

# O TRATAMENTO DA RINITE E OS PROBLEMAS CAUSADOS PELA AUTOMEDICAÇÃO EM CRIANÇAS

## TREATMENT OF RHINITIS AND PROBLEMS CAUSED BY SELF MEDICATION IN CHILDREN

Camila Zanotti<sup>1</sup>  
Claudriana Locatelli<sup>2</sup>

**Resumo:** Este trabalho refere-se ao tratamento da rinite e os problemas oriundos da automedicação em crianças. Teve como principal objetivo estudar os métodos utilizados atualmente no tratamento da rinite, de forma a sensibilizar a população sobre os efeitos causados pelo uso incorreto dos medicamentos. Para tornar viáveis os objetivos propostos, foi realizada pesquisa bibliográfica em artigos e anais publicados na fonte de dados Pubmed, Anvisa, Consenso sobre Rinites de 2012, sendo esses, artigos de 2002 a 2015. O estudo mostrou que não há grandes atualizações sobre a doença, bem como sobre a medicação. Em crianças o tratamento se faz praticamente da mesma forma que em adultos, alterando apenas a dosagem ministrada e contraindicações referentes a alguns medicamentos. Ressaltamos a importância da orientação de um profissional da área da saúde, para minimizar efeitos oriundos do uso errôneo destes medicamentos, como no caso dos corticosteroides que geram a supressão da adrenal e o mal uso de descongestionantes intranasais que refletem em danos na mucosa nasal. Por fim, é importante que seja sempre consultado um profissional da saúde, o qual indicará o melhor tratamento e forma de minimizar os sintomas causados pela rinite, assim como os efeitos causado pelo mal uso dos medicamentos.

**Palavras-chave:** Tratamento. Rinite. Automedicação.

**Abstract:** This work refers to the treatment of rhinitis and problems arising from the self-medication in children. We aimed to study the methods currently used in the treatment of rhinitis, in order to raise awareness about the effects caused by the misuse of drugs. For the goals become viable, bibliographic search was done in articles and proceedings published in Pubmed data source, Anvisa, Consensus 2012 Rhinitis, and these, 2002 articles to 2015. The study showed that there are no major updates on the disease and on the medication. In children, the treatment is done much the same way as in adults, given only by changing the dosage and contraindications related to some drugs. We stress the importance of the guidance of a professional in the health field, to minimize effects from the misuse of these drugs, as in the case of corticosteroids that generate the suppression of adrenal and misuse of intranasal decongestants reflecting in damage to the nasal mucosa. Finally, it is important to be always consulted

---

<sup>1</sup> Graduada do Curso de Farmácia – Universidade do Oeste de Santa Catarina – Videira / SC, 2012.

<sup>2</sup> Doutora em Farmácia - Universidade Federal de Santa Catarina, 2009. Pesquisadora do Núcleo de Biotecnologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina –UNOESC, Campus Videira, Brasil Tel: 55 + 4935334400. Professora do Curso de Farmácia da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, Campus Caçador, Brasil. Autor de Correspondência: [claudrilocatelli@gmail.com](mailto:claudrilocatelli@gmail.com); [claudriana.locatelli@unoesc.edu.br](mailto:claudriana.locatelli@unoesc.edu.br).

---

a health professional, which will indicate the best treatment and how to minimize the symptoms caused by rhinitis, as well as the effects caused by the misuse of drugs.

**Keywords:** Treatment. Rhinitis. Self-medication.

## INTRODUÇÃO

A rinite é um problema de saúde pública muito comum, principalmente na região Sul do Brasil, onde temos um clima muito frio no inverno, e a prevalência dessa doença é mais comum nessa época. Por ser considerada comum por vezes esta doença não é tratada com o cuidado devido o que pode ocasionar problemas de saúde consideráveis (1). Desta forma, o presente estudo foi motivado pela falta de informação sobre a medicação disponível para o tratamento da rinite por parte da população leiga, não tendo conhecimento sobre os efeitos colaterais dos medicamentos, já que os mesmos são de venda livre.

São objetivos deste, apresentar as principais causas da doença, suas tipologias, tratamento e apontamentos sobre os efeitos colaterais que podem ser causados pelo não conhecimento de medicamentos por parte da população leiga, bem como a má utilização dos mesmos, o que resulta em sérios problemas de saúde se não tratados corretamente.

A metodologia utilizada foi pesquisa bibliográfica baseada em artigos e anais publicados na fonte de dados Pubmed, Anvisa, Consenso sobre Rinites de 2012, sendo esses, artigos de 2005 a 2015. As palavras chaves utilizadas para a pesquisa foram, crianças, rinite, Brasil.

## O QUE É RINITE?

A Rinite é a inflamação da mucosa de revestimento nasal, onde observamos a alteração do sistema imunológico mediada por IgE gerando uma hipersensibilidade sintomática. Os principais sintomas são a congestão nasal, rinorréia, espirros, prurido e hiposmia, que podem se resolver espontaneamente ou com intervenção medicamentosa (2).

As rinites podem ser classificadas com base em critérios clínicos, frequência e intensidade de sintomas, citologia nasal, e fatores etiológicos. Na classificação segundo o fator etiológico, temos a rinite infecciosa que pode ser causada de forma viral, bacteriana e fúngica, a rinite alérgica e não alérgica, que pode ser induzida por drogas, fatores hormonais, idiopática, neurogênica, atrófica, associada a refluxo

gastroesofágico entre outros fatores (3).

Por se assemelhar muito aos sintomas ocasionados pelo resfriado, por vezes a rinite é confundida, apesar de ter causas totalmente diferentes, sendo a gripe causada por um vírus e a rinite ocasionada por uma inflamação do revestimento nasal. Por conta disso, nem sempre é diagnosticada nem tratada corretamente, o que com o passar do tempo pode gerar danos à saúde (4).

O tratamento depende da intensidade e tipologia a que está associada, podendo ser realizado de forma medicamentosa ou não. Este ainda deve ser individualizado e deve levar em consideração as necessidades de cada paciente. A medicação correta e o uso correto controlam efetivamente os processos alérgicos minimizando os danos a qualidade de vida pessoal (5).

Medicamentoso ou não, é importante que o tratamento seja acompanhado por um profissional da saúde para que os sintomas sejam minimizados, aumentando a qualidade de vida do indivíduo portador da doença (6).

## **TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**

A rinite é uma doença que não tem idade específica para se apresentar, podendo ser diagnosticada na infância ou mesmo na fase adulta. Em ambos os casos, é importante que seja iniciado o tratamento imediatamente, visando a melhoria e minimização dos sintomas relacionados a tipologia da mesma.

Esta forma de tratamento, a medicamentosa, deve ter acompanhamento médico, já que a automedicação pode causar sérios problemas de saúde.

O tratamento farmacológico tem como principal objetivo prevenir ou mesmo aliviar os sintomas causados pela rinite. Os principais medicamentos utilizados são os anti-histamínicos orais, tópicos nasais, corticosteroides orais tópicos intranasais e injetáveis, antileucotrienos, descongestionantes nasais e orais. Também podem ser utilizadas formas alternativas de tratamento, para que o resultado se torne mais eficaz, como a lavagem nasal com solução salina e nebulizações (6). Estes medicamentos, agem de forma a conter a sintomatologia.

## **ANTI-HISTAMÍNICOS**

Os fármacos mais comumente empregados para o tratamento da Rinite são os anti-histamínicos, ou popularmente chamados de antialérgicos. Eles agem

aliviando os sintomas como o prurido nasal, espirros em salva, coriza e bloqueio nasal (nem todos os anti-histamínicos neutralizam o bloqueio nasal), comuns da rinite (3).

São divididos em dois grupos: primeira e segunda geração. Os anti-histamínicos de primeira geração são mais conhecidos como clássicos e dispõem de grandes efeitos neuropsicológicos já que atravessam a barreira hematoencefálica e não são seletivos para a histamina, resultando nos efeitos adversos (7).

**Tabela 1** - Anti-histamínicos H<sub>1</sub> de primeira geração:

Nome	Apresentação	Posologia Crianças	Posologia Adultos e crianças > 12 anos
Cetotifeno	Xarope: 0,2mg/ml Solução oral: 1mg/ml Comp 1mg	6 meses a 3 anos: 0,05mg/kg 12/12horas > 3 anos: 5ml 12/12horas	1 caps a cada 12 horas
Clemastina	Xarope: 0,05mg/ml Comp: 1mg	Menores de 1 ano: 2,5 a 5ml 12/12horas 3 a 6 anos: 5ml 12/12 horas 6 a 12 anos: 7,5ml 12/12horas	20ml 12/12horas ou 1 comp 12/12horas
Desclorfeniramina	Xarope: 2mg/5ml Comp: 2mg Drageas: 6mg	2 a 6 anos: 1,25ml 8/8horas 6 a 12 anos: 2,5ml 8/8 horas	5ml ou 1 comp 8/8horas (máximo de 12mg/dia)
Hidroxizine	Xarope: 2mg/ml Comp: 10 a 25mg	Até 6 anos: 1,25ml 8/8horas Maiores de 6 anos: Ate 100mg/dia	Até 150mg/dia
Prometazina	Xarope: 5mg/5ml Comp: 25mg	1mg/kg por dia em 2 ou 3 vezes ao dia	20 a 60mg/dia

**Fonte:** III Consenso Brasileiro sobre Rinites (2012).

Como citado, os anti-histamínicos de primeira geração ocasionavam inúmeros efeitos adversos, como a “sonolência, sedação e fadiga que promovem a redução das funções cognitivas, de memória e o desempenho psicomotor” (2). Em seguida aos anti-histamínicos de primeira geração, ocorreu o surgimento dos de segunda geração.

Essa classe de medicamentos possui elevada potência, longa duração de ação e menores efeitos adversos devido à baixa passagem pela barreira hematoencefálica, bem como a alta afinidade aos receptores H<sub>1</sub>, diferentemente dos anti-histamínicos de primeira geração (7).

Os anti-histamínicos são agonistas inversos dos receptores da Histamina, mais especificamente dos receptores H<sub>1</sub> e H<sub>4</sub>. Os receptores da histamina estão acoplados a proteína G e as formas ativas e inativas estão em equilíbrio dinâmico, quando este equilíbrio não existe, temos os quadros de rinite. A histamina estabiliza a

forma ativa e os anti-histamínicos a forma inativa, controlando assim a sintomatologia da rinite (3).

Um dos sintomas mais comuns em indivíduos que possuem rinite é o bloqueio nasal, o que ocasiona desconforto e dificuldade em respirar. Com relação ao uso dos anti-histamínicos na solução deste problema há divergências nos efeitos causados pelo de primeira e segunda geração. Os de primeira geração usados isoladamente não tem ação sobre o bloqueio nasal, o uso de descongestionantes nasais então, é bem aceitável para a reversão do quadro. Já os anti-histamínicos de segunda geração agem dificultando a chegada dos eosinófilos ao processo inflamatório, diminuindo o bloqueio e a congestão nasal (3). Um dos principais pontos positivos dos anti-histamínicos da segunda geração, é que quase não possuem efeitos colinérgicos (7).

Pastorino (7) demonstra em seu estudo, que os anti-histamínicos de segunda geração são mais seguros comparados aos da primeira geração, porém, devemos ficar atentos em relação à dose, já que podemos observar insuficiência renal e hepática em adultos. Entretanto, não foi encontrado estudos analisando isso em crianças. Segue na tabela 2, os principais anti-histamínicos H<sup>1</sup> de segunda geração.

**Tabela 2** - Anti-histamínicos H<sub>1</sub> de segunda geração:

Nome	Apresentação	Posologia Crianças	Posologia Adultos e crianças > 12 anos
Cetirizina	Gotas: 10mg/ml Solução oral: 1mg/ml Comp 10mg	6 meses a 2 anos: 2,5mg 1x ao dia 2 a 6 anos: 2,5mg/dose 12/12horas 6 a 12 anos: 5mg/dose 12/12horas	10mg ao dia
Desloratadina	Solução oral: 0,5mg/ml Comp: 5mg	6 meses a 2 anos: 2ml 1x ao dia 2 a 6 anos: 2,5ml 1x ao dia 6 a 11 anos: 5ml 1x ao dia	5mg ao dia
Ebastina	Xarope: 1mg/ml Comp: 10mg	2 a 6 anos: 2,5ml 1x ao dia 6 a 12 anos: 5ml 1x ao dia	10mg ao dia
Epinastina	Xarope: 2mg/ml Comp: 10 ou 20mg	6 a 12 anos: 5 a 10mg 1x ao dia	10 a 20mg ao dia
Fexofenadina	Solução oral: 6mg/ml Comp: 60, 120 e 180mg	2 a 11 anos: 30mg (5ml) 12/12horas	60mg: 1comp 12/12horas 120mg: 1comp 1x ao dia 180mg: 1comp 1x ao dia
Levocetirizina	Gotas: 2,5mg/10gotas Comp: 5mg	2 a 6 anos: 1,25mg (5gotas) 12/12horas Maiores de 6 anos: 5mg/dia (20gotas ou 1comp)	5mg ao dia
Loratadina	Solução oral: 5mg/ml Comp: 10mg	Maiores de 2 anos: Menres de 30kg: 5mg/dia Maiores de 30kg: 10mg/dia	10mg ao dia
Rupatadina	Comp: 10mg		10mg ao dia
Bilastina	Comp: 20mg		20mg ao dia

**Fonte:** III Consenso Brasileiro sobre Rinites (2012).

## DESCONGESTIONANTES NASAIS

Pode-se dizer que de uso comum, os descongestionantes nasais aparecem frequentemente no cotidiano dos indivíduos que possuem rinite ou outros tipos de alergias respiratórias, como forma prática e rápida para o alívio da sensação incômoda (8).

Estes medicamentos são estimulantes adrenérgicos, cujo principal efeito é a vasoconstrição, podendo ser de uso tópico intranasal ou sistêmico (oral). Devem ser usados com cautela, pois o uso exagerado trás efeitos colaterais como a cefaleia, a

hipertensão e a ansiedade. Já os descongestionantes de uso tópico intranasal devem ser utilizados por no máximo cinco dias, devem ser evitados por lactentes pelo risco de intoxicação e pelos idosos pelo risco de hipertensão e de retenção urinária (3).

Os descongestionantes nasais de uso tópico são classificados em grupos como mostra a tabela 3.

**Tabela 3** - Descongestionantes intranasais de uso tópico:

---

Aminas aromáticas

- \* Efedrina
- \* Fenilefrina

Aminas alifáticas

- \* Tuaminoeptano

Derivados imidazólicos

- \* Nafazolina
  - \* Oximetazolina
  - \* Xilometazolina
  - \* Fenoxazalina
- 

**Fonte:** III Consenso Brasileiro sobre Rinites (2012).

## **CORTICOSTERÓIDES**

Os corticosteróides têm ação na síntese protéica, com grande lipossolubilidade, eles atravessam a membrana e ligando-se aos receptores para glicocorticóides presentes no citoplasma celular, este complexo liga-se ao DNA nuclear, aumentando a transcrição de lipocortina-1 que age inibindo o processo inflamatório ou inibindo a síntese de citocinas que estão envolvidas nos processos inflamatórios. A ligação dos corticóides com os receptores pode aumentar ou diminuir a expressão gênica. O mecanismo de transrepressão dos corticóides diminui a síntese de mediadores inflamatórios (3).

Quanto maior a afinidade dos corticosteróides intranasais pelo receptor nasal para esteróides, menor a absorção sistêmica. A mometasona e a fluticasona são os mais indicados. Temos também a budesonida, triancinolona e a beclometasona. Deve ser usado o mínimo possível para obtenção do efeito, preferencialmente pela manhã, mas em crises podem ser utilizados de 12/12 horas (9).

Esses medicamentos, quando utilizados em grandes doses, repetidamente ou de maneira incorreta podem gerar efeitos colaterais. Esses efeitos variam de acordo com o organismo de cada indivíduo, ocorrendo por fatores como a genética, idade, sexo e doenças de base relacionadas ao paciente, além disso, o efeito e eficácia dos

---

corticosteróides podem ser alterados quando associado a outro medicamento de uso contínuo (10).

Os corticosteróides sistêmicos podem ser utilizados de forma oral ou injetáveis, essa última deve ser evitada pelos efeitos colaterais, nem sempre revertidos, como a supressão da adrenal, se usados por um longo período (3), devem ser evitados principalmente em crianças em função da supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal se usado por longos períodos, causando retardo no crescimento (9).

Por não apresentar riscos relevantes à saúde, sendo considerados seguros, estes medicamentos estão sendo muito indicados no tratamento de rinite em crianças (11). Entretanto, há uma preocupação por parte dos médicos pelo fato de que, o tratamento em crianças normalmente é prolongado, utilizando corticóides intranasais, o que causa alguns efeitos colaterais, como lesão do septo e mucosa nasal, devido ao acúmulo do medicamento. Desta forma, é importante que os pais juntamente com o médico, acompanhem o crescimento da criança e o exame das estruturas intranasais seja feito regularmente (12).

## **CROMOGLICATO DISSÓDICO**

O cromoglicato dissódico é um medicamento profilático que pode ser utilizado sem grandes efeitos colaterais, impedindo a ação dos mediadores químicos liberados durante a crise de rinite, como sua ação é a curto prazo, acaba não sendo muito utilizado (13).

Este deve ser usado por um período antes da exposição ao alérgeno. Sua utilização durante a crise não alivia sintomas. O possível mecanismo de ação dele é a estabilização da membrana do mastócito, impedindo a ação dos mediadores químicos liberados durante a crise de rinite. Outro possível mecanismo de ação seria o aumento da adenosina monofosfato cíclico intracelular, evitando assim a desgranulação do mastócito (3).

Apesar de possuir menor ação anti-inflamatória, o medicamento é uma boa opção no tratamento de rinite em crianças, pois age restritamente na mucosa nasal e não possui absorção sistêmica, sendo uma ótima opção (13).

## **ANTILEUCOTRIENOS**

---

Montelucaste é um representante desta classe, ele é um antagonista dos



---

receptores dos leucotrienos cuja ação principal é na diminuição da secreção e da congestão nasal (3). É uma alternativa para os pacientes com rinite e asma concomitantes. Tem grande segurança e é uma alternativa para a rinite induzida pelo uso de ácido acetilsalicílico. É disponível em comprimidos mastigáveis, podendo ser utilizado por crianças (14). Age principalmente no combate à coriza e obstrução nasal (12). É seguro em crianças e adultos (15).

Os antileucotrienos podem melhorar a obstrução das vias aéreas periféricas, como também diminuir o aprisionamento de ar, além da diminuição do número de eosinófilos. Um estudo mostra que os antileucotrienos atuam de forma mais eficaz que os antagonistas dos receptores H<sup>1</sup> da histamina no controle dos sintomas da rinite alérgica, porém, não surtem tanto efeito como os corticosteroides intranasais (16).

KAR, et al (17) demonstrou em seu estudo, que os antileucotrienos são seguros em crianças e agem diminuindo os distúrbios respiratórios noturnos. Já CINGI, et al; (15) classifica os antileucotrienos em dois grupos conforme seu mecanismo de ação: aquele que gera bloqueio a resposta dos leucotrienos ao órgão-alvo e os inibidores da síntese dos leucotrienos. Além do montelucaste, o pranlucaste (que ainda não está disponível no Brasil) pode ser utilizado para o tratamento da rinite em crianças, sendo seguro.

## **IMUNOTERAPIA ESPECIFICA**

A imunoterapia específica é utilizada nos casos de pacientes em que o arsenal medicamentoso disponível não esteja surtindo efeito desejado e/ou quando o tratamento medicamentoso se torna desvantajoso pelos efeitos colaterais ou até mesmo quando não se consegue ter um controle total do ambiente. Este tratamento se dá através de uma técnica a qual são injetadas pequenas quantidades do alérgeno, tendo por objetivo amenizar os sintomas ocasionados pelos mesmos (18).

A via de administração mais indicada para a imunoterapia específica é a subcutânea. É um tratamento longo, iniciando com baixas doses do alérgeno e aumentando progressivamente com aplicação uma ou duas vezes por semana até chegar na dose de manutenção, após isso a aplicação passa a ser mensal por três a cinco anos. As reações adversas são mais comuns em pacientes asmáticos, podendo ser locais ou sistêmicas, que aparecem trinta minutos após a aplicação (5).

Esta forma de tratamento não é indicada para crianças devido à falta de dados

a respeito dos possíveis efeitos colaterais, dosagem correta e sua frequência de administração, duração do tratamento e informações essenciais a utilização responsável dos medicamentos (19).

## **TRATAMENTOS ALTERNATIVOS**

As soluções salinas hipertônicas são empregadas para a lavagem nasal, seu mecanismo de ação não é bem definido, porém, *in vitro*, ela age diminuindo a viscosidade do muco nasal (3). A higiene nasal pode ser realizada utilizando solução fisiológica ministradas por meio de seringas de silicone, sendo uma alternativa significativa e barata, contribuindo para a minimização dos sintomas e reduzindo o uso de outras medicações (20). Apesar dos benefícios, encontram-se evidências de que alguns conservantes usados em soluções nasais podem causar irritação da mucosa, trazendo complicações. Porém são necessários mais estudos comprovando a ação destes (20).

Os tratamentos alternativos para a rinite, como a acupuntura, homeopatia e ervas naturais, ainda são pouco estudados quanto a sua eficácia clínica e segurança, principalmente para as crianças (3).

## **TRATAMENTO CIRURGICO**

Não existe nenhuma técnica tida como padrão para o tratamento cirúrgico da rinite alérgica refrataria ao tratamento medicamentoso. Os procedimentos cirúrgicos visam aumentar a cavidade nasal sem interferir na fisiologia nasal. A infiltração de corticosteroides é desaconselhada pelos efeitos colaterais, principalmente o índice de trombose da artéria central da retina (3).

## **TRATAMENTO DA RINITE EM CRIANÇAS**

Apesar de não haver idade determinada para se manifestar, a rinite se apresenta predominantemente na infância, mas na maioria das vezes não é tratada corretamente o que pode trazer prejuízos à saúde (21). Desta forma, é necessário que se dê uma atenção especial ao tratamento, para que assim, os sintomas sejam minimizados de forma eficaz.

Pra tanto, se torna importante observar a criança, buscando alguns sinais

---

característicos presentes em indivíduos com rinite: o nariz possui uma prega central, a pele pode apresentar dermatite atópica, os olhos avermelhados ou mesmo olheiras alérgicas são sinais da doença. Além destes traços, exames clínicos simples também ajudam na identificação (12).

A rinite pode afetar a vida da criança de diferentes maneiras, mas uma delas recai sobre sua aprendizagem. Se a crise alérgica não for devidamente controlada, espirros, rinorréia e prurido são situações que podem atrapalhar o aprendizado durante o dia a dia em sala de aula, não deixando que ela se concentre, por exemplo (21).

Os medicamentos destinados à criança com rinite devem ser devidamente avaliados pela população pediátrica, sendo observados sua composição, eficácia e segurança para o uso. Entre os anti-alérgenos mais utilizados no tratamento da rinite em crianças, estão os anti-histamínicos e os corticosteroides intranasais.

## **CONCLUSÃO**

A rinite é uma doença frequente no Brasil e está afetando cada vez mais crianças e adultos, por isso é importante que a população compreenda sobre ela, seus sintomas e diagnóstico e a importância do uso responsável dos medicamentos.

O estudo realizado mostra que não há muitas atualizações referentes aos medicamentos utilizados. Quanto ao tratamento em crianças não foram encontradas muitas informações específicas, que se dá pelo fato do tratamento ser praticamente padrão, variando apenas sobre a utilização de alguns medicamentos não indicados à faixa etária e sobre a dosagem adequada às idades.

Contudo, é visível a importância do diagnóstico precoce da doença, devendo os pais ou pessoas próximas estarem atentos aos principais sinais e sintomas que esta apresenta, para que o tratamento inicie cedo e assim a criança ou adulto tenha uma melhor qualidade de vida. É necessário também que seja consultado um profissional da saúde para começar o tratamento medicamentoso, para que este se torne eficaz e não traga possíveis riscos à saúde.

## **REFERÊNCIAS**

VALOVIRTA E, MYRSETH SE, PALKONEN S. The voice of the patients: allergic rhinitis is not a trivial disease. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2008;8(1):1-9.

---

SPANGLER, DL, BRUNTON, S. Efficacy and Central Nervous System Impairment of Newer-generation Prescription Antihistamines in Seasonal Allergic Rhinitis. *South Med J.* 2006;99(6):593-599. 2006 Lippincott Williams & Wilkins.

SOLÉ, D, SAKANO, E . **III Consenso Brasileiro sobre Rinites**. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 2012.

MELLO, Junior JF, MION, O. **Rinite alérgica**. em: Campos Ch De, Olival Ho. *Tratado de Otorrinolaringologia*. 1 Ed. São Paulo: Roca. 2003.

GALVÃO, CES, CASTRO, FFM. **As alergias respiratórias**. *Revista de Medicina*, São Paulo. V. 84, n. 1, p. 18-24, 2005.

CALAIS, GSP, GARCIA, GC. **Rinite Alérgica**. *Saúde e Economia*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária | Anvisa. Ano IV nº 08. Setembro de 2012.

PASTORINO, Antônio Carlos. Revisão sobre a eficácia e segurança dos anti-histamínicos de primeira e segunda geração. *Rev. Bras. Alerg. Immunopatol.* 2010.

ZAFFANI, E. et al. Perfil Epidemiológico dos pacientes usuários de descongestionantes nasais tópicos do ambulatório de otorrinolaringologia de um hospital universitário. *Arq. Ciênc. Saúde*, São José do Rio Preto, v. 14, n. 2, p. 95-98, Abr-jun 2007.

MIYAKE-MENON, MA, BALBANI, APS, MENON, AD. Rinite alérgica na Infância: tratamento atual. *Revista Brasileira de Medicina – Pediatria Moderna* v. 42, p. 69-74, 2006.

FREITAS, THP, SOUZA, DAF. Corticosteróides Sistêmicos na prática dermatológica. Parte I – Principais efeitos Adversos. *An. Bras. Dermatol.* v.82(1), p. 63-70, 2007.

PITSIOS, C. et al. Efficacy and safety of mometasone furoate vs nedocromil sodium as prophylactic treatment for moderate/severe seasonal allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* v. 96, p. 673–678, 2006.

SIH, T. Alergia nasal em crianças. *IV Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO*.

MELTZER, E.O, Nasal Crom Study Group. Efficacy and patient satisfaction with cromolyn sodium nasal solution in the treatment of seasonal allergic rhinitis: a placebo-controlled study. *Clin Ther.* v. 24(6), p. 942-952, 2002.

GREINER, A N, HELLINGS, PW, ROTIROTI, G, SCADDING, GK. Allergic rhinitis. *Lancet.* v. 17, p. 2112-2122, 2011.

CINGI, C, MULUK, NB, IPCI, K, SAHIN, E. Antileukotrienes in Upper Airway

Inflammatory Diseases. *Curr Allergy Asthma Reports*. v. 15(11), p.64, 2015.

RODRIGO, GJ, YAÑEZ, A. The role of antileukotriene therapy in seasonal allergic rhinitis: a systematic review of randomized trials. *Ann Allergy Asthma Immunol*. v. 96, p. 779-786, 2006.

KAR, M, ALTINTOPRAK, N, MULUK, NB, ULUSOY, S, BAFAGEEH, SA, CINGI, C. Antileukotrienes in adenotonsillar hypertrophy: a review of the literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, p. 1-7, 2016.

WILSON, DR, LIMA, MT, DURHAM, SR. Sublingual immunotherapy for allergic rhinitis: systematic review and meta-analysis. *Allergy*. v. 60(1), p. 4-12, 2005.

Pampura, AN, Papadopoulos, NG, Spičák, V, Kurzawa, R. Evidence for Clinical Safety, Efficacy, and Parent and Physician Perceptions of Levocetirizine for the Treatment of Children with Allergic Disease. *Int Arch Allergy Immunol*. v.155(4), p.367-378, 2011.

Passàli, D, Damiani, V, Passàli, FM, Passàli, GC, Bellussi, L. Atomized nasal douche vs nasal lavage in acute viral rhinitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. v. 131(9), p. 788-790, 2005.

BLASS, M. Current Concepts and Therapeutic Strategies for Allergic Rhinitis in School-Age Children. *Clin Ther*. v. 26(11), p. 1876-1889, 2004.