

Rinite alérgica

Diagnóstico clínico, classificação ARIA, tratamento escalonado com anti-histamínico de segunda geração e corticoide intranasal, controle ambiental, vínculo com a asma e critérios de encaminhamento

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A rinite alérgica (RA) é inflamação da mucosa nasal mediada por IgE, com **prurido, espirros, rinorreia aquosa e obstrução nasal**, frequentemente com conjuntivite. É classificada pelo ARIA em **intermitente ou persistente** e **leve ou moderada/grave** (sono, escola, atividades); o controle pode ser acompanhado por uma escala visual de 0 a 10. É doença de **tratamento ambulatorial**: controle ambiental dirigido ao alérgeno, lavagem nasal com soro, **anti-histamínico oral de segunda geração** nas formas leves e **corticoide intranasal** (a partir de 2 anos com mometasona e furoato de fluticasona) nas moderadas/graves e persistentes; se não controlar, combinação de anti-histamínico com corticoide intranasal. **Anti-histamínicos de primeira geração e descongestionantes orais devem ser evitados**. Toda criança com RA deve ser **avaliada para asma** e vice-versa — rinite não controlada aumenta até três vezes o risco de exacerbação asmática. Encaminhar ao alergista ou otorrinolaringologista quando não houver controle com a combinação, houver dúvida diagnóstica ou indicação de imunoterapia. Pronto-socorro só se houver crise de asma, anafilaxia ou complicação infecciosa grave. Veja também, nesta Biblioteca: **Imunoterapia Alérgica (AIT) e Marcha Atópica**.

1. O que é e como se apresenta

- **Definição:** doença inflamatória da mucosa nasal, IgE-mediada, desencadeada por aeroalérgenos. O V Consenso Brasileiro sobre Rinites (ASBAI, SBP e ABORL-CCF, 2024) reconhece ainda os fenótipos **rinite alérgica local** (IgE específica sistêmica negativa), **dual** e **mista** (alérgica + não alérgica).
- **Alérgenos:** no Brasil predominam os **ácaros da poeira domiciliar** (*Dermatophagoides*, *Blomia*), seguidos de barata, epitélio de cão e gato e fungos; polens têm papel maior no Sul (gramíneas, primavera).
- **Idade:** rara antes dos 2 anos; aumenta no pré-escolar e no escolar. Faz parte da **marcha atópica** (dermatite atópica e alergia alimentar no lactente, depois rinite e asma).
- **Quadro clínico**
 - Espirros em salva, prurido nasal ("saudação do alérgico" e prega nasal transversa), rinorreia hialina, obstrução nasal.
 - Prurido ocular, lacrimejamento e hiperemia conjuntival (rinoconjuntivite).
 - Olheiras, respiração oral, roncos, sono fragmentado, cansaço e baixo rendimento escolar.
 - Tosse por gotejamento pós-nasal; associação com otite média com efusão e rinossinusite.

- **Classificação ARIA**

- **Intermitente:** sintomas < 4 dias por semana **ou** < 4 semanas consecutivas.
- **Persistente:** ≥ 4 dias por semana **e** ≥ 4 semanas consecutivas.
- **Leve:** sono, escola, lazer e esporte preservados, sintomas não incomodam.
- **Moderada/grave:** um ou mais desses domínios afetados.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Intermitente ou persistente leve; sono, escola e atividades preservados; escala visual < 5; sem asma ou com asma controlada	Controle ambiental, soro fisiológico nasal, anti-histamínico oral de 2ª geração sob demanda ou contínuo; retorno em 4–8 semanas
● Moderada	Moderada/grave (sono, escola ou atividades afetados), persistente, escala visual ≥ 5; ou asma associada mal controlada	Corticoide intranasal diário; se não controlar em 2–4 semanas, combinação com anti-histamínico; revisar técnica e adesão; avaliar asma (espirometria)
● Grave	Sem controle apesar da combinação bem usada; obstrução nasal grave com roncos/apneia do sono; asma de difícil controle; rinossinusite de repetição; suspeita de outro diagnóstico (unilateral, sangramento, pólipos)	Encaminhar ao alergista ou otorrinolaringologista. Pronto-socorro apenas se crise de asma moderada/grave, anafilaxia ou complicação de rinossinusite (orbitária, intracraniana)

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Asma concomitante (a rinite não controlada aumenta até três vezes o risco de exacerbação — SBP 2023).
- Polissensibilização e exposição intensa a ácaros, mofo ou animais no domicílio.
- Tabagismo passivo e poluição.
- Hipertrofia adenoamigdaliana associada (obstrução, apneia do sono).

