

Infecções virais das vias aéreas superiores

JOSÉ ANTÓNIO MIRANDA*

RESUMO

As doenças infecciosas a vírus das vias aéreas superiores incluem um espectro amplo de entidades nosológicas com manifestações clínicas frequentemente próximas, em geral benignas e auto-limitadas, que são responsáveis por um grande número de consultas em Medicina Familiar. Incluem a constipação, a faringite viral e a laringotraqueobronquite.

O presente artigo apresenta os resultados de uma revisão sobre as formas de manifestação, a história natural, o diagnóstico diferencial e os objetivos e as opções terapêuticas com evidência de eficácia em cada uma das formas de apresentação deste grupo de patologias.

INTRODUÇÃO

As doenças infecciosas a vírus das vias aéreas superiores (nariz e seios perinasais, faringe, laringe, traqueia e brônquios) constituem um dos diagnósticos mais frequentes na prática clínica generalista¹. Porém, a sua benignidade clínica e o seu carácter polimorfo têm uma consequência habitual: grande número de doentes consulta o médico apenas depois de se ter autocuidado, recorrendo frequentemente a terapêuticas farmacológicas que utilizam sobretudo medicamentos de venda livre, ou a procedimentos tradicionais de eficácia culturalmente aceite. Assim, pode ser relativamente pequena a proporção destes doentes que é observada na consulta com um quadro nosológico localizado e bem determinado², sendo comum o aparecimento de situações temporalmente evoluídas em que a extensão a vários territórios e as complicações bacterianas são a regra.

Este facto constitui uma das maiores dificuldades com que se depara o clínico³: não só é quase sempre necessário desconsiderar o autodiagnóstico com o qual muitas vezes o doente inicia as suas queixas, e a que por vezes estas se reduzem (vg «tenho uma gripe»),

como também é imperioso fazer uma cuidadosa anamnese e um exame objectivo rigoroso para conseguir superar com sucesso a dificuldade diagnóstica que é característica destas situações.

O objectivo deste trabalho é apresentar uma revisão didáctica sobre o diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas a vírus das vias aéreas superiores; são excluídas a gripe e a patologia predominantemente ORL (sinusite, otite, etmoidite), abordadas em outros trabalhos.

MÉTODOS

Fez-se inicialmente (Julho de 2005) pesquisa na *internet* tendo como ponto de partida a Biblioteca do Conhecimento Online (b-on)⁴, onde a pesquisa foi feita no motor MetaLib e na área temática Ciências da Saúde, usando como descritores as palavras «common cold», «rhinitis», «sore throat», «influenza», «bronchitis», «bronchiolitis», «URTI», e «review» e «RCT», nos seguintes recursos disponíveis naquela plataforma: Academic Search Premier (EBSCO), Annual Reviews, Bioresearch (RDN), Elsevier (Science Direct), Highwire Press, Library of Congress, NMAP (RDN), OMNI, Project Muse Medicine and Health, PubMed, Resource Discovery Network, Springer Link (Springer/Kluwer), Web of Science (ISI) e Wiley Interscience (Wiley). Foi usada a estratégia de pesquisa «multiple posting»⁵ (descritores presentes em todos os campos).

Da totalidade de registos obtidos foi seleccionado um conjunto de textos pa-

*Chefe de Serviço de Medicina Geral e Familiar
CS Olivais – Lisboa
CIMMGF Zona Sul – Lisboa

ra revisão manual, com base no título e data de publicação (a mais recente quando existiam duas ou mais), e de acordo com o seguinte critério hierárquico: estudos de revisão incluindo estudos de meta-análise quando existentes, ensaios clínicos aleatorizados e controlados apenas quando mais recentes do que os estudos de revisão disponíveis sobre o tema, revisões didáticas.

Simultaneamente foram revistas publicações que sistematizam a evidência científica disponível: Clinical Evidence⁶ [Capítulos: Common cold, Influenza, Sore throat, Bronchitis (acute)], Cochrane Library⁷ [Capítulos: Common cold (Coryza), Bronchitis, Influenza, Laryngitis, Pharyngitis/Tonsillitis (Sore throat), General Respiratory Tract Infection], e EBM Guidelines⁸ [Capítulos: Upper respiratory tract infections in adults, Sore throat and tonsillitis, Tonsillitis and pharyngitis in children, Acute bronchitis, Influenza].

Finalmente alguns manuais de referência foram também consultados.^{2,3,9-12}

Complementarmente foram consultados documentos seleccionados a partir das listas de referências de alguns dos textos estudados.¹⁷⁻²⁰

ETIOLOGIA E CLÍNICA DAS INFECÇÕES A VÍRUS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES

Existe inegavelmente alguma confusão na classificação das infecções virais das vias aéreas superiores⁶. Tal situação deve-se a dois factos: o mesmo agente etiológico pode ser responsável pela ocorrência de diversos quadros clínicos, e um mesmo conjunto de sintomas inespecíficos pode estar presente no início de muitas daquelas doenças.

Tradicionalmente a classificação nosológica recorre sobretudo a critérios de natureza anatómica e clínica para individualizar grandes quadros: constipação, faringite, laringotraqueobronquite e a gripe.

Sobre esta última apenas falaremos de passagem para referir características que permitem o diagnóstico diferencial com as restantes. De facto, os agentes etiológicos da gripe (*Myxovirus influenza*) podem também determinar um quadro clínico de constipação; porém, no contexto da infecção viral das vias aéreas superiores, em que todas as áreas anatómicas podem ser afectadas em simultâneo ou sucessivamente, o vírus da gripe tem especificidades epidemiológicas e clínicas que justificam a sua abordagem em separado.

Constipação

O quadro clínico típico de uma constipação é o de uma rinite aguda.

A doença tem uma **variação sazonal** nítida: o *Rhinovirus*, agente causal quase exclusivo, tem fraca resistência ao calor sobrevivendo mais facilmente em ambiente frio e húmido. O Inverno é assim a estação do ano de maior incidência. Porém, outros agente virais podem estar implicados: Coronavírus, Adenovírus, Vírus Respiratório Sincicial e outros.

O **contágio** faz-se sobretudo pelas mãos, em contacto directo com um portador, sendo menos frequente a transmissão pela tosse, pelo espirro ou pela fala.

Dado que a temperatura do ar inspirado nas fossas nasais é de cerca de 34°C, e sabendo-se que a temperatura óptima de replicação viral se situa entre os 33°C e os 35°C, facilmente se compreende a distribuição topográfica desta infecção: nariz e rinofaringe.

Os **sintomas típicos** são a rinorreia serosa, a obstrução nasal, o lacrimejo, a esternutação, a cefaleia de predomínio frontal. Acompanham habitualmente este quadro um mal-estar geral que pode estar associado a febrícula, a astenia, ou ainda a odinofagia, mialgias e artralgias muito pouco intensas.

O **exame objectivo** permite visualizar os sinais típicos: na rinoscopia demons-

tra-se uma mucosa nasal edemaciada e vermelha com corrimento seroso abundante; as conjuntivas tarsais podem estar hiperemiadas, bem como a mucosa da rinofaringe.

O **quadro clínico** típico surge após um período de incubação assintomático de 1 a 3 dias, e dura em geral 3 a 7 dias. No final deste período, e salvo instalação de complicações ou alargamento a outros territórios, a doença resolve espontaneamente. Em pacientes com deficiência imunitária ou terreno favorável (alergia, tabagismo) a doença pode prolongar-se e complicar-se mais facilmente.

A doença pode repetir-se várias vezes no mesmo ano, ou todos os anos: a existência de grande número de serotipos virais resulta numa grande susceptibilidade à infecção durante toda a vida. Não existe vacina para a constipação.

Embora de características benignas, a constipação tem uma enorme importância sociológica: da sua frequência e modo de transmissão resultam elevados custos para os doentes e sistemas de saúde e muitas vezes absentismo laboral, decorrente do mal-estar associado à doença e da necessidade de promover o afastamento dos doentes da sua actividade profissional.

Faringite viral aguda

O quadro clínico habitual é o de uma faringite aguda.

No entanto, é muito frequente a etiologia bacteriana da faringite aguda. Assim, **não existe uma variação sazonal** nítida: porém nas estações quentes torna-se mais aparente esta patologia pela escassez de quadros clínicos típicos da constipação.

É difícil fazer a distinção entre as várias causas infecciosas possíveis perante um quadro de faringite aguda. Em mais de metade dos casos, porém, a etiologia da faringite aguda é viral. Os vírus mais habitualmente implicados são Rhinovírus, Coronavírus, Adeno-

vírus, Vírus de Epstein-Barr (VEB), Vírus Respiratório Sincicial.

O **sintoma típico** é a odinofagia, que persiste durante um período de 3 a 8 dias, por vezes mais. Este sintoma é habitualmente acompanhado por febre (de início brusco e que pode atingir 39-40°C), disfagia, adenomegalias cervicais dolorosas, obstrução nasal e rinorreia seromucosa, mialgias e artralguas intensas, mal-estar geral. Podem coexistir tosse, cefaleia, otalgia, e por vezes vômitos ou diarreia.

Os dados do **exame objectivo** variam em concordância com a distribuição topográfica exclusiva (mais raro) ou predominante (mais habitual) da infecção: rinofaringite, orofaringite, amigdalite. Habitualmente poderão ser visíveis à inspecção a inflamação da mucosa faríngea, vermelha e edemaciada, muito frequentemente com hipertrofia de folículos linfóides, a hipertrofia e edema das amígdalas, que podem apresentar exsudatos, ou ambos os sinais.

O **quadro clínico** surge após um curto período de incubação assintomático e dura em geral 3 a 8 dias. No final deste período, e salvo instalação de complicações ou alargamento a outros territórios, a doença resolve espontaneamente. Como na constipação, em pacientes com deficiência imunitária ou terreno favorável (alergia, tabagismo) a doença pode prolongar-se e complicar-se mais facilmente.

Habitualmente de evolução benigna, a faringite viral pode, sobretudo em crianças, provocar interferência com o percurso escolar, e consequentemente ter repercussões a nível educacional e comportamental¹³.

HISTÓRIA NATURAL DAS INFECÇÕES A VÍRUS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES

Constipação, faringite ou gripe, são geralmente as apresentações iniciais da infecção viral das vias aéreas superio-

res. No entanto, o quadro clínico limitado destas doenças rapidamente evolui, no que assinala uma extensão da agressão viral a novos territórios. Estas novas apresentações clínicas (otites, sinusites, etmoidites, laringites, traqueítes ou bronquites) só muito excepcionalmente são a primeira manifestação de infecção viral aguda, embora sejam, como se disse no início, as suas formas mais comuns de apresentação na consulta.

Laringotraqueobronquite viral

Os quadros clínicos mais frequentes são os de uma traqueíte ou de uma bronquite. Com menos frequência o quadro clínico é o de uma laringite.

Os sintomas típicos (disfonia na laringite, tosse e dor ou ardor retro-esternal na traqueíte, tosse na bronquite) aparecem pouco tempo após o início da doença.

Estes sintomas podem coexistir, ou manifestarem-se isoladamente, traduzindo o envolvimento de vários, ou apenas de um dos territórios topográficos. A tosse é de início não produtiva, tornando-se depois habitualmente produtiva de uma expectoração seromucosa escassa. Na bronquite pode também haver pieira e/ou dispneia.

Os dados do exame objectivo variam em concordância com a localização da doença. A presença de roncos, sibilos ou ferveores na auscultação do tórax traduz envolvimento brônquico, sendo na traqueíte a auscultação habitualmente normal. O aspecto edemaciado e inflamatório da laringe pode ser observado por laringoscopia indirecta.

Ao contrário das formas de apresentação inicial da infecção viral, o quadro clínico é mais arrastado, podendo as queixas e sinais persistir durante semanas, por vezes mesmo meses. Frequentemente, sintomas como a tosse são agravados pelo uso prolongado de mucoreguladores que o doente utiliza inadequadamente, por sua iniciativa ou

por erro de prescrição.

Complicações bacterianas das infecções a vírus das vias aéreas superiores

A simples extensão da agressão viral a novos territórios complica-se quase sempre de sobreinfecção bacteriana, favorecida pelas alterações morfológicas e funcionais dos epitélios lesados pelos vírus. As mais frequentes complicações deste tipo são a otite média aguda e as sinusites agudas.

No caso da constipação, a sobreinfecção bacteriana é de regra após alguns dias e tarduz-se pelo aparecimento de rinorreia purulenta.

No caso da faringite, a sobreinfecção bacteriana pode por vezes originar um abscesso peri-amigdalino, facilmente detectável ao exame da orofaringe.

No caso da bronquite, a sobreinfecção bacteriana é sinalizada pelo aparecimento de expectoração purulenta.

DIAGNÓSTICO DAS INFECÇÕES VIRAIS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES

As infecções a vírus das vias aéreas superiores ilustram à perfeição algumas das características chave da prática clínica generalista: muito alto limiar diagnóstico, pequeno percurso diagnóstico, muito baixo limiar terapêutico¹⁴.

Assim, o diagnóstico é predominantemente clínico e baseado no reconhecimento das queixas, sintomas e sinais característicos de cada quadro e sua contextualização epidemiológica. Reveste-se também da maior importância diagnóstica a consideração da história natural destas doenças, dada a frequência com que situações temporalmente evoluídas se apresentam na consulta.

Faringite aguda e constipação

É habitualmente fácil fazer a distinção entre uma constipação e uma faringite aguda: basta considerar como primeiro

elemento para o diagnóstico diferencial a febre elevada, apenas presente na infecção faríngea, quer se trate de uma rino-faringite quer o aspecto dominante seja o de uma amigdalite. A presença de febre elevada permite assim excluir praticamente o diagnóstico de constipação.

Faringite aguda e gripe

Na presença de febre elevada, a primeira distinção a fazer é o diagnóstico diferencial da faringite aguda com a gripe: o quadro gripal, que pode ser precedido por um período de incubação sintomático, revela-se de modo brusco e exuberante com um conjunto de sintomas em que predominam a febre intensa acompanhada de cefaleia, mialgias, grande mal-estar geral, prostração e astenia, e tosse não produtiva. Este predomínio de sintomas gerais, com relativa menor importância ou ausência de sintomas respiratórios, distingue-o da faringite. Porém, o diagnóstico clínico é sempre um diagnóstico de probabilidade, sendo nesta situação particularmente relevante a consideração dos factores epidemiológicos (contágio, epidemia, sazonalidade). Não tem interesse clínico a investigação analítica (identificação directa e cultural ou indirecta – imunológica) do agente etiológico.

Faringite viral aguda e faringite de etiologia não viral

Embora aparentemente este seja o diagnóstico diferencial de maior importância, dada a possibilidade teórica de intervenção terapêutica na etiologia bacteriana, ele reveste-se na prática da maior dificuldade. Elementos habitualmente considerados como relevantes usados para caracterizar clinicamente a infecção bacteriana, nomeadamente estreptocócica (*Streptococcus* β hemolítico Grupo A), como a febre elevada, a ausência de tosse, a presença e o aspecto de exsudato amigdalino, a localização e tipo de adenomegalias encontra-

das (critérios de Centor), revelam-se pouco específicos, sendo o seu interesse clínico minimizado pela evidência disponível sobre a utilização de antibióticos nestas situações.

Faringites não infecciosas (refluxo gastro-esofágico, rino-faringite alérgica, faringite reaccional a irritantes como o fumo, faringites associadas a doenças sistémicas) devem ser investigadas sobretudo na presença de um quadro clínico com menor exuberância.

Faringites virais agudas

No respeitante à etiologia viral, certos elementos do exame clínico podem revestir-se de algum interesse, orientando o percurso diagnóstico e alertando o médico para uma situação específica a considerar. É o caso da faringite da mononucleose infecciosa a VEB, com extenso exsudato membranoso amarelado faringo-amigdalino, e hepato-esplenomegalia.

Infecções a vírus das vias aéreas superiores, evoluídas ou complicadas

São a mais frequente forma de apresentação na consulta. A principal dificuldade diagnóstica decorre da necessidade de fazer uma cuidadosa anamnese. Nesta, devem sempre ser consideradas duas situações cujo esclarecimento pode ser determinante para o diagnóstico: a existência e natureza de qualquer tipo de intervenção terapêutica, medicamentosa ou não, e a presença de factores como a alergia, a doença pulmonar crónica ou a exposição a factores irritantes para a mucosa das vias aéreas, nomeadamente o tabagismo activo ou passivo.

A distinção entre a extensão territorial e a sobreinfecção bacteriana é em geral simples e baseia-se na história e no exame objectivo, mas é importante por poder determinar atitudes terapêuticas diferentes numa ou noutra situação.

**TRATAMENTO DAS INFECÇÕES VIRAIS
DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES**

Ainda não dispomos de medicamentos que permitam prevenir ou curar a infecção viral das vias aéreas superiores.

Assim, os objectivos das terapêuticas existentes são menos ambiciosos: o **alívio dos sintomas**, a **diminuição do tempo de doença**, a **redução do número e tipo de complicações**, a **limitação do contágio**.

Como em todas as situações clínicas em que não existe um tratamento eficaz claramente estabelecido, proliferam as soluções terapêuticas mais ou menos tradicionais e é muito frequente a prescrição anedótica¹⁵, baseada em casos individuais em vez de em investigação com controlos apropriados.

Nestas situações, para além de tentar estabelecer com rigor a eficácia de cada um dos meios terapêuticos disponíveis, é muito importante adoptar os princípios da prevenção quaternária¹⁶, tentando minimizar o erro terapêutico e a iatrogenia (efeitos adversos e outra).

A intervenção terapêutica dependerá mais da avaliação clínica de cada situação do que do diagnóstico preciso da infecção presente – este princípio de toda a terapêutica sintomática ganha maior relevância no contexto deste grupo de doenças, de carácter polimorfo.

A evidência científica

Resumimos em seguida, de modo sistematizado para cada um dos objectivos terapêuticos, o conhecimento existente acerca da intervenção possível nas várias situações clínicas abordadas.

PREVENÇÃO NA CONSTIPAÇÃO

A suplementação com *vitamina C* não tem efeito comprovado na incidência da constipação, excepto possivelmente em pessoas expostas a esforço físico intenso e/ou frio (praticantes de des-

portos de inverno, maratonistas, militares).

ALÍVIO DE SINTOMAS NA CONSTIPAÇÃO

Os *descongestionantes nasais* (norefedrina, oximetazolina, pseudoefedrina) em administração oral ou aplicação tópica (gotas nasais) provocam melhoria da rinorreia, obstrução nasal e esternutação a curto prazo (3 a 10 horas) na constipação. Deve no entanto considerar-se o risco de efeitos secundários destes fármacos quando usados de forma prolongada (elevação da pressão arterial, rinite medicamentosa ou vasomotora), sobretudo tendo em conta que não existe evidência que a suporte.

Os *antihistamínicos* (*clorfeniramina*, *doxilamina*) provocam pequena melhoria da rinorreia e esternutação a médio prazo (2 dias) na constipação. Outros antihistamínicos usados isoladamente (*cetirizina*, *clorfeniramina*, *clemastina*, *loratadina*, *doxilamina*, *terfenadina*, *prometazina*) ou em associação com descongestionantes nasais (*fenilproprianolamina*, *pseudoefedrina*) não demonstraram efeito clínico significativo na sintomatologia da constipação. Os antihistamínicos, particularmente os da primeira geração, podem ter efeitos secundários relevantes (sedação).

Para os muitos *medicamentos à base de plantas* (extractos e tinturas nomeadamente), não existe evidência suficiente que suporte a sua utilização no tratamento da constipação. Dada a grande heterogeneidade de preparados e formulações existente, é previsível a dificuldade de produção de estudos científicos sólidos acerca da sua eficácia. Pelo contrário, para alguns desses preparados é conhecido o risco de reacções adversas importantes, como anafilaxia.

Para as *pastilhas de antissépticos orais*, nomeadamente de *acetato ou gluconato de zinco*, a evidência existente é escassa e contraditória acerca da sua utilidade na diminuição da duração da sintomatologia na constipação. O mes-

mo acontece em relação à utilização de compostos de zinco em gel ou spray nasal.

Para a *inalação de vapor quente* (40 a 47°C) ou a *inalação de ar quente* (> 30°C) não existe suficiente evidência que permita a avaliação da sua eficácia, quer imediata quer a médio prazo (dias) no alívio dos sintomas da constipação. Não estão descritos efeitos secundários importantes, porém deve ter-se presente que existe um risco de infecção nosocomial associado à utilização de vaporizadores ou humidificadores.

Os *antibióticos* não demonstraram utilidade em ensaios clínicos no tratamento da constipação. Porém, em doentes com exames culturais do exsudato nasofaríngeo positivos para algumas bactérias (*M catarrhalis*, *H influenzae*, *S pneumoniae*) o *coamoxiclav* demonstrou alguma eficácia na recuperação da doença ao 5º dia: dado não ser possível identificar em tempo adequado estes doentes, a utilidade deste conhecimento é nula. Alguns antibióticos podem ter efeitos secundários importantes.

Não há evidência científica acerca da utilização de *analgésicos* ou *anti-inflamatórios* na constipação.

ALÍVIO DE SINTOMAS NA FARINGITE AGUDA

O *paracetamol* tem efeito comprovado na redução da intensidade e duração dos sintomas na faringite aguda. Não existem ensaios clínicos de outros analgésicos nesta situação.

Os *anti-inflamatórios não esteróides (AINEs)* provocam melhoria sintomática significativa na faringite aguda. Deve ter-se em consideração que o uso prolongado destes medicamentos está associado a efeitos adversos potencialmente graves.

Os *corticosteroides (dexametasona oral)* poderão ter interesse na redução da intensidade da odinofagia às 24 horas de evolução da doença, mas a evi-

dência existente é escassa. Sabe-se que o seu uso prolongado provoca efeitos adversos importantes.

Não há estudos que demonstrem a utilidade dos *antibióticos* na melhoria de sintomas da faringite aguda.

ALÍVIO DE SINTOMAS NA LARINGITE AGUDA

Os *antibióticos* não demonstraram utilidade em ensaios clínicos no tratamento da laringite aguda.

ALÍVIO DE SINTOMAS NA BRONQUITE AGUDA

Estudos com *antibióticos (amoxicilina e coamoxiclav, doxiciclina, eritromicina e outros macrólidos, cotrimoxazol, cefalosporinas)* demonstraram moderada eficácia na redução da tosse em doentes com bronquite aguda ao fim de 1 a 2 semanas. Deve ponderar-se a sua utilização dado que o uso alargado destes fármacos favorece o aparecimento de resistências bacterianas.

Para os *antitússicos (codeína e dextrometorfano)* e *antihistamínicos (terfenadina)* não está demonstrada eficácia na redução da intensidade da tosse na bronquite aguda.

Para os *b₂ agonistas (salbutamol, fenoterol)* inalados ou por via oral, não se demonstrou eficácia na redução da intensidade da tosse da infecção traqueobrônquica aguda.

Também não há estudos que demonstrem a eficácia ou ineficácia dos *expectorantes* na tosse da infecção traqueobrônquica aguda.

DIMINUIÇÃO DO TEMPO DE DOENÇA NA FARINGITE AGUDA

Os *antibióticos* demonstraram utilidade em ensaios clínicos no tratamento da faringite aguda, estando o seu uso associado a uma menor proporção de doentes sintomáticos (odinofagia, febre e cefaleia) ao terceiro dia da doença, independentemente de se ter podido demonstrar a sua etiologia estreptocócica. Porém, os antibióticos têm efeitos adversos importantes e o seu uso alar-

gado pode provocar resistências bacterianas.

PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES NA FARINGITE AGUDA

O uso de *antibióticos* está associado a menor número de complicações bacterianas e a uma redução das complicações não bacterianas das faringites a *Streptococcus* β hemolítico Grupo A (febre reumática e glomerulonefrite aguda). Note-se porém o diagnóstico clínico destas faringites ou amigdalites é difícil, e que estas complicações não supurativas são presentemente raras no nosso contexto.

Para quem da evidência científica

Permanece assim em aberto um vasto campo de investigação na produção de saber científico sobre a terapêutica destas situações. Não obstante, é possível estabelecer, com base em consensos ou no bom senso, algumas indicações complementares que podem ser úteis na prática clínica. Resumiremos as que nos parecem mais importantes:

Em relação ao numeroso grupo de *medicamentos para a constipação* (e para a gripe) que podem adquirir-se sem receita médica, muitos dos quais combinações que incluem aspirina ou outros anti-inflamatórios, cafeína, expectorantes ou sedantes da tosse, vitamina C, antihistamínicos, derivados do ácido salicílico e outros, deve ter-se em consideração tratar-se muitas vezes de combinações irracionais, de fármacos sem eficácia demonstrada, de custo mais elevado e efeitos adversos mais importantes.

Estão descritos efeitos adversos graves associados à utilização de *gotas nasais em veículo oleoso* ou de *essências por via inalatória*.

Embora não exista evidência a suportar essa prática, parece no entanto óbvio que a cefaleia da constipação poderá beneficiar com a utilização de um *analgésico*.

O mesmo poderá dizer-se em relação à *hidratação*, ao *repouso*, a *posições de drenagem*, que podem estar indicados em algumas situações.

No contexto actual, é consensual que a utilização de *antibióticos* deve ser decidida casuisticamente.

Em todas as situações o *aconselhamento antitabágico* é mandatário.

No respeitante à *limitação do contágio* na constipação recomenda-se a lavagem das mãos, o uso de lenços descartáveis (utilização única de cada lenço), eventualmente o uso de máscara ou o afastamento dos doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jordão JG. A Medicina Geral e Familiar: Caracterização da prática e sua influência no ensino pré-graduado [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 1996.
2. Simon HB. Management of the common cold. In: Goroll AH, Mulley Jr, AG, editors. Primary Care Medicine. Office Evaluation and Management of the Adult Patient. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkinson; 2000. p.284-6.
3. Miranda JA. Gripe. Doença respiratória aguda a Vírus. In: Nunes L, Vasquez M, editores. Alguns problemas em Clínica Geral. Lisboa: APMCG; 1990. p. 263-74.
4. Biblioteca do Conhecimento online [base de dados na Internet]. UMIC, FCCN 2004 – [acedido em 2005 Julho 20]. Disponível em: URL: <http://secure.b-on.pt>
5. Haynes RB, McKibbon KA, Wilczynski NL, Walter SD, Werre SR. Optimal search strategies for retrieving scientifically strong studies of treatment from Medline: analytical survey. BMJ 2005;330:1179-84. Disponível em: BMJ, doi:10.1136/bmj.38446.498542.8F (published 13 May 2005).
6. Clinical evidence [acedido em 2005 Julho 18]. Disponível em: URL: <http://www.clinicalevidence.com>
7. The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library [base de dados na Internet] [acedido em 2005 Julho 25]. Disponível em: URL: <http://www.cochrane.org/reviews>
8. EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine Guidelines [acedido em 2005 Agosto 22]. Disponível em: URL: <http://www.ebm-guidelines.com>

9. Dolin R. Common Viral Respiratory Infections and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th ed. New York: McGraw-Hill; 2004. p.1059-65.

10. Murtagh J. Sore throat. In: Murtagh J. General Practice. 3rd ed. Sydney: McGraw-Hill; 2003. p.605-12.

11. Shandera WX, Moran A. Infectious Diseases: Viral & Rickettsial. In: Tierney Jr LM, McPhee SJ, Papadakis MA, editors. Current Medical Diagnosis & Treatment 2005. 44th ed. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2005. p.1304-49.

12. Jackler RK, Kaplan MJ. Ear, Nose and Throat. In: Tierney Jr LM, McPhee SJ, Papadakis MA, editors. Current Medical Diagnosis & Treatment 2005. 44th ed. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2005. p.177-214.

13., Collier J, Dwight O, editors. Referral Advice. A guide to appropriate referral from general to specialist services [acedido em 2005 Julho 20]. Disponível em: URL: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=201960>

14. Gervas J, Pérez-Fernandez M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de Incertidumbre. Aten Primaria 2005; 35 (2): 95-8.

15. Dark G. The On-line Medical Dictionary. CancerWEB 1997-2003 [acedido em 2005

Agosto 29]. Disponível em: URL: <http://cancerweb.ncl.ac.uk/omd/index.html>

16. Bentzen N, Wonca International Classification Committee, editors. Wonca Dictionary of General/Family Practice. Wonca; 2003.

17. Arrol B. Antibiotics for upper respiratory tract infections: an overview of Cochrane reviews. Respir Med 2005; 99 (3): 255-61.

18. Douglas RM, Hemilä H (2005). Vitamin C for preventing and treating the common cold. PLoS Med 2005 Jun; 2(6):e168; quiz e217.

19. Bonner AB, Johnson SE, Rajab MH, Kim HS, McNeal TM, Fader RC. Should the Centor and McIsaac Criteria be used to predict the probability of Group A Streptococcal pharyngitis in children aged 2–12 Years? Acad Emerg Med 2005 May; 12 (5 Suppl 1):S108-9.

20. Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG, Besser RE, Gonzales R, Hickner JM, et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background. Arch Intern Med 2001 Mar 20;134 (6): 509-17.

Endereço para correspondência

José António Miranda

CS Olivais

Alameda da Encarnação

1800-192 Lisboa

E-mail: jamiranda@fastmail.fm