

Rita de Sá Morais Rodrigues Leonardo

**ACONSELHAMENTO FARMACÊUTICO
EM OTORRINOLARINGOLOGIA**

**Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde**

Porto, 2009

Aconselhamento Farmacêutico em Otorrinolaringologia

Rita de Sá Morais Rodrigues Leonardo

**ACONSELHAMENTO FARMACÊUTICO
EM OTORRINOLARINGOLOGIA**

**Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2009**

Rita de Sá Morais Rodrigues Leonardo

ACONSELHAMENTO FARMACÊUTICO EM OTORRINOLARINGOLOGIA

“Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de
Licenciatura em Ciências Farmacêuticas”

Sumário

O aconselhamento farmacêutico é, actualmente, um assunto de extrema importância. Sendo a auto-medicação um acto praticado por quase toda a população de forma corrente, e não estando de todo isento de possíveis complicações, é neste ponto que se observa a importância do farmacêutico no que respeita ao aconselhamento de qualidade.

Este trabalho aborda o tema “Aconselhamento Farmacêutico em Otorrinolaringologia” (ORL). Descreve-se de que forma o farmacêutico deverá proceder perante situações do foro otorrinolaringológico, questões que deve colocar ao doente, avaliação dos sinais e sintomas para possível averiguação do problema em causa e consequente indicação de MNSRM ou encaminhamento do doente para consulta médica.

Para melhor compreensão deste assunto faz-se referência às principais situações ORL que surgem frequentemente em farmácia de oficina.

Assim, é dever do farmacêutico entender este tipo de sintomas e verificar quais os “sinais de alerta” que devem ser imediatamente encaminhados para o médico. Nas situações menos graves deve estar totalmente informado para a escolha dos MNSRM a indicar na situação em causa.

Na área ORL, é fundamental o apoio e aconselhamento farmacêutico ao doente para que este encontre o “bem-estar” e a saúde, e tenha perante a auto-medicação uma atitude segura e responsável.

Índice

Sumário-----	5
Abreviaturas-----	8
I - Introdução-----	9
II - Anatomofisiologia do ouvido, nariz e garganta-----	11
2.1 - Anatomofisiologia do ouvido-----	11
2.2 - Anatomofisiologia naso-sinusal-----	13
2.3 - Anatomofisiologia da garganta-----	15
III - Patologias mais frequentes em Otorrinolaringologia-----	17
3.1 - Ouvido-----	17
3.1.1 - Ouvido externo-----	17
3.1.2 - Ouvido médio-----	22
3.1.3 - Ouvido interno-----	24
3.2 - Nariz e seios perinasais-----	25
3.3 - Garganta-----	32
3.4 - Constipação-----	37
3.5 - Gripe-----	37
IV - Aconselhamento Farmacêutico-----	39
4.1 - Aconselhamento Farmacêutico e automedicação-----	39
4.2 - Aconselhamento Farmacêutico – Ouvidos-----	43
4.3 - Aconselhamento Farmacêutico – Nariz-----	45
4.4 - Aconselhamento Farmacêutico – Garganta-----	46
V - Conclusão-----	48
VI - Bibliografia-----	51

Índice de figuras

Figura 1 – Anatomia do ouvido-----	11
Figura 2 – Anatomia naso-sinusal-----	13
Figura 3 – Anatomia da garganta-----	15
Figura 4 – Anilha de plástico de uma caneta no canal auditivo externo-----	17
Figura 5 – Perda tecidual do pavilhão auricular por dentada-----	18
Figura 6 – Furúnculo no meato-----	19
Figura 7 – Pericondrite da orelha-----	19
Figura 8 – Dermatite de contacto por brinco-----	20
Figura 9 – Eczema-----	20
Figura 10 – Otomicose-----	21
Figura 11 – Otite externa crónica-----	22
Figura 12 – Otite média crónica-----	23
Figura 13 – Epistaxis-----	27
Figura 14 – Rinite alérgica-----	28
Figura 15 – Sinusite-----	31
Figura 16 – Amígdalo-faringite-----	33
Figura 17 – Laringite aguda-----	34
Figura 18 – Amigdalite aguda-----	35

Abreviaturas

- ORL – Otorrinolaringologia
- MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
- AINE – Anti-Inflamatório Não Esteróide

I. Introdução

Este trabalho incide sobre o “Aconselhamento Farmacêutico em Otorrinolaringologia”.

Um aconselhamento de qualidade deve ser prática diária em farmácia de oficina, sendo por isso, um assunto de extrema importância, quer pelo papel activo do farmacêutico, quer pelo elevado número de situações desta ordem que surgem diariamente na farmácia.

Através deste estudo, conseguir-se-á realizar um acompanhamento completo e seguro de todas as situações ORL que possam surgir, bem como o melhor aconselhamento possível tanto a nível farmacológico com MNSRM, como a nível não farmacológico. As situações que assim o obriguem serão correctamente enviadas para consulta médica ou mesmo consulta de urgência.

Actualmente, acompanhando a evolução da sociedade, a auto-medicação assumiu um papel intrínseco na vida da população. Apesar da renitência inicial por parte da classe médica, este assunto revestiu-se de uma certa vulgaridade e a auto-medicação é hoje praticada diariamente. Este facto trouxe vantagens na medida em que o doente pode ter uma atitude autónoma e responsável pela sua saúde e diminuiu o número de consultas médicas menos necessárias.

O principal problema deste assunto reside no abuso do fácil acesso a certos medicamentos e na falta de informação da população relativamente ao seu consumo. É neste ponto que o papel do farmacêutico é essencial, quer na formação da população quer no aconselhamento personalizado requerido para cada situação específica.

É de salientar a importância da distinção entre situações de urgência, nomeadamente em crianças, e as situações que podem ser resolvidas ou “aliviadas” recorrendo a MNSRM e aconselhamento não farmacológico.

A distinção dos diferentes sinais e sintomas, o seu encaixe nos vários patamares de gravidade, o encaminhamento para o médico ou a prática do aconselhamento farmacêutico propriamente dito, fazem deste trabalho uma ferramenta muito útil, promovendo um conhecimento profundo nesta área, para que o exercício da farmácia de oficina seja realizado na perfeição. (Maria Augusta Soares, 2002)

Com a realização desta monografia, proponho-me a enfrentar as situações ORL que surjam na farmácia com o à vontade necessário à resolução dos sintomas do doente, baseado no melhor conhecimento e dedicação possíveis, promovendo a saúde.

II – Anatomofisiologia do ouvido, nariz e garganta

2.1– Anatomofisiologia do ouvido

O ouvido é o órgão da audição e do equilíbrio e é formado pelo ouvido externo, ouvido médio e ouvido interno.

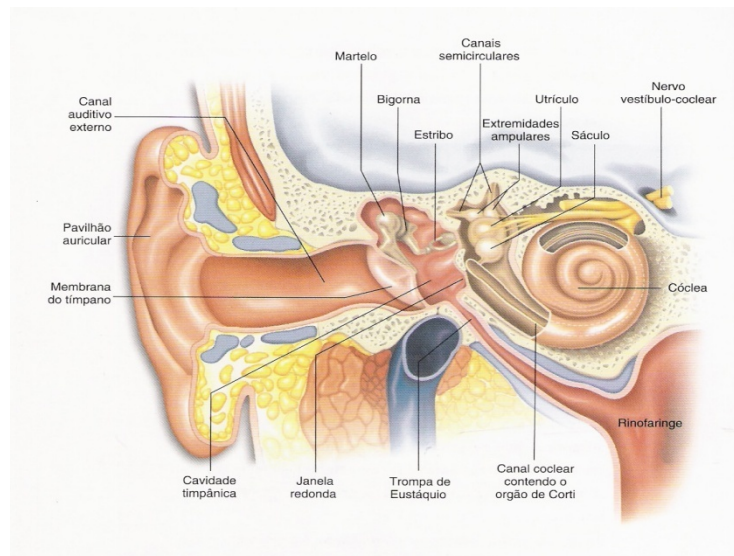


Figura 1 – Anatomia do ouvido (Luís Raúl Lépori, 2005)

O ouvido externo é constituído por duas partes distintas: o pavilhão auricular e o canal auditivo externo.

O pavilhão auricular é o apêndice externo do ouvido, rígido mas flexível, sendo formado por cartilagem coberta de pele. Apresenta forma oval, achatada e irregular, diferindo entre indivíduos.

O canal auditivo externo apresenta-se cilíndrico e irregular, atingindo cerca de 24 mm de comprimento no adulto. A pele que o reveste internamente contém folículos pilosos e glândulas ceruminosas que são responsáveis pela produção de cerúmen que tem uma função lubrificante do canal auditivo externo e uma função protectora, aprisionando objectos que possam penetrar neste canal. O canal auditivo externo é responsável pela condução dos sons captados pelo pavilhão auricular até à membrana do tímpano.

O ouvido médio encontra-se atrás da membrana do tímpano, localizando-se no osso temporal. É constituído por três porções arejadas distintas: a caixa do tímpano, a trompa de Eustáquio e o conjunto das cavidades mastóideas. É formado por três ossículos que ligam o tímpano ao ouvido interno, sendo que a sua denominação advém da sua forma: martelo, bigorna e estribo. A trompa de Eustáquio liga o ouvido médio à nasofaringe, permitindo o equilíbrio de pressão entre o ouvido médio e o meio ambiente exterior. Esta ligação encontra-se normalmente fechada, excepto ao mastigar, engolir ou bocejar.

O ouvido interno insere-se dentro do cérebro e é o centro da audição e do equilíbrio.

Consiste mais propriamente no labirinto e traduz-se numa complexa estrutura que consta de três partes: cóclea, vestíbulo e canais semi-circulares.

A cóclea apresenta-se como um canal ósseo oco em espiral com forma de caracol, e contém a endolinfa que é responsável pela audição.

O vestíbulo é a parte central do osso do labirinto e é responsável, em conjunto com os canais semi-circulares, pelo equilíbrio, movimentos da cabeça e posição do corpo quando em movimento.

O ouvido externo capta os sons do exterior, que são convertidos em energia mecânica pelo ouvido médio. O ouvido interno é responsável pela conversão desta em impulsos nervosos que são posteriormente enviados ao cérebro. (Maria Augusta Soares, 2002)

(Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

2.2 – Anatomofisiologia naso-sinusal

A unidade naso-sinusal é formada pelo nariz (pirâmide e fossas nasais) e pelos seios perinasais.

O nariz é o órgão do olfacto, acrescenta ressonância à voz e é o canal mais importante pelo qual entra e sai o ar dos pulmões.

O nariz, como órgão, divide-se em pirâmide nasal e fossas nasais.

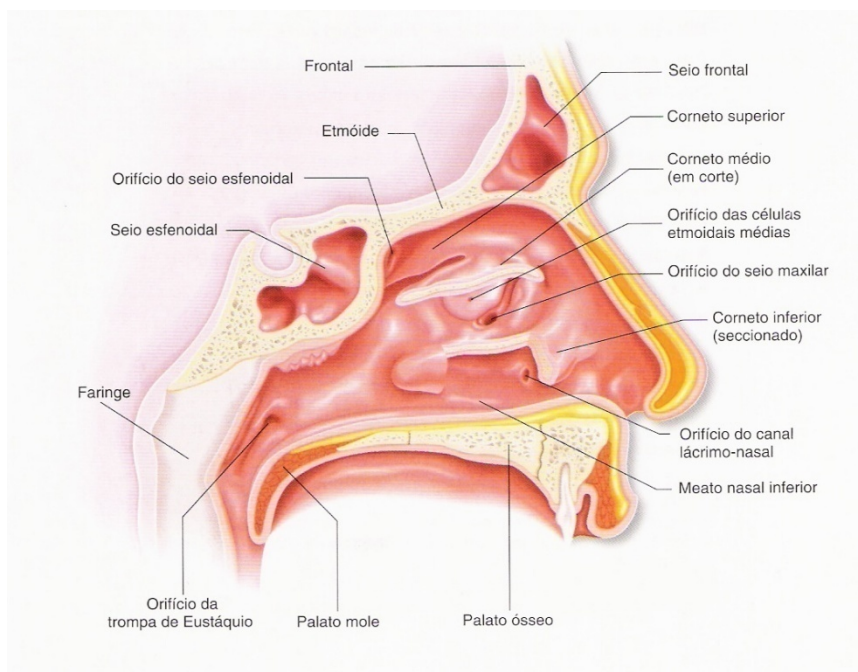


Figura 2 – Anatomia naso-sinusal (Luis Raúl Lépori, 2005)

A pirâmide nasal é uma formação ímpar e mediana, de forma triangular, sendo constituída por três estruturas distintas: uma porção óssea, uma porção cartilaginosa e uma membrana fibrosa.

As fossas nasais situam-se entre o pavimento anterior da base do crânio e a cavidade bucal. São formadas por dois canais, de direcção ântero-posterior, separadas pelo septo nasal e dividem-se em duas porções distintas: o vestíbulo nasal ou narinas e as fossas nasais propriamente ditas. Nas suas paredes externas localizam-se três ossos, os cornetos superior, médio e inferior, que aumentam a superfície pela qual passa o ar.

As fossas nasais desempenham várias funções, sendo que as mais importantes são a respiração e o olfacto. Filtram e condicionam o ar inspirado, aquecendo-o e humedecendo-o devido à presença dos produtos segregados pelas glândulas da mucosa e dos vasos sanguíneos. Possuem também uma importante função de defesa contra os agentes infecciosos respiratórios.

Assim, é possível resumir a fisiologia nasal respiratória em três grandes funções:

- Função respiratória
- Função de condicionamento
- Função de depuração

Os seios perinasais reduzem o peso dos ossos faciais, mantendo também a sua resistência e forma, e dão ressonância à voz.

Apresentam como função intrínseca a sua respectiva ventilação e drenagem. Participam na respiração, vocalização, olfacto, regulação térmica e constituem espaço morto.

Os seios perinasais possuem ainda uma função de defesa que é conseguida através de mecanismos mecânicos e imunitários. (Maria Augusta Soares, 2002)

(Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

2.3 – Anatomofisiologia da garganta

A faringe localiza-se por trás da boca, abaixo da cavidade nasal e por cima do esófago e da traqueia, ligando as fossas nasais à laringe e ao esófago. Está dividida em três porções conforme a estrutura anatômica mais próxima: nasofaringe (parte superior), orofaringe (parte média) e hipofaringe (parte inferior).

A faringe é um canal muscular que transporta os alimentos ao esófago e permite que o ar chegue aos pulmões.

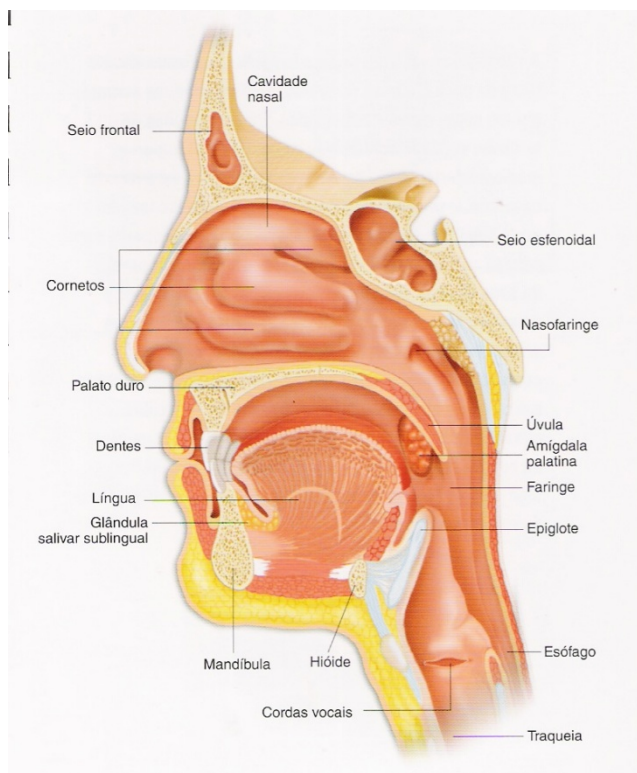


Figura 3 – Anatomia da garganta (Luís Raúl Lépori, 2005)

A nasofaringe contém as adenóides (localizadas na parte posterior da cavidade nasal) e o orifício da trompa de Eustáquio, que liga a nasofaringe ao ouvido médio.

A orofaringe contém as amígdalas (localizadas na parte posterior da boca) que, assim como as adenóides, são formadas por tecido linfóide e apresentam função de defesa.

A hipofaringe prolonga-se no esófago.

A laringe encontra-se na parte superior da traqueia e apresenta-se como um tubo curto, sendo apelidada de “caixa da voz”. Contém as cordas vocais e é responsável pela produção de sons utilizados para falar.

A epiglote é uma saliência formada principalmente por cartilagem e localiza-se por cima e à frente da laringe. A sua principal função é impedir a aspiração de alimentos para os pulmões. Desse modo, durante a deglutição a epiglote fecha-se sobre a laringe.

(Maria Augusta Soares, 2005) (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

III – Patologias mais frequentes em Otorrinolaringologia

3.1 – Ouvido

A maior parte das patologias que surgem no ouvido requerem consulta médica.

As situações que se verificam a nível do ouvido externo são normalmente de menor importância e relativamente simples de solucionar.

Todas as situações que envolvem o ouvido médio e o ouvido interno necessitam de observação médica, sendo que estas patologias apresentam sintomas semelhantes.

3.1.1– Ouvido Externo

As patologias referentes ao ouvido externo incluem obstruções, infecções, lesões e tumores, entre outras.

- Obstrução

O canal auditivo pode ser obstruído devido ao excesso de cerúmen, à introdução de objectos estranhos (normalmente em crianças) e à entrada de insectos no canal auditivo. Qualquer obstrução do canal auditivo pode causar prurido, dor e uma perda ou diminuição temporária da audição. (Maria Augusta Soares, 2005)



Figura 4 – Anilha de plástico de uma caneta no Canal Auditivo Externo (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

- Traumatismo

O pavilhão auricular pode sofrer vários tipos de traumatismos, dos quais resulta um hematoma subpericondrial, devido ao aparecimento de coágulos sanguíneos. (Maria Augusta Soares, 2005)



Figura 5 – Perda tecidual do pavilhão auricular por dentada (Tony R. Bull, 2006)

- Furúnculos

Os furúnculos são infecções localizadas nos folículos pilosos causadas geralmente por *Staphylococcus sp.*, devido a má higiene corporal, má nutrição, anemia ou “stress”. O início da infecção é marcado pelo surgimento de uma pápula vermelha que evolui posteriormente para pústula com pús e eritema. Geralmente, os furúnculos desaparecem por si, sendo que a drenagem espontânea do conteúdo purulento acontece no espaço de duas semanas. (Maria Augusta Soares, 2005)

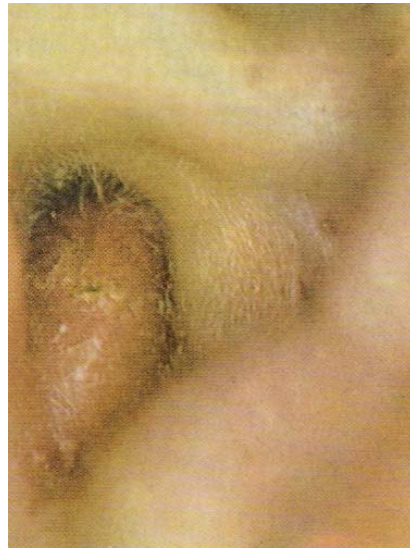


Figura 6 – Furúnculo no meato (Tony R. Bull, 2006)

- Pericondrite

A pericondrite é uma infecção do pericôndrio em que ocorre a acumulação de pús no espaço entre este e a cartilagem. O paciente refere calor localizado e dor, surgindo esta situação em resposta a trauma, queimadura ou picada de insecto. (Maria Augusta Soares, 2005)

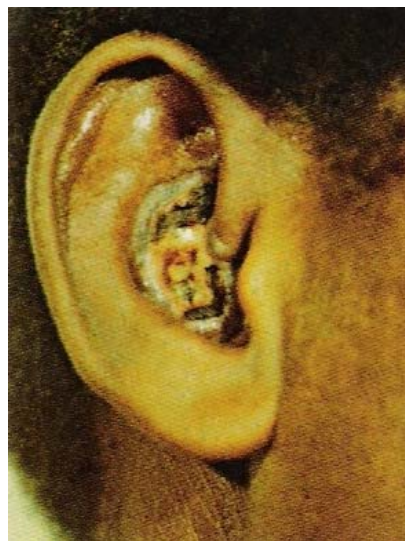


Figura 7 – Pericondrite da orelha (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

- Dermatite de contacto

A dermatite de contacto é uma resposta alérgica a determinados alérgenos. O doente queixa-se de dor e prurido, apresentando a área da lesão hiperpigmentada e com eritema. (Maria Augusta Soares, 2005)



Figura 8 – Dermatite de contacto por brinco (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

- Eczema

O eczema do ouvido é uma inflamação da pele do ouvido externo e do canal auditivo. É também uma resposta alérgica que pode estar associada a outras patologias ocorrendo descamação e fissuras e o principal sintoma é o prurido. (Maria Augusta Soares, 2005)



Figura 9 – Eczema (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

- Otomicose

A otomicose é uma infecção fúngica relativamente grave que ocorre principalmente em climas quentes tropicais. Caracteriza-se por inflamação, prurido, descamação e dor, podendo mesmo verificar-se perda de audição. (Maria Augusta Soares, 2005)

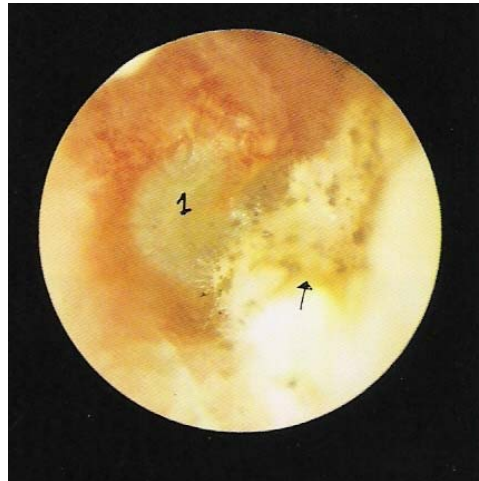


Figura 10 – Otomicose (Alves Santos, 1994)

- Tumor

Os tumores do ouvido podem ser benignos ou malignos.

No canal auditivo podem ocorrer tumores benignos, causando obstrução e consequente retenção de cerúmen e perda de audição. Estes tumores podem ser quistos sebáceos (sacos repletos de secreções da pele), osteomas (tumores ósseos) e quelóides (produção exagerada de tecido cicatricial após uma lesão). (Maria Augusta Soares, 2005)

- Otite Externa

A otite externa é uma infecção do canal auditivo externo, sendo a infecção mais frequente que pode ocorrer neste local. A sua principal causa são as bactérias que se encontram em piscinas, fazendo com que esta patologia seja mais comum no Verão e seja denominada “infecção dos nadadores”.

O canal auditivo apresenta edema e eritema, podendo também verificar-se prurido, otorreia e perda de audição. O sintoma principal é a dor intensa. (Maria Augusta Soares, 2005) (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)



Figura 11 – Otite externa crónica (Tony R. Bull, 2006)

3.1.2– Ouvido Médio

- Perfuração da Membrana do Tímpano

A perfuração da membrana do tímpano ocorre após alteração repentina da pressão atmosférica no canal auditivo externo (pancada, acidente, mergulho) ou por objectos colocados dentro do ouvido. Os sintomas são dor aguda seguida de hemorragia no ouvido, perda de audição e zumbidos. (Maria Augusta Soares, 2005)

- Otite Média

Otite média é definida como uma inflamação do ouvido médio, independentemente da sua etiologia, e pode apresentar várias formas:

- Otite Média Aguda – é uma infecção do ouvido médio de início súbito e de curta duração, acompanhada de sinais e sintomas clínicos de infecção. Pode ou não haver otorreia. Esta infecção ocorre quando bactérias ou vírus penetram o ouvido médio e os principais sintomas são dor, pressão e inflamação, podendo ocorrer também diminuição temporária da audição. Não é contagiosa e é comum surgir após uma infecção respiratória, sendo muito frequente em crianças. (Maria Augusta Soares, 2005) (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

- Otite Média com Efusão – surge como uma continuação da otite média aguda, quando a presença dos fluidos no ouvido médio persiste por mais de seis semanas. (Maria Augusta Soares, 2005) (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

- Otite Média Crónica – acontece quando a infecção do ouvido é superior a duas semanas, provocando lesões no ouvido médio e na membrana do tímpano. Frequentemente apenas é detectada pela diminuição da audição, uma vez que não apresenta sintomas. (Maria Augusta Soares, 2005) (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

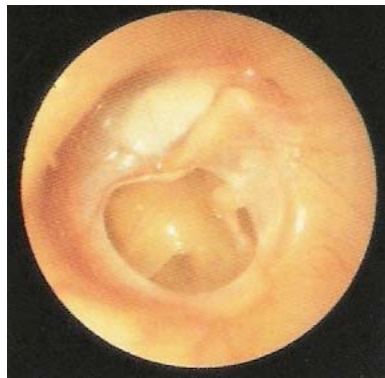


Figura 12 – Otite média crónica (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

- Otite Média Serosa – este tipo de otite média surge após acumulação de líquido no ouvido médio em consequência de uma otite média aguda. É muito comum em crianças com otites médias agudas recorrentes e o principal sintoma é a diminuição da audição que se pode tornar grave na ausência de tratamento. (Maria Augusta Soares, 2005) (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

3.1.3– Ouvido Interno

- Doença de Menière

A doença de Menière apresenta-se como uma perturbação caracterizada por episódios recorrentes de vertigem incapacitante, diminuição da capacidade auditiva e zumbidos.

Associa-se à excessiva quantidade de fluidos no ouvido interno que interfere com os órgãos responsáveis pela audição e equilíbrio.

As causas desta doença são ainda desconhecidas, contudo suspeita-se que o stress, a ingestão de certos alimentos ou problemas endócrinos possam contribuir para o aparecimento desta patologia.

É mais comum entre os 30 e os 50 anos e na maioria das pessoas afecta apenas um ouvido. Os principais sintomas são episódios de vertigens, diminuição da audição, zumbidos e sensação de pressão no ouvido. (Maria Augusta Soares, 2005)

- Labirintite

A labirintite é uma inflamação do ouvido interno que pode ser de origem bacteriana ou vírica. Os pacientes podem apresentar um leque variado de sintomas que vão desde a vertigem incapacitante e zumbidos até à perda de audição. (Maria Augusta Soares, 2005) (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

Tabela 1 – Sintomas auditivos e respectivas áreas afectadas (Paul Rutter, 2004)

Sintoma	Ouvido Externo	Ouvido Médio	Ouvido Interno
Prurido	✓		
Dor	✓	✓	
Descarga	✓	✓	
Surdez	✓	✓	✓
Vertigem			✓
Zumbidos			✓

3.2– Nariz e Seios Perinasais

- Fracturas do nariz

Os ossos do nariz partem-se frequentemente devido à sua posição saliente. Quando tal acontece, a membrana mucosa que reveste o nariz solta-se provocando uma hemorragia. Assim, quando o nariz sangra e apresenta dor após um traumatismo, pode ter sido partido. (Maria Augusta Soares, 2005) (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

- Epistaxis

A epistaxis, ou hemorragia nasal, é a perda de sangue pelo nariz e é um sintoma relativamente comum e normalmente inofensivo. É caracterizada, quase sempre, por ser uma situação de urgência, quer pelo desconforto provocado ao doente, quer pela “angústia” e preocupação que este demonstra em perder sangue pelo nariz.

É comum o doente com epistaxis surgir na farmácia a procurar auxílio. Nesta situação, o farmacêutico deve tentar controlar a hemorragia e aconselhar o doente a recorrer ao serviço de urgência.

Para controlar a epistaxis, o doente deve ser mantido na posição vertical, sentado, para evitar que engula sangue e para que o efeito da gravidade diminua o fluxo de sangue para a região nasal. Deve ser aplicada uma compressão externa na asa do nariz contra o septo nasal, do lado que apresenta a hemorragia, durante cerca de dez minutos, com um pouco de algodão embebido em água oxigenada ou Neo-sinefrina®.

A hemorragia deverá ser assim controlada, e o doente deverá, então, dirigir-se para o médico.

As causas de epistaxis podem ser muito diversas. Frequentemente, são episódios de importância menor que podem surgir devido a causas locais, tais como, traumatismos ou alergias nasais. Assim, fracturas nasais, traumas digitais e factores ambientais (ar seco e quente), podem estar na origem da epistaxis. Situações menos comuns, mas não de menor importância, são os episódios de epistaxis causados por problemas sistémicos, tais como, hipertensão arterial, doenças hematológicas, alcoolismo ou tumores.

Na maioria das situações a epistaxis é interior, ou seja, é localizada na área do septo nasal cartilaginoso anterior, conhecida como área de Little, zona esta que não é mais do que a união da artéria etmoidal anterior com o ramo ascendente da artéria palatina e o ramo septal posterior.

A epistaxis posterior, situação muito mais grave, raramente é resolvida com tamponamento anterior. Exige sempre cuidados médicos especializados (ORL), visto haver necessidade de tamponamento posterior, laqueações arteriais ou em último recurso, embolização.

Como alerta, é necessário não minimizar uma hemorragia nasal, pois embora possa ser uma situação mínima e sem importância, também pode traduzir-se num quadro clínico mais grave.

O farmacêutico, deve então, estar apto a controlar uma situação de epistaxis e encaminhar o doente para o médico.

(David D. DeWeese et al., 1986) (Rudolf Probst et al., 2000) (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998) (Thomas V. McCaffrey, 1997)

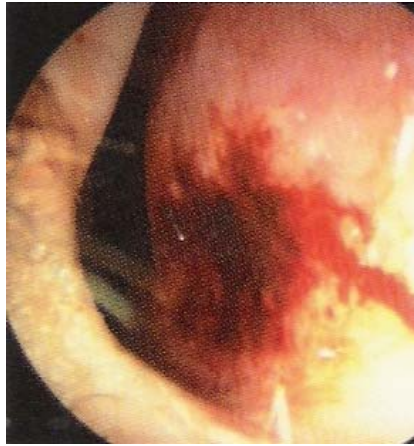


Figura 13 – Epistaxis (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

- Congestão nasal

A congestão nasal é um sintoma frequentemente associado a outras patologias tais como a constipação, gripe, rinite alérgica ou sinusite. É normalmente despoletada pela inalação de um agente desencadeante, um alérgeno ou partícula vírica, que estimula o sistema imunitário e promove a libertação de mediadores inflamatórios. A congestão nasal vai ser induzida por hiperemia e aumento da permeabilidade capilar com consequente irritação da mucosa e rinorreia. (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

- Rinites

A rinite é uma inflamação da mucosa nasal cujos sintomas mais comuns são espirros, rinorreia, prurido e obstrução nasal.

Actualmente as rinites classificam-se em agudas e crónicas, alérgicas e não alérgicas e segundo a periodicidade em perenes ou sazonais. (Maria Augusta Soares, 2005) (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

- Rinite Alérgica

A rinite alérgica é uma situação muito comum e traduz-se numa inflamação da mucosa nasal. Trata-se de uma reacção de hipersensibilidade mediada por anticorpos IgE a um alérgeno. Os principais alérgenos são o pólen, os ácaros, penas e pêlos de animais domésticos.

Os principais sintomas desta patologia são os espirros, congestão nasal, rinorreia aquosa, prurido nasal, ocular e faríngeo, conjuntivite e fotofobia.

Quando não tratada, a rinite alérgica pode causar complicações, nomeadamente sinusite, epistaxis, asma ou problemas no ouvido médio.

Existem dois tipos de rinite alérgica: sazonal ou perene. Um exemplo de rinite alérgica sazonal é a febre dos fenos, provocada por pólenes ou esporos de fungos do meio ambiente. A rinite alérgica perene é causada por alérgenos presentes o ano inteiro, tais como os ácaros existentes no pó da casa, pêlos de animais ou alérgenos ocupacionais. (Maria Augusta Soares, 2005) (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

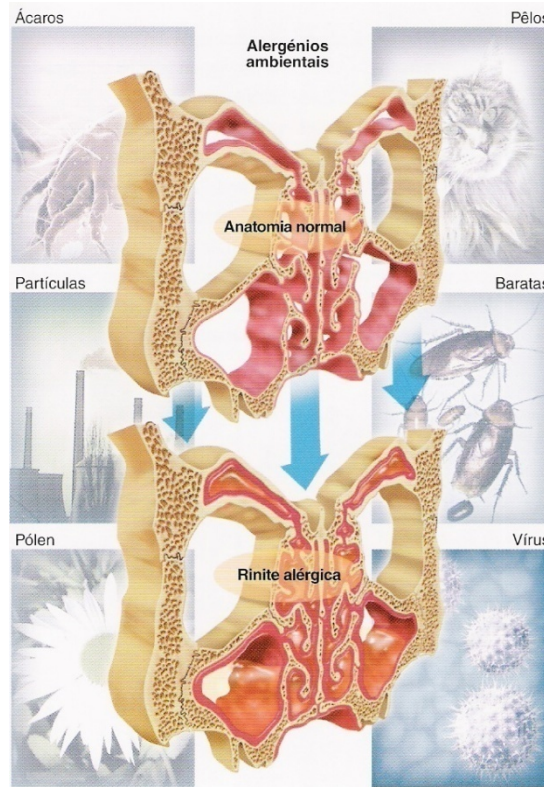


Figura 14 – Rinite alérgica (Luís Raúl Lépori, 2005)

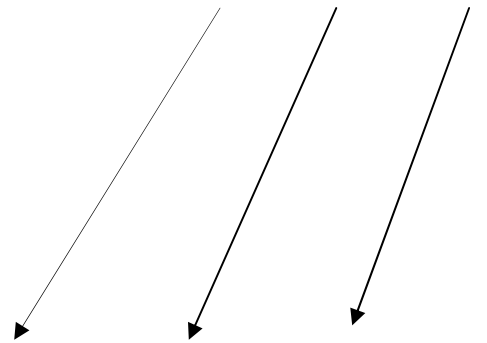
- Rinite Vasomotora

A rinite vasomotora é uma rinite crónica que resulta de um desequilíbrio neurovegetativo de causa idiopática, caracterizando-se por rinorreia e congestão, agravados por determinados factores tais como fumos, diferenças de temperatura, mudanças posturais (agravando-se na posição de deitado) e distúrbios emocionais.

Não se conhece o mecanismo exacto deste tipo de rinite, sabendo-se, no entanto, que tem uma forte componente psicogénica, aparecendo e desaparecendo, piorando com a secura do ar.

A mucosa nasal apresenta-se inflamada e vermelha e verifica-se a ausência de secreções. (Maria Augusta Soares, 2005) (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

Quadro nº1-Diagnóstico diferencial da rinite: (adaptado de Rutter)



- Sinusites

A sinusite pode ser definida como uma patologia que se manifesta por uma resposta inflamatória relativa à mucosa da cavidade nasal e dos seios perinasais.

A sinusite pode surgir devido a qualquer factor que dificulte o arejamento e drenagem das secreções dos seios perinasais, tais como anomalias anatómicas ou edema das mucosas. Esta patologia surge quando as secreções retidas se infectam.

Pode ser classificada em aguda ou crónica consoante a duração dos sintomas; menos de quatro semanas ou mais de três meses, respectivamente.

Os principais sintomas são cefaleias, dor na face, febre baixa, rinorreia purulenta e alterações a nível olfactivo. (Maria Augusta Soares, 2005) (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

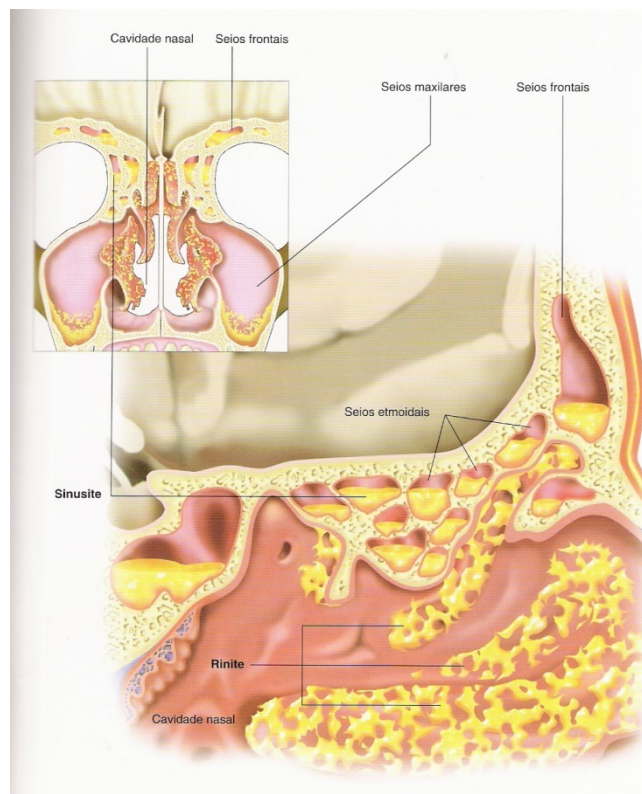


Figura 15 – Sinusite (Luís Raúl Lépori, 2005)

3.3- Garganta

A comum “dor de garganta” pode ser o sintoma inicial de diversas patologias tais como: constipação, gripe, faringite e amigdalite. Pode também estar presente em situações mais graves como é o caso de infecções víricas, bacterianas ou fúngicas.

A maior parte dos adultos e crianças sofrem de “dor de garganta” duas a três vezes por ano.

- Faringite

A faringite é uma inflamação da faringe. Na sua grande maioria tem etiologia viral (cerca de 80%), sendo os restantes casos de etiologia bacteriana.

As faringites virais mais frequentes são as que são provocadas pelos vírus que originam a gripe ou a constipação comum e pelo vírus Epstein-Barr que provoca a mononucleose infecciosa.

As faringites bacterianas podem ocorrer após uma infecção viral, em que os microorganismos presentes na flora saprófita da orofaringe se tornam patogénicos após uma alteração nesse meio ambiente. A flora saprófita presente na orofaringe inclui: *Streptococcus viridans*, *Pneumococcus*, bactérias fusiformes, *Neisseria*, *Staphylococcus* e fungos. Este tipo de faringite pode ser especialmente grave se for causada pelo *Streptococcus*-beta-hemolítico do grupo A, pelo risco de complicações mais graves tais como: febre reumática, glomerulonefrite ou endocardite.

A faringite pode provocar odinofagia, disfagia e otalgia.

A faringe pode apresentar-se levemente inflamada ou muito vermelha, e é muito frequente o doente acusar uma adenopatia cervical que é sinónimo de infecção. A febre está normalmente presente. (Maria Augusta Soares, 2005) (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

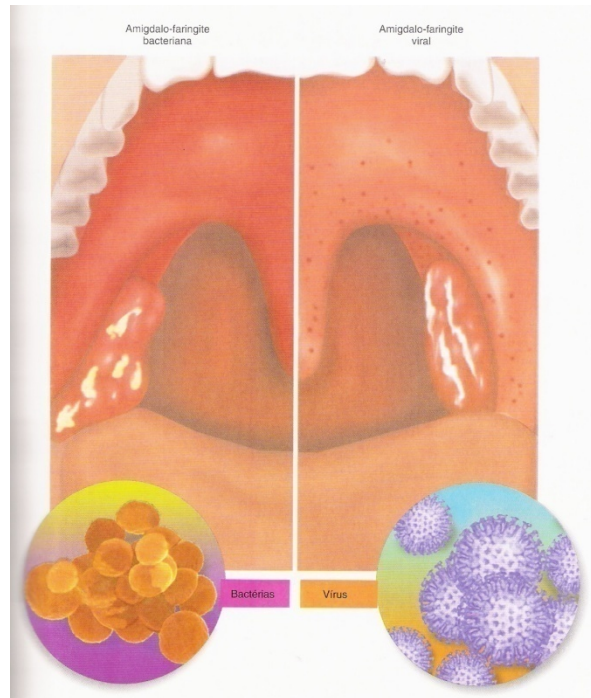


Figura 16 – Amígdalo-faringite (Luís Raúl Lépori, 2005)

- Laringite

A laringite é a inflamação da laringe que está normalmente associada a alterações da voz, tais como rouquidão ou afonia.

A causa mais comum da laringite é uma infecção viral das vias respiratórias superiores, como a constipação comum.

O principal sintoma desta patologia é a alteração da voz, podendo o doente sentir também um “formigueiro” na garganta e uma constante necessidade de a limpar, sendo que o edema da laringe pode mesmo dificultar a respiração (crupe).

A rouquidão é geralmente sinónimo de uma situação benigna e autolimitada, no entanto pode também ser o único sintoma de uma patologia mais grave como uma neoplasia. Assim, se o paciente apresentar uma rouquidão súbita associada a sintomas de infecção respiratória viral (tosse, febre, rinorreia ou dor de garganta), está-se perante uma situação autolimitada pertencente ao quadro viral decorrente.

Se, caso contrário, o paciente apresenta uma rouquidão superior a um mês e ausência de outros sintomas (dor ou sintomas de síndrome viral), poder-se-à estar na presença de uma neoplasia. (Maria Augusta Soares, 2005) (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

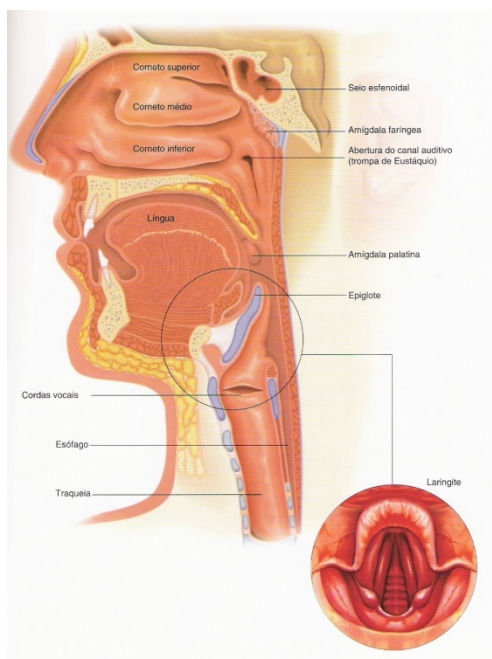


Figura 17 – Laringite aguda (Luís Raúl Lépori, 2005)

- Amigdalite

A amigdalite é uma inflamação das amígdalas, normalmente provocada por uma infecção estreptocócica ou, com menos frequência, por uma infecção viral.

Os principais sintomas associados a esta patologia são odinofagia e disfagia. É frequente a dor irradiar para o ouvido e a presença de febre superior a 38°C, cefaleias e vômitos.

As amígdalas apresentam-se inflamadas e com cor vermelha intensa. Pode haver presença ou não de pús e uma membrana branca e fina confinada à amígdala. (Maria Augusta Soares, 2005) (Samuel A. Bentes Ruah et al., 1998)

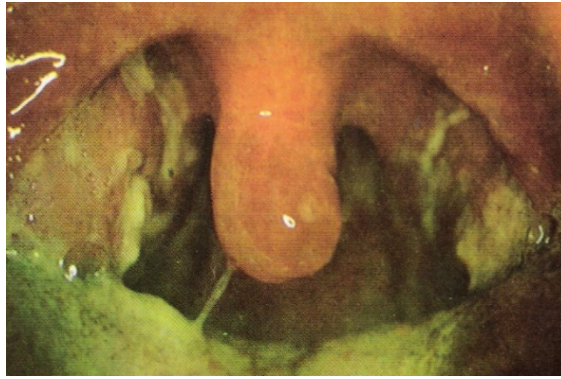


Figura 18 – Amigdalite aguda (Tony R. Bull, 2006)

Quadro nº2- Diagnóstico diferencial da inflamação da garganta: (adaptado de Rutter)

3.4- Constipação

A constipação apresenta-se como a infecção mais comum das vias respiratórias superiores. É uma infecção viral em que na maioria dos casos o agente causal pertence à família dos rinovírus.

Os sintomas da constipação resultam da inflamação das mucosas e vão evoluindo com o decorrer dos dias, visto uma constipação durar entre cinco a sete dias. Geralmente, o primeiro sintoma a surgir é a irritação da faringe que tende a desaparecer no segundo dia dando lugar à sintomatologia nasal. No que se refere a esta situação, o doente apresenta congestão nasal e rinorreia que é transparente e fluida no início, passando a opaca, amarelada e espessa à medida que a constipação prossegue.

Alguns pacientes referem rouquidão e a tosse está presente em cerca de 20% dos casos, possivelmente devido à inflamação dos brônquios. Inicialmente a tosse é seca, tornando-se produtiva no “pico” da constipação devido ao aumento das secreções brônquicas, voltando a apresentar-se como tosse seca na fase final da patologia.

Como é do conhecimento geral, as constipações apresentam uma maior incidência no Inverno e os seus factores predisponentes passam pelo arrefecimento corporal, doença respiratória de base, fadiga ou débil estado nutricional, mas na obrigatoriedade de ter ocorrido exposição prévia ao vírus. (Maria Augusta Soares, 2005)

3.5- Gripe

A gripe define-se como uma infecção viral aguda, principalmente restringida aos pulmões e vias respiratórias e é causada pelo vírus *Influenza*.

Os sintomas da gripe são maioritariamente sistémicos e generalizados tais como febre alta, fadiga, mialgias, cefaleias e arrepios. Tem a duração de cerca de uma semana, podendo levar o doente a manter-se na cama durante uns dias.

É frequente a gripe confundir-se com a constipação devido a ambas afectarem as vias respiratórias superiores, contudo a primeira apresenta-se muito mais grave devido ao seu carácter sistémico.

A gripe acarreta sintomatologia muito mais marcada, como é o caso da febre elevada, do enfraquecimento do sistema imunitário e das diversas complicações posteriores que podem surgir a nível pulmonar. (Maria Augusta Soares, 2005)

Tabela 2 – Principais diferenças entre constipação e gripe (Maria Augusta Soares, 2005)

	CONSTIPAÇÃO	GRIFE
Agente causal	Rinovírus	Influenza
Período de incubação	24 a 48 horas	24 a 48 horas
Locais do organismo afectados	Vias respiratórias superiores	Pulmões e vias respiratórias
Astenia	Ausente	Acentuada
Febre	Rara	Presente
Cefaleias	Raras	Frequentes
Falta de apetite	Ausente	Frequente
Sintomas nasais	Acentuados	Raros
Tosse	Rara	Presente
Odinofagia	Moderada	Acentuada
Duração	5 a 10 dias	7 dias
Contágio	Moderado	Acentuado

IV – Aconselhamento Farmacêutico

4.1- Aconselhamento Farmacêutico e Automedicação

O farmacêutico tem um papel de extrema importância perante a população, pois é à farmácia que, frequentemente, os doentes recorrem quando surgem os primeiros sintomas de uma patologia. Procuram aconselhamento, esclarecimento e muitas vezes questionam a necessidade de recorrer a consulta médica. Assim sendo, o farmacêutico deve estar apto, baseando-se nos seus conhecimentos científicos e práticos, a averiguar a situação clínica do paciente e desse modo, remetê-lo a consulta médica ou aconselhando MNSRM de forma a aliviar-lhe os sintomas.

A automedicação é uma realidade adquirida nos dias de hoje e permite uma autonomia da população no que se refere à sua saúde. Através da automedicação, os doentes têm a possibilidade de adquirir alguns medicamentos assumindo eles próprios a responsabilidade do seu tratamento.

É neste ponto que a automedicação se cruza com o “Aconselhamento Farmacêutico”, na medida em que o farmacêutico tem a responsabilidade de informar, alertar e educar os doentes na escolha dos medicamentos mais adequados à sua situação.

Para conseguir chegar próximo de um diagnóstico, o farmacêutico está dependente do seu poder de comunicação, uma vez que é o único modo que este profissional de saúde possui para obter informação acerca do paciente. O diagnóstico é baseado apenas na troca de informação entre o farmacêutico e o doente; sendo assim de extrema importância que o farmacêutico possua uma boa técnica a questionar, ouvir e apreender os sinais do paciente.

Para que o farmacêutico possa realizar um aconselhamento de qualidade pondo em prática os seus conhecimentos, deve tentar obter junto do paciente o maior número de informação possível. Para tal, recorre a um conjunto de “questões-tipo” essenciais para a averiguação do estado de saúde do doente.

É fundamental avaliar a duração das queixas e a intensidade dos sintomas, assim como a aparência geral do paciente. Estes indicadores permitem classificar a gravidade da situação e assim questionar a necessidade de encaminhar o doente para consulta de urgência ou proceder à selecção do MNSRM mais adequado.

Assim sendo, o farmacêutico deve colocar algumas questões, tais como: (Maria Augusta Soares, 2005)

- “Quais os sintomas e quando se iniciaram?”
- “Como os descreve?”
- “Existem factores que desencadeiam ou agravam os sintomas?”
- “Existe algum sintoma que se possa relacionar?”
- “Já tomou alguma medicação?”
- “Qual a idade do doente?”
- “Realiza algum tipo de tratamento?”
- “Actualmente está a tomar alguma medicação?”
- “Tem alguma doença crónica ou já sofreu alergias?”

O recurso a acrónimos foi muito utilizado ao longo do tempo pelos farmacêuticos, para se recordarem facilmente das questões a colocar ao paciente.

Contudo, o uso de acrónimos pode levar a um diagnóstico impróprio, uma vez que estes são inflexíveis e muito gerais.

Os acrónimos devem e podem ser usados pelo farmacêutico, nunca esquecendo, porém, que cada paciente é um caso único e que as questões colocadas a cada pessoa devem ser específicas, baseando cada diagnóstico na situação presente.

Os acrónimos usados mais frequentemente são:

- **WWHAM**

W – “Who is the patient?”/ Quem é o paciente?

W – “What are the symptoms?”/ Quais os sintomas?

H – “How long have the symptoms been present?”/ Há quanto tempo duram os sintomas?

A – “Action taken?”/ Que medidas foram tomadas?

M – “Medication being taken?”/ Que medicação está a tomar?

Este é o acrónimo de utilização mais simples mas também o menos próprio, pois não valoriza o aspecto geral do paciente, o seu estilo de vida nem antecedentes familiares. Fornece informação muito limitada e muito dificilmente será efectuado um diagnóstico correcto utilizando apenas este acrónimo.

- **ENCORE**

E – “Explore”/ Examinar

N – “No medication”/ Sem medicação

C – “Care”/ Cuidado

O – “Observe”/ Observar

R – “Refer”/ Referir

E – “Explain” / Interpretar

Este acrónimo valoriza a aparência geral do paciente, nomeadamente na secção “O”, o que é um factor muito importante, embora acrescente pouca informação ao diagnóstico diferencial.

• ASMETHOD

A – “Age; Appearance?”/ Idade; Aparência?

S – “Self or someone else?”/ O próprio ou outra pessoa?

M – “Medication?”/ Medicação?

E – “Extra medicines?”/ Outros medicamentos?

T – “Time persisting?”/ Duração dos sintomas?

H – “History?”/ História clínica

O – “Other symptoms?”/ Outros sintomas?

D – “Danger symptoms?”/ Sintomas de risco?

O uso deste acrónimo acrescenta pontos positivos, pois caracteriza a natureza do problema, não valorizando, contudo, o sintoma exacto nem a sua gravidade.

• SIT DOWN SIR

S – “Site or location?”/ Local ou situação?

I – “Intensity or severity?”/ Intensidade ou gravidade?

T – “Type or nature?”/ Tipo ou natureza?

D – “Duration?”/ Duração?

O – “Onset?”/ Início?

W – “With (other symptoms)?”/ Outros sintomas?

N – “Annoyed or aggravated?”/ Sintomas agravados por?

S – “Spread or radiation?”/ Extensão?

I – “Incidence or frequency pattern?”/ Incidência ou frequência?

R – “Relieved by?”/ Sintomas aliviados por?

O uso deste acrónimo acrescenta o facto de se poder averiguar se o paciente já sofreu episódios anteriores, e tem como pontos negativos não avaliar a aparência geral do paciente nem considerar a história familiar. (Paul Rutter, 2004)

Só após obter uma história clínica a mais completa possível é que o farmacêutico está apto a intervir segura e eficazmente.

Posto isto, o farmacêutico encaminha o doente para consulta médica, consulta de urgência ou se a situação não for grave, passa à selecção do tratamento recorrendo a MNSRM ou indicando medidas não farmacológicas.

Existe uma enorme variedade de medicamentos que podem ser dispensados sem prescrição médica. Contudo, o farmacêutico deve optar por um esquema terapêutico o mais simples possível e recorrendo às formas farmacêuticas que apresentam apenas uma substância activa. A escolha do medicamento adequado deve ser sempre fundamentada na sua segurança e eficácia, avaliando também os possíveis riscos para o doente. O custo da medicação deve igualmente ser um factor a ter em conta. É ainda importante salientar que cada doente é um caso e os medicamentos devem ser seleccionados avaliando a situação do doente em questão.

Outra área importante do aconselhamento farmacêutico refere-se ao tratamento não farmacológico. Mais uma vez o papel do farmacêutico é de extrema relevância, na medida em que pode aconselhar o doente sobre medidas não farmacológicas a tomar e que podem ajudar muito no alívio dos sintomas.

A automedicação com aconselhamento farmacêutico nunca deve ser superior a uma semana, sendo a duração ideal do tratamento cerca de cinco dias. Se após esse período de tempo o doente não apresentar melhoria do seu estado de saúde deve recorrer a consulta médica. (Maria Augusta Soares, 2005) (Paul Rutter, 2004)

4.2 – Aconselhamento Farmacêutico - Ouvidos

Quando um doente surge na farmácia apresentando queixas relacionadas com o ouvido, quase sempre necessita de ser encaminhado para consulta médica, pois a maioria dos casos traduz-se em otites. Contudo, os sintomas de dor e/ou febre podem ser aliviados por aconselhamento farmacêutico.

O farmacêutico deve então reunir o máximo de informação recorrendo às “questões-tipo” adequando-as às queixas apresentadas. Deve averiguar a existência de febre, a presença de pús, a intensidade da dor, a obstrução nasal e cefaleias.

Após este breve questionário, e se não houver nenhum problema, o farmacêutico pode aconselhar:

- Clorobutanol/para-diclorobenzeno/benzocaína (Otoceril®), para remoção do cerúmen que muitas vezes causa diminuição da audição ou sensação de ouvido tapado. Devem ser instiladas 3 a 5 gotas, deixando actuar 20 minutos, repetindo o tratamento durante 2 a 5 dias.
- Paracetamol (Ben-u-ron®) 1000 mg de 8 em 8 horas ou de 6 em 6 no caso de febres altas.
- AINE como o Ibuprofeno (Brufen®) 400 mg ou a Nimesulida (Nimed®) 100 mg de 12 em 12 horas, após refeições, para actuar na dor forte e inflamação.
- Recorrer a consulta médica e no caso de dor muito intensa, indicar consulta de urgência.

Cuidados a ter em situações especiais:

- Caso o doente tenha problemas gástricos, o tratamento com AINE's está contra-indicado.

- Uma criança que surja na farmácia com este tipo de sintomas deve ser encaminhada imediatamente para o médico. Do mesmo modo, os seus sintomas podem ser aliviados recorrendo a anti-inflamatórios de forma a controlar a febre e a dor. Pode igualmente ser administrado Ibuprofeno (Brufen®) suspensão oral de 8 em 8h, ajustando a dose de acordo com o peso da criança.

Resumindo, o doente deve ser imediatamente encaminhado para o médico na presença dos seguintes *Sinais de Alarme*:

- Otolgia em crianças;
- Obstrução do canal auditivo por objecto estranho;
- Hemorragia;
- Otorreia;

(Maria Augusta Soares, 2005)

Cuidados a ter na aplicação de gotas otológicas:

- Segurar o frasco entre as mãos durante uns minutos antes da aplicação para aquecer a solução, de modo que esta se torne mais confortável
- Inclinar a cabeça para o lado de modo a que a orelha fique direccionada para o tecto
- Com uma mão, endireitar o canal auditivo externo de modo a que se torne mais rectilíneo
- Com o frasco na outra mão, segurá-lo o mais próximo possível do canal auditivo externo sem o tocar, e instilar o correcto número de gotas
- Manter a cabeça inclinada durante alguns minutos ou colocar um tampão de algodão
- Colocar a cabeça na posição normal e limpar o possível excesso de solução com um lenço limpo

4.3 - Aconselhamento Farmacêutico – Nariz

Outros sintomas que surgem muito frequentemente na farmácia são os relacionados com o nariz. O mais comum é a obstrução nasal e/ou rinorreia.

É comum este tipo de sintomas poder ser resolvido sem recurso a consulta médica. Mais uma vez é necessário o farmacêutico colocar as questões que levam à definição do problema e à certeza de que não se está perante uma situação mais grave.

Nestes casos deve ser aconselhado:

- Anti-histamínico como a cetirizina (Zyrtec®) 10 mg ou a loratadina (Claritine®) 10 mg, uma vez por dia, de preferência à noite pois pode provocar sonolência.
- A lavagem das fossas nasais com soro fisiológico ou água do mar esterilizada.
- Gotas descongestionantes como a fenilefrina (Vibrocil®) nos casos mais agudos de obstrução tendo sempre em conta a história clínica do doente, uma vez que este tipo de medicação está contra-indicado em casos como hipertensão arterial ou doença cardíaca, provocando também destruição das defesas naturais a nível local e congestionamento por efeito “rebound”.

Nos seguintes *Sinais de Alarme* o doente deve ser encaminhado para o médico:

- Obstrução das fossas nasais por objecto estranho;
- Hemorragia nasal severa;
- Traumatismo;

(Maria Augusta Soares, 2005)

4.4 – Aconselhamento Farmacêutico – Garganta

A vulgar “dor de garganta” surge com relativa frequência nas queixas dos pacientes que recorrem à farmácia. Este sintoma é muito comum e pode ser referenciado em patologias como amigdalite, faringite ou uma simples constipação, sendo por isso importante averiguar se se está perante uma patologia que necessita de consulta médica ou algo que possa ser resolvido recorrendo a MNSRM.

A odinofagia está normalmente presente e pode ser aliviada recorrendo a AINE’s; pastilhas para a garganta com efeito local, como é o caso do Flurbiprofeno (Strepfen®) de 4 em 4 horas sem exceder as 5 pastilhas por dia e/ou um spray antiséptico como o Cloridrato de Benzidamina (Tantum Verde®) com a posologia de 4 pulverizações, 2 a 6 vezes por dia.

Do mesmo modo e com a mesma importância o aconselhamento de medidas não farmacológicas faz parte do papel do farmacêutico. Assim, o doente deve ingerir uma grande quantidade de líquidos, principalmente bebidas quentes e não sobrecarregar a voz no caso de apresentar rouquidão.

O doente deve ser aconselhado a fazer este tipo de tratamento durante quatro ou cinco dias, findos os quais, se não verificar melhoria dos sintomas, deverá recorrer ao médico.

Outras situações que devem também ser encaminhadas para o médico são:

- Rouquidão superior a um mês;
- Odinofagia em crianças;
- Suspeita de presença de objecto estranho em crianças;

(Maria Augusta Soares, 2005)

v. Conclusão

As patologias ORL surgem com elevada frequência em farmácia de oficina. Diariamente o farmacêutico é confrontado com utentes que se queixam, principalmente, de problemas relacionados com o nariz e a garganta.

Posto isto, é de extrema importância saber realizar um aconselhamento farmacêutico completo e eficaz nesta área.

O “Aconselhamento Farmacêutico em situações ORL” foi assim aprofundado nesta monografia, tendo sido alcançados os objectivos de agir correcta e eficazmente nas situações do foro otorrinolaringológico. Saber avaliar correctamente os sinais e sintomas apresentados pelo doente; reconhecer os “sinais de alarme” que devem ser imediatamente encaminhados para o médico, por exemplo em crianças; e proceder à selecção dos MNSRM mais adequados a cada situação em particular, foram os objectivos atingidos com este trabalho.

É essencial distinguir as situações agudas das crónicas, devido ao diferente modo de actuar em cada caso, além de que uma situação crónica pode frequentemente traduzir uma situação mais grave.

Para isto, foi necessário uma pesquisa e conhecimento da anatomia e fisiologia das vias respiratórias superiores, uma vez que estas estruturas se encontram interligadas entre si, e quando numa situação de patologia, frequentemente se comprometem mutuamente.

Este tipo de pesquisa seria importante ser realizado por todos os profissionais de saúde na área de farmácia de oficina, relativamente a todas as especialidades médicas, uma vez que se torna uma ferramenta muito útil para que se possa realizar um aconselhamento farmacêutico mais cuidado, especializado e seguro.

Adquirindo este conhecimento específico na área ORL, poderá ser feito um aconselhamento farmacêutico de qualidade, que se irá cruzar com a automedicação que é, nos dias de hoje, efectuada por toda a população diariamente.

É função e dever do farmacêutico educar e formar a população para uma automedicação cuidada e regrada, para que seja o próprio doente a responsabilizar-se pela sua saúde nos casos de menor importância.

Serão poupadas consultas médicas menos necessárias, tempo de espera para os doentes e várias patologias menores poderão ser assim resolvidas, recorrendo ao aconselhamento farmacêutico. As medidas não farmacológicas indicadas pelo farmacêutico são indispensáveis para o alívio dos sintomas durante a terapêutica medicamentosa.

Após a elaboração desta monografia, e através de toda a pesquisa inerente, encontro-me apta a realizar o melhor aconselhamento farmacêutico possível em situações ORL, pondo em prática todos os conhecimentos adquiridos, ajudando a população a “encontrar” a saúde.

VI. Bibliografia

- Berkow, R. *Manual Merk*. Portugal, Oceano Grupo Editorial, S.A.
- Bull, T.R. (2006). *Atlas a cores do diagnóstico ORL*. Portugal, EUROMÉDICE, Edições Médicas, Lda.
- DeWeese, D.D. / Saunders, W.H. (1986). *Tratado de Otorrinolaringologia*. México, Nueva Editorial Interamericana.
- Lépori, L.R. (2005). *Atlas do Aparelho Respiratório Nº 1*. Portugal, Magnum 33 Divisão Comunicação Médica.
- Lépori, L.R. (2005). *Atlas do Aparelho Respiratório Nº 3*. Portugal, Magnum 33 Divisão Comunicação Médica.
- Lépori, L.R. (2008). *Rinite alérgica e polipose nasal*. Portugal, Magnum 33 Divisão Comunicação Médica.
- McCaffrey, T.V. (1997). *Rhinologic Diagnosis and Treatment*. New York, Thieme
- Probst, R. et al., (2000). *Basic Otorhinolaryngology – A Step-by-Step Learning Guide*. New York, Thieme.
- Ruah, S.A.B./Ruah, C.B. (1998). *Manual de Otorrinolaringologia Vol.I*. Lisboa, Roche Farmacêutica Química, Lda.
- Ruah, S.A.B./Ruah, C.B. (1998). *Manual de Otorrinolaringologia Vol.III*. Lisboa, Roche Farmacêutica Química, Lda.
- Ruah, S.A.B./Ruah, C.B. (1998). *Manual de Otorrinolaringologia Vol.IV*. Lisboa, Roche Farmacêutica Química, Lda.
- Ruah, S.A.B./Ruah, C.B. (1998). *Manual de Otorrinolaringologia Vol.V*. Lisboa, Roche Farmacêutica Química, Lda.
- Rutter, P. (2004). *Community Pharmacy – Symptoms, Diagnosis and Treatment*. London, Churchill Livingstone
- Santos, A. (1994). *Atlas de patologia do ouvido*. Porto.
- Simões Lopes, M. (2008). *Índice Nacional Terapêutico*. Lisboa, Tupam Editores

- Soares, M.A. (2002). *Medicamentos não Prescritos Vol.I*. Lisboa, Associação Nacional das Farmácias.
- Soares, M.A. (2002). *Medicamentos não Prescritos Vol.II*. Lisboa, Associação Nacional das Farmácias.