3. Diagnóstico no consultório

- **O diagnóstico é clínico:** sintomas típicos, sazonalidade ou relação com exposição, atopia pessoal e familiar. Examinar mucosa (pálida, edemaciada, secreção hialina), cornetos, desvio septal, pólipos, orofaringe e ouvidos.
- **Confirmação da sensibilização** (quando o diagnóstico é duvidoso, para orientar controle ambiental ou antes da imunoterapia): **teste cutâneo de leitura imediata (prick test)** ou **IgE**

sérica específica. Sensibilização sem sintomas não é doença.

- **Avaliar asma** em toda criança com RA: sibilância, tosse noturna, dispneia de esforço; espirometria quando possível.
- **Diferenciais que não podem passar**
 - **Corpo estranho nasal** (secreção unilateral fétida no pré-escolar).
 - **Hipertrofia de adenoide** (obstrução, roncos, voz anasalada, sem prurido).
 - Rinite infecciosa de repetição (creche) e **rinossinusite** bacteriana.
 - Rinite medicamentosa (uso de vasoconstritor tópico).
 - Pólipo nasal na criança: investigar **fibrose cística**.
 - Atresia coanal unilateral, discinesia ciliar (rinorreia desde o período neonatal).

4. Tratamento em casa

Esquema escalonado (SBP 2023, baseado no ARIA)

1. Leve: anti-histamínico não sedante oral ou intranasal.
2. Moderada/grave ou persistente: **corticoide intranasal** (dose ajustável conforme bula).
3. Sem controle na etapa 2: **combinação anti-histamínico + corticoide intranasal**.
4. Grave, sem controle: curso curto adicional de corticoide oral e encaminhamento.

O ARIA (2019/2020) orienta subir de etapa se a escala visual permanecer ≥ 5 e reduzir quando houver controle. A combinação em spray de azelastina com fluticasona tem início de ação mais rápido; verificar a faixa etária aprovada na bula.

Anti-histamínicos orais de 2ª geração (SBP 2023)

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Desloratadina	6–11 meses: 1 mg; 1–5 anos: 1,25 mg; 6–11 anos: 2,5 mg; ≥ 12 anos: 5 mg	1 vez ao dia	Sob demanda ou contínuo na persistente	Xarope e gotas
Loratadina	< 30 kg: 5 mg; ≥ 30 kg: 10 mg	1 vez ao dia	Idem	A partir de 2 anos (bula)
Cetirizina	2–6 anos: 2,5 mg; 6–12 anos: 5 mg	12/12 h	Idem	Pode causar sonolência leve
Levocetirizina	2–6 anos: 5 gotas; > 6 anos: 20 gotas ou 1 comprimido	12/12 h (2–6 anos); 1 vez ao dia (> 6 anos)	Idem	—
Fexofenadina	6 meses–2 anos: 15 mg; 2–11 anos: 30 mg	12/12 h	Idem	Sem sedação
Ebastina	2–6 anos: 2,5 mg; 6–12 anos: 5 mg	1 vez ao dia	Idem	—
Bilastina	≥ 6 anos e > 20 kg: 10 mg; ≥ 12 anos: 20 mg	1 vez ao dia	Idem	Em jejum (bula)

Corticoides intranasais (SBP 2023; idades mínimas conforme IV Consenso Brasileiro)

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Furoato de mometasona (50 mcg/jato)	2–11 anos: 1 jato/narina; ≥ 12 anos: 2 jatos/narina	1 vez ao dia	Contínuo na persistente; reavaliar em 2–4 semanas	A partir de 2 anos
Furoato de fluticasona (27,5 mcg/jato)	2–11 anos: 1 jato/narina; ≥ 12 anos: 2 jatos/narina	1 vez ao dia	Idem	A partir de 2 anos
Propionato de fluticasona (50 mcg/jato)	4–11 anos: 1 jato/narina; > 11 anos: 2 jatos/narina	1–2 vezes ao dia	Idem	A partir de 4 anos
Budesonida (32–100 mcg/jato)	> 6 anos: 1–2 jatos/narina	1 vez ao dia	Idem	IV Consenso: a partir de 4 anos; SBP 2023: > 6 anos
Dipropionato de beclometasona (50 mcg/jato)	6–12 anos: 1–2 jatos/narina	12/12 h	Idem	A partir de 6 anos; maior biodisponibilidade sistêmica
Ciclesonida (50 mcg/jato)	> 6 anos: 2 jatos/narina	1 vez ao dia	Idem	A partir de 6 anos

Técnica do spray: lavar o nariz antes, cabeça levemente inclinada para a frente, bico apontado para a parede lateral (longe do septo), mão contralateral. O efeito pleno leva dias; explicar para evitar abandono. Monitorar crescimento em uso prolongado e examinar o septo (epistaxe).

Outras medidas

- **Soro fisiológico isotônico** 1–2 vezes ao dia como adjuvante (IV Consