58.0
Rinorréia	15	30.0
Não Informado	6	12.0
Total	50	100.0
Meato Médio		
Livre	29	58
Rinorréia	12	24
Outros	2	4
Não Informado	7	14
Total	50	100
Septo Nasal		
Centrado	14	28
Desvio	29	58
Não Informado	7	14
Total	50	100

Fonte: Serviço de ORL do HUBFS

A Tabela 7 apresenta o exame de endoscopia nasal da fossa nasal esquerda. Trinta e seis pacientes apresentaram corneto inferior hipertrófico, quatro possuíam o mesmo hipocorado/pálido, dois apresentavam corneto normotróficos, um tinha o mesmo hipotrófico e outro paciente o apresentava normocorado. Examinando o

corneto médio foi visualizado que 58% estavam hipertróficos, 18% normotróficos, 10% hipocorado/pálido e 2% normocorado. Quando analisado o meato inferior, 46% apresentavam este livre e 36% com rinorréia. Já no meato médio, 58 % estavam livres e 18% com rinorréia. Ao exame do septo nasal, 64% apresentavam desvio e 20% tinham o mesmo centrado.

Tabela 7 – Corneto Inferior, Médio, Meato Inferior, Médio e Septo Nasal do Lado Esquerdo visualizados na Endoscopia Nasal referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do tratamento de RA, realizada no ano de 2011

Corneto Inferior	Quantidade	Percentual
Normotróficos	2	4.0
Hipotróficos	1	2.0
Hipertróficos	36	72.0
Normocorado	1	2.0
Hipocorado/pálido	4	8.0
Não Informado	6	12.0
Total	50	100.0
Corneto Médio		
Normotróficos	9	18.0
Hipertróficos	29	58.0
Normocorado	1	2.0
Hipocorado/pálido	5	10.0
Não Informado	6	12.0
Total	50	100.0
Meato Inferior		
Livre	23	46.0
Rinorréia	18	36.0
Outros	1	2.0
Não Informado	8	16.0
Total	50	100.0
Meato Médio		
Livre	29	58
Rinorréia	9	18
Outros	1	2
Não Informado	11	22
Total	50	100
Septo Nasal		
Centrado	10	20
Desvio	32	64
Não Informado	8	16
Total	50	100

Fonte: Serviço de ORL do HUBFS

A classificação da RA é demonstrada na Tabela 9, onde observa-se que 64% dos pacientes analisados foram classificados como tendo RA do tipo Persistente Grave, seguidos pelos que tiveram o diagnóstico de RA Intermitente Moderada (14%), de RA Intermitente Grave, de RA Persistente Leve e de RA Persistente Moderada, estes três grupos com 6% cada. Apenas 4% dos pacientes tiveram como classificação a RA Intermitente Leve.

Tabela 8 – Classificação dos pacientes com Rinite Alérgica referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do tratamento de RA, realizada no ano de 2011

Classificação	Quantidade	Percentual
Intermitente Leve	2	4.0
Intermitente Moderada	7	14.0
Intermitente Grave	3	6.0
Persistente Leve	3	6.0
Persistente Moderada	3	6.0
Persistente Grave	32	64.0
Total	50	100.0

Fonte: Serviço de ORL do HUBFS

De acordo com a Tabela 9 observa-se que 24 pacientes relataram algum tipo de melhora do prurido nasal, 30 pacientes referiram melhora da obstrução nasal, 24 disseram que obtiveram melhora dos espirros, 21, da coriza e seis observaram melhora da rinorréia.

Tabela 9 – Cruzamento entre Sintomas Nasais e Melhora, referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do tratamento de RA, realizada no ano de 2011

Sintomas Nasais	Melhora			Total
	Ausência Melhora	Melhora Moderada	Melhora	
Prurido	13	17	7	37
Obstrução	14	20	10	44
Espirros	11	16	8	35
Coriza	10	15	6	31
Rinorréia	2	5	1	8
Total	50	73	32	155

Fonte: Serviço de ORL do HUBFS

Teste G = 1,1696 p valor = 0,9969 (Não Significativo)

Analisando a Tabela 10, verifica-se que 18 pacientes alcançaram melhora do prurido ocular, 18 afirmaram algum tipo de melhora do lacrimejamento e nove referiram melhora do edema palpebral.

Tabela 10 – Cruzamento entre Sintomas Oculares e Melhora, referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do tratamento de RA, realizada no ano de 2011.

Sintomas Oculares	Melhora			Total
	Ausência Melhora	Melhora Moderada	Melhora	
Prurido	12	13	5	30
Lacrimejamento	12	13	5	30
Edema Palpebral	8	6	3	17
Total	32	32	13	77

Fonte: Serviço de ORL do HUBFS

Teste G = 0,3593 p valor = 0,9857 (Não Significativo)

Na Tabela 11 é apresentado o nível de melhora dos sintomas auditivos. Os pacientes que obtiveram melhora da obstrução (n=5), melhora parcial do prurido (n=11), e sem melhora seis da hipoacusia e dois da otalgia.

Tabela 11 – Cruzamento entre Sintomas Auditivos e Melhora, referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do tratamento de RA, realizada no ano de 2011.

Sintomas Auditivos	Melhora			Total
	Ausência Melhora	Melhora Moderada	Melhora	
Obstrução	4	8	5	17
Prurido	5	11	2	18
Hipoacusia	6	4	2	12
Otalgia	2	3	2	7
Total	17	26	11	54

Fonte: Serviço de ORL do HUBFS

Teste G = 4,2705 p valor = 0,6401 (Não Significativo)

Na Tabela 12 podemos analisar a melhora de cada grupo de acordo com classificação e com o uso das medicações associadas ao tratamento. Observa-se que o grupo com RA Intermitente Leve todos obtiveram melhora (parcial e total), sendo 2 pacientes, seguidos dos com diagnóstico de RA Intermitente moderada ou grave/ Persistente Leve (75% deles tiveram melhora total). Dentre todos os grupos,

o da Persistente Moderada/Grave, foi o que teve menor percentual de melhora total com 61,29%.

Tabela 12 – Cruzamento entre Uso de Medicação, Melhora e Classificação, referente aos participantes da pesquisa sobre Efetividade do tratamento de RA, realizada no ano de 2011.

Melhora	Classificação	Medicamento						Uso inadequado/não usou	%
		CT	CO	AH	CT+AH	CT+CO+AH	CT+CO+AH +O		
Ausência de melhora	Intermitente leve								
	Intermitente moderada grave/persistente leve	2			1				6,7
	Persistente moderada grave					7	1	4	26,7
	Total	2			1	7	1	4	33,4
Melhora moderada	Intermitente leve					1			2,2
	Intermitente moderada grave/persistente leve	1			4				11,1
	Persistente moderada grave				4	10			31,1
	Total	1			8	11			44,4
Melhora	Intermitente leve	1							2,2
	Intermitente moderada grave/persistente leve				4				8,9
	Persistente moderada grave	1				4			11,1
	<u>total</u>	2			4	4			22,2
Total		5			13	22	1	4	100

Fonte: Serviço de ORL do HUBFS

Ausência de Melhora Teste G = 9,2769 p valor = 0,0545 (Não Significativo)

Melhora Moderada Teste G= 5,5100 p valor = 0,2388 (Não Significativo)

Melhora Teste G= 10,6851 p valor = 0,0303 (Significativo)

5. DISCUSSÃO

A RA é uma doença crônica que merece ser abordada, devido a poucos estudos sobre esse assunto. Acomete todas as faixas etárias, independentes de gênero e raça.

No levantamento AILA (Alergias na América Latina pesquisa) a RA tem o potencial de ser extremamente debilitante, caso não seja gerida de forma correta ou controlada através de uma combinação de tratamento e redução de exposição ao alérgeno, porém as prioridades de gestão para pacientes com RA ainda não estão sendo atendidas. A pesquisa demonstrou diversas áreas no tratamento da RA que precisam ser dirigida a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e também mostrou a necessidade de um maior nível educacional do paciente a respeito da RA, uma vez que não é apreciada e pode levar a quadros debilitantes (ROSÁRIO, N.A., BRANCATELLI, A., 2004).

Em nosso estudo a predominância de idade foi de adultos de 26 a 37 anos incompletos, sendo 36% do total. Não podendo ser comparado este estudo com outros trabalhos, visto que a maioria se tratava de pesquisas feitas com crianças e adolescentes.

Em um estudo feito por Nelson A. Rosário e Armando Brancatelli denominado “Avaliação da Aceitabilidade, Tolerabilidade e Efetividade do Dipropionato de Beclometasona Nasal Aquoso 100 µg, Administrado em Dose Única Diária no Tratamento da RA” foi verificado em relação ao gênero um ligeiro predomínio de pacientes do gênero feminino (55.8%) em concordância com o presente estudo no qual 68% dos pacientes eram do gênero feminino (Figura 6).

Segundo uma pesquisa intitulada “Rinite Alérgica e sua interferência na vida de crianças e adolescentes acompanhados em serviço de referência: avaliação do nível de satisfação com o tratamento” os investigados sobre os sintomas mais comuns que ocorreram no mês de pior evolução apontaram os seguintes sintomas, espirros em salva, prurido nasal e congestão como os de maior frequência. O

sintoma que mais incomodou foi a congestão nasal (moderado/extremo), seguidos pelos espirros em salva e prurido nasal. Também foi abordado o incômodo pelo acometimento ocular (hiperemia ocular) o qual foi significativo, referido por 37,8% dos pacientes (CORTI, A.C.R., 2010).

Na Tabela 2 observa-se a variedade de sintomas referidos pelos pacientes com RA, dentre eles os mais destacados da amostra, foram obstrução nasal com 98%, concordando com estudo acima citado no que se refere a incômodo maior, em segundo prurido nasal com 82%, espirros com 80%, lacrimejamento e coriza com 70%, prurido ocular com 68%, obstrução auditiva com 42%.

Cerca de 80% das pessoas com asma têm RA e aproximadamente 15% a 30% dos portadores de rinite têm sintomas de asma, conforme uma pesquisa multicêntrica mostrada em um estudo de base populacional realizado com adolescentes brasileiros, que cerca de 10% deles tinham concomitância de sintomas de RA e asma (IBIAPINA, C.C. et al,2008).

Observando a Figura 7, pode-se verificar que dentre os 50 pacientes protocolados relataram ter como fator desencadeante da RA: 90% a poeira, 58% o pelo, 42% o fungo, 62% o cão/gato e o fumo em 48%. Sendo a poeira o principal agente que desencadeia o quadro alérgico, deve-se fazer, além do tratamento proposto, um controle do ambiente com medidas educacionais.

Conforme a ARIA, a quantidade de animais domésticos tem se elevado em grande proporção nos últimos 30 anos, especialmente em países em desenvolvimento. Cão e gato produzem o alérgenos principalmente na asma e RA, onde no primeiro é encontrado em pelos, saliva, pele e urina, podendo ser facilmente transportada em partículas de suspensão, já no segundo são encontrados os alérgenos em glândulas sebáceas, saliva e glândulas perianais e o principal é o pelo, podendo permanecer no ar por longos períodos (BOUSQUET, J et al., 2008).

O fumo é o principal poluente inalável e maior agressor do epitélio nasal, que pode desencadear e exacerbar RA (CONSENSO., 2006).

Neste estudo a Figura 8 mostra que dentre os antecedentes pessoais de alergia foram relatados apenas asma, picada de mosquito e drogas, sendo a primeira com 41,7%, a segunda 33,3%, e a ultima 25% de um total de 12 relatos referidos.

De acordo com o II Consenso Brasileiro de Rinites, os ácaros da poeira domiciliar têm mais de 20 componentes alergênicos identificados, destacando-se as partículas fecais cobertas por proteases resultantes de resíduos de degradação da lisina. Informa que cem ácaros por grama de poeira domiciliar pode sensibilizar um lactente ou criança de baixa idade geneticamente predisposta a doenças alérgicas. No colchão e travesseiros os ácaros se alimentam das descamações da pele humana, sendo seu crescimento especialmente favorecido em ambientes com cobertores, umidificadores, carpetes e almofadas. Já os fungos são alérgenos que proliferam principalmente quando há umidade excessiva no ambiente. Sintomas persistentes que se agravam com o tempo frio e umidade sugerem hipersensibilidade ao mofo. As plantas na parte interna do domicílio podem funcionar como reservatório de fungos (CONSENSO..., 2006)

A RA é uma doença multifatorial englobando doença genética e fatores ambientais que influenciam o desenvolvimento. Doenças alérgicas como asma e rinite têm fenótipos intimamente relacionados e, muitas vezes ocorrem com atopia. Eles mostram forte relação familiar e intraindividual, sugerindo uma etiologia de doença genética. No entanto, alguns polimorfismos genéticos têm sido associado a rinite sozinho, mas problemas com a definição dos fenótipos estudados, o pequeno tamanho da população e a falta de reprodutibilidade dos resultados ainda impede uma generalização (KURZ, T., et al, 2005).

Adultos com antecedentes familiares de rinite tem um risco duas a seis vezes maior de desenvolver a doença (LUNDBÄCK, B., 1998).

Nosso trabalho concorda com a literatura, visto que se observa na Figura 8 que 26% dos pacientes relataram que seu pai era portador da RA e 2% relataram que o pai tinha alguma doença tópica. Já nos antecedentes alérgicos familiares das mães, 18% referiram que a mesma tinha RA e 2% disseram q possuíam asma. Em

se tratando dos filhos, 18 % dos descendentes possuíam RA e 2% doença tópica. Quanto aos irmãos, 18% RA e 4% asma.

Impõe-se tratamento com corticóide inalatório pela via oral e corticóide intranasal na simultaneidade de asma e RA, respectivamente. Na indisponibilidade de corticóides tópicos nasais, pode-se modificar a técnica usual e administrar o corticóide inalatório por meio da inalação nasal através do uso de máscara facial acoplada a espaçador valvulado de grande volume, o que se mostrou eficaz no tratamento de ambas as afecções em dois ensaios clínicos realizados no Brasil (BRASIL, 2010).

De acordo com a Tabela 8, observa-se que no presente estudo, 76% dos pacientes analisados foram classificados como tendo RA do tipo Persistente e 24% do tipo Intermitente. Assim sendo, este estudo concorda com vários estudos, como o estudo de Rosário e Brancatelli, realizado em 2004, em que 58.9% dos pacientes analisados tinham RA Persistente e 39.2%, possuíam RA Intermitente.

A RA geralmente é acompanhada de prurido e de lacrimejamento ocular, podendo ocorrer também prurido no conduto auditivo externo, palato e faringe, frequentemente predominando sintomas oculares como: prurido ocular, hiperemia conjuntival, lacrimejamento, fotofobia e dor local. A congestão nasal é queixa frequente dos pacientes, podendo ser intermitente ou persistente, bilateral ou unilateral, variando com o ciclo nasal e tende a ser mais acentuada à noite (CONSENSO..., 2006).

As Tabelas 9, 10 e 11, abordam a correlação entre os sintomas relativos à RA e a melhora. Analisando os sintomas nasais, dentre os 45 pacientes que retornaram à consulta, 64,86% apresentaram melhora do prurido, 68,18% da obstrução, 68,57% do espirro, 67,74% da coriza e 75% da rinorréia, não atingindo um valor significativo de melhora entre eles. No caso dos sintomas oculares, observamos que houve melhora prurido do em 60% dos pacientes, do lacrimejamento em 60% e do edema palpebral em 52,94%, não obtendo um valor significativo entre eles. Já dentre os que apresentavam sintomas auditivos, 76,47% relataram melhora da obstrução,

72,22% do prurido, 50% da hipoacusia, 71,42% da otalgia, também não obtendo valor de destaque entre eles.

De acordo com o tratamento proposto por Classificação no PHUBFS expressado na Tabela 12, em números relativos, no que discorre sobre a melhora no uso correto das medicações, observou-se que todos classificados como RA Intermitente Leve obtiveram melhora (dois), seguidos dos pacientes com RA Intermitente moderada/grave ou RA Persistente Leve (75%), que tiveram melhora (moderada ou acentuada). O percentual de melhora segue com o grupo dos pacientes com RA Persistente Moderada/Grave com 61,29% de melhora moderada ou acentuada. O grupo que teve menor percentual de melhora foi este último. Não houve diferença significativa entre as variáveis de melhora parcial e ausência de melhora. Houve correlação entre os caracteres sobre Melhora total tendo valor significativo a efetividade do tratamento.

Segundo o Consensus Statement on the Treatment of Allergic rhinitis, a regularidade do uso de CT é eficaz na redução da obstrução nasal, pruridos, rinorréia, espirros em adultos e crianças. Porém, não há informações de eficácia e segurança no uso de corticóides sistêmicos (VAN CAUWENBERGE ET AL, 2000). Já o estudo do The Diagnosis and Management of Rhinitis: An Updated Practice Parameter, diz que um curto período (cinco a sete dias) de uso desta medicação é apropriado para o tratamento dos sintomas nasais severos ou intratáveis (WALLACE, D.V., et al, 2008). De acordo com a metanálise feita no estudo intitulado Intranasal Corticosteroids versus Oral H1 Receptor Antagonists in Allergic Rhinitis: Systematic Review of Randomised Controlled Trials, de 16 estudos avaliados, confirmou-se que os corticosteróides intranasais foram significativamente mais eficaz em aliviar obstrução nasal, prurido e rinorréia, e gotejamento pós-nasal do que os anti-histamínicos orais (WEINER, J.M.; ABRAMSON, J. M.; PUY, R.M., 1998).

Segundo Van Cauwenberge et al (2000), o uso de AH oral é eficaz em sintomas nasais como rinorréia aquosa, prurido, espirros, além de sintomas não nasais como conjuntivite e urticária, porém estes medicamentos são menos efetivos para obtenção de melhora do sintoma de obstrução nasal.

6. CONCLUSÃO

Este estudo mostrou efetividade no tratamento da RA nos pacientes atendidos no serviço de otorrinolaringologia do Hospital Universitário Bettina ferro de Souza teve, entre os sintomas relativos à RA e a melhora, valores relativos no que concerne aos sintomas nasais, principalmente da rinorréia (75%), obstrução (68,18%), seguida do espirro (68,57%), da coriza (67,74%), do prurido (64,86%), apesar de não atingir um valor significativo de melhora entre eles. Em se tratando de sintomas auditivos, a principal melhora foi o da obstrução, com 76,47% dos pacientes, seguida do prurido (72,22%) e da otalgia, com 71,42%.

No caso dos grupos avaliados, todos os pacientes com RA Intermitente Leve obtiveram melhora, seguidos dos com RA Intermitente moderada/grave ou Persistente Leve. O grupo que teve menor percentual de melhora foi o dos pacientes com RA Persistente Moderada/Grave. O percentual de melhora segue com os pacientes possuidores de RA Intermitente moderada/grave ou Persistente Leve com 75% que tiveram melhora (moderada ou acentuada). Finalizando, o grupo com pacientes diagnosticados com RA Persistente Moderada/Grave com 61,29% com melhora moderada ou acentuada.

A RA é um problema de saúde que merece uma abordagem em pesquisa ampla, visto que faltam trabalhos de uma avaliação na abordagem terapêutica e acompanhamento do paciente, e os mesmos estão ou não regularmente fazendo uso da medicação, pois muitos o abandonam após curto período de tempo, o que pode acarreta queda na qualidade de vida.

A boa relação médico-paciente, através da escolha do medicamento mais adequado, dos esclarecimentos e das orientações, pode trazer benefícios à aderência ao tratamento correspondente à gravidade da sintomatologia. A irregularidade no uso do medicamento ou o uso inadequado do mesmo, pode trazer a falsa ideia de que o medicamento não é efetivo, levando ao abandono do tratamento. Vale ressaltar que a apresentação do medicamento, posologia e efeitos colaterais devem ser informados ao paciente e deve-se orientar o uso correto dos

medicamentos inaláveis e na consulta de retorno indagar ao paciente de como ele faz o uso do medicamento.

REFERÊNCIAS

- AYRES, M; AYRES JR., M; AYRES D.L. e SANTOS, A.S. BioEstat 5.0: **Aplicações estatísticas nas área de Ciências Biológicas e Médicas**. Belém: Sociedade Civil Mamirauá, MCT – CNPq, Conservation International, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. **Normas e Manuais Técnicos cadernos de Atenção Básica**. série A, n. 2, pg. 160. Brasília, 2010.
- _____. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública nº 99, 16 de dez de 2002. **Regulamento Técnico de Registro, Alterações e Inclusão Pós-Registro e Revalidação dos Produtos Alergênicos, constante do Anexo desta Resolução**. Disponível em <www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B3591-1-0%5D.PDF>. Acessado em 19 de julho de 2011.
- BRAUNWALD, E. et al. (Org.) **Harrison: Princípios de Medicina Interna**. 17.ed. São Paulo: Mc Graw Hill, 2008.
- BOUSQUET, J et al. **Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update**. Allergy, [S.l.], v. 63, p. 8-160, Suplemento 86, 2008.
- *BOUSQUET, J et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma initiative. **Pocket guide**. 2007, WHO. Disponível em <<http://www.whiar.org/Documents&Resources.php>>, acessado em 18 jul 2011.
- CAMELO-NUNES, I.C.; SOLE, D. Rinite alérgica: indicadores de qualidade de vida. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.36, n.1, p.124-133, 2010.
- CAMELO-NUNES, I.C; SOLE, D.; A dimensão do problema da asma e da rinite alérgica no Brasil: Prevalência, Hospitalizações e Mortalidade. **Gazeta Médica da Bahia**, v.78, supl.2, p.3-10, 2008.
- CAMPANHA, S.M.A.; FREIRE, L.M.S.; FONTES, M.J.F. O impacto da asma, da rinite alérgica e da respiração oral na qualidade de vida de crianças e adolescentes. **Revista CEFAC**, v.10, n.4, p.513-519, out./dez. 2008.
- CONSENSO BRASILEIRO SOBRE RINITES, 2. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, v.29,n.1, jan./fev. 2006. Separata
- COSTA, G.G. **Avaliação da habilidade quimiotóxica e da adesão de eosinófilos de pacientes com rinite alérgica: Efeito da eotaxina e interleucina-5**. Campinas, 2004. 73f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 2004.
- CORTI, A.C.R. et al. Rinite alérgica e sua interferência na vida de crianças e adolescentes acompanhados em serviço de referência: Avaliação do nível de satisfação com o tratamento. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**. v. 336, n. 6, pg. 229-234, 2010.

ENDOSCOPY. **Visualización Directa Endonasal.** Disponível em:<<http://www.doctorgallardo.com/site-en/endoscopy.html>>. Acesso em: 13 nov. 2010

IBIAPINA, C.C. et al. . Asthma and allergic rhinitis co-morbidity: a cross-sectional questionnaire study on adolescents aged 13-14 years. **Primary care respiratory journal.** v. 17, pg. 222-225, 2008.

IBIAPINA, C.C. et al. Rinite alérgica: aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.34, n.4, p.230-240, 2008.

IMAGENS Endoscópicas de Alterações Nasais Comuns. **As principais causas de obstrução nasal são os desvios septais e as hipertrofias de cornetos.** Disponível em:< <http://www.rinoplastiabrasil.com.br/rinoplastia/doencas-do-nariz/imagens-endoscopicas-de-alteracoes-nasais-comuns>>. Acesso em: 13 nov. 2010

KURZ, T. et al. A genome-widescreen on the genetics of atopy in a multiethnic European population reveals a major atopy locus on chromosome 3q21.3. **Allergy.** v. 60, pg. 192–199. 2005.

LOPES, A.C. et al. (Org.) **Tratado de Clínica Médica.** 2.ed. São Paulo: Roca. V. 3, 2009.

LUNDBÄCK, B. Epidemiology of rhinitis and asthma. **Clinical & Experimental Allergy Journal.** V.28 Suppl 2, pg. 3-10, 1998.

ROSARIO, N. A.; BRANCATELLI, A. Avaliação da Aceitabilidade, Tolerabilidade e Efetividade do Dipropionato de Beclometasona Nasal Aquoso 100 µg, Administrado em Dose Única Diária no Tratamentoda Rinite Alérgica. **Revista Eletrônica de Otorrinolaringologia.** Disponível em<http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acer vo_port_print.asp?id=270> rev. elet. OLG. 2004 v. 8, n. 2- Abr/Jun. Acessado em 23 de out de 2010

SKIN PRICK Allergy Test Healthwise Article. **Skin prick allergy test.** Disponível em:<<http://www.emedicinehealth.com/script/main/art.asp?articlekey=138637&ref=128925>>. Acesso em: 13 nov. 2010

SOLE, D. et al. 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. **Jornal de Pediatria**, v.82, supl.5, p.341-346, 2006.

VIEIRA, SÔNIA & HOSSNE, WILLIAN SAAD, **Metodologia científica para a área de saúde**, Rio de Janeiro RJ, Ed. Campus, 4ª Edição, 2001.

VAN CAUWENBERGE, P. et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. European Academy of Allergology and Clinical Immunology. **Allergy.** v. 55, pg. 116-34, 2000.

WALLACE, D.V., et al. The diagnosis and management of rhinitis: An updated practice parameter. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 122, Issue 2, Supplement, Pages S1-S84, 2008.

WEINER, J.M.; ABRAMSON, J.M.; PUY, R.M., 1998. Corticosteróides intranasais contra antagonistas H1 orais receptor na rinite alérgica: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Revista medica Britânica**. RMB, V. 317, N. 7173, 1998.

APÊNDICE A- AVALIAÇÃO DA MELHORA CLÍNICA DA RINITE ALÉRGICA**Prurido:****01-Ausente****02-Melhora moderada****03-Melhora importante****Espirros:****01-Ausente****02-Melhora moderada****03-Melhora importante****Coriza:****01-Ausente****02-Melhora moderada****03-Melhora importante****Obstrução:****01-Ausente****02-Melhora moderada****03-Melhora importante**

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CURSO DE MEDICINA

1. **Título da pesquisa:** Eficácia do tratamento da rinite alérgica nos pacientes atendidos no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza.
2. **Justificativa:** com o intuito de validar a eficácia do tratamento proposto pelo protocolo de Rinite Alérgica do HUBFS.
3. **Objetivos:** Avaliar a eficácia do tratamento da Rinite Alérgica nos pacientes atendidos no serviço de otorrinolaringologia do HUBFS, após a aplicação do protocolo de atendimento e tratamento da Rinite Alérgica.

4. Procedimentos:

- Serão aplicados entrevistas e questionários em todos os pacientes participantes do estudo;
- Os prontuários dos pacientes também serão utilizados para a coleta de dados;

1. Riscos e Benefícios: o projeto não apresenta riscos identificáveis à saúde e ao bem-estar dos indivíduos participantes, tendo como benefício, o objetivo precípua de contribuir de maneira direta com os estudos sobre a eficácia do tratamento da rinite alérgica proposto pelo Serviço de Otorrinolaringologia do HUBFS

2. Liberdade de escolha: o indivíduo investigado tem a liberdade de recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Informar nome, endereço, no. de telefone do (s) pesquisador (es) para que o participante possa contactar, caso deseje obter alguma informação relativa ao estudo.

3. Garantia de sigilo: será assegurado sigilo quanto aos dados, confidências fornecidas pelo participante, assim como de seus respectivos resultados de exames laboratoriais.

3. Consentimento:

Eu, _____ ,
declaro ter sido esclarecido sobre as informações citadas acima a respeito desta pesquisa, assim como autorizo a utilização e divulgação dos resultados dos meus exames e das questões respondidas por mim aos autores do projeto, embora exija sigilo quanto à minha identidade.

Belém. ____/____/____

ANEXO A- PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AOS PACIENTES DO SETOR DE RINOLOGIA DO HUBFS PARA O DIAGNÓSTICO DE RINITE ALÉRGICA

QUESTIONÁRIO

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETINNA FERRO SOUZA
SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
PROTOCOLO DE RINITE ALÉRGICA**

Nome:		No. prontuário:
Idade:	Data Nascimento:	
Natural:	Procedência:	Profissão:
Estado Civil:	Telefone:	
Endereço:	CEP:	

ANAMNESE

Data: __/__/__

Queixa principal:

HDA:

SINTOMATOLOGIA

- **Sintomas nasais**

() prurido () obstrução () espirros () coriza () rinorréia _____

- **Sintomas oculares**

() prurido () lacrimejamento () edema palpebral

- **Sintomas auditivos**

() Obstrução () prurido () hipoacusia () otalgia

FATORES DESENCADEANTES

Inalantes: () poeira () pêlo () fungos () lã () fumo () polens

() irritantes inespecíficos: _____

() alterações meteorológicas () exercícios () fator emocional () menopausa

() alimentos: _____

() roupa () banho quente

() medicamentos: _____

Cão () quantos: _____ Gato () quantos: _____ () Outros: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

- Doenças associadas: _____
- Medicamentos utilizados: _____
- () Asma () Rinite () D. atópica () urticária () D. contato () outros
- Reações adversas : () alimentos () picadas de insetos () drogas: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES ALÉRGICOS

Pai _____ Mãe _____
Filhos _____ Irmãos _____

DESCRIÇÃO DO AMBIENTE

• Meio externo

() cidade () rural () tempo de moradia _____
 () rua asfaltada () sim () não () lixo () brejo () rio () fábrica _____

• Moradia

Idade da casa _____ n de cômodos _____ N. pessoas por quarto _____
 () umidade/bolor () ar condicionado () ventilador
 () almofadas () móveis estofados () cortinas
 () carpete/tapetes () cortinas () tapete/carpete

EXAME FÍSICO

• RINOSCOPIA ANTERIOR

Cornetos: () normotróficos () hipotróficos () hipertróficos
 Mucosa nasal: () normocorada () hipocorada/pálida () cianótica
 () hiperemiada
 Septo Nasal: () centrado () desvio _____

EXAMES COMPLEMENTARES

• ENDOSCOPIA NASAL:

Fossa nasal direita:

Corneto inferior: () normotrófico () hipotrófico () hipertrófico () normocorado
 () hipocorado/pálido () cianótico () hiperemiado

Corneto médio: () normotrófico () hipotrófico () hipertrófico () normocorado
 () hipocorado/pálido () cianótico () hiperemiado

Meato inferior: () livre () rinorréia _____ () outros: _____

Meato médio: () livre () rinorréia _____ () outros: _____

Septo Nasal: () centrado () desvio _____

Fossa nasal esquerda:

Corneto inferior: () normotrófico () hipotrófico () hipertrófico () normocorado
 () hipocorado/pálido () cianótico () hiperemiado

Corneto médio: () normotrófico () hipotrófico () hipertrófico () normocorado
 () hipocorado/pálido () cianótico () hiperemiado

Meato inferior: () livre () rinorréia _____ () outros: _____

Meato médio: () livre () rinorréia _____ () outros: _____

Septo Nasal: () centrado () desvio _____

CLASSIFICAÇÃO

	<u>Intermitente</u>	<u>Persistente</u>
Dias:	() <4	() <4
Semanas:	() <4	() >4

	<u>Leve</u>	<u>Moderada/Grave</u>
Sono:	() Normal	() Alterado
Atividades diárias:	() Sem comprometimento	() com comprometimento
Trabalho/escola:	() Normal	() Alterado
Sintomas incômodos :	() Não	() Sim

Classificação: () Intermitente () Persistente
 () Leve () Moderada () Grave

OBS: Leve: sem alterações; Moderada: até 2 alterações; Grave >2 alterações.

TRATAMENTO

Intermitente leve: Corticóide tópico ou Anti-histamínico oral – 30 dias

Intermitente moderada/grave
Persistente leve } Corticóide tópico (30 dias) +
Anti-histamínico oral (15 dias)

Persistente moderada/grave: Corticóide tópico (30 dias) +
Anti-histamínico oral (15 dias)+
Corticóide oral (5 a 7 dias) ou IM (DU)

Corticóide tópico:

Int. leve { 2 a 7 anos: 32 mcg (Bud), 50 mcg (Mom) 8 a 12 anos: 50 mcg (Bud, Mom,) > 12 anos: 50 mcg – 2x/dia ou 64 ou 100 mcg.	Int. mod/ gra/ pers	{ 32 mcg – 2x/dia 50 mcg - 2x/dia 64 mcg- 2x/dia
--	---------------------	--

Tratamento proposto: _____

FLUXOGRAMA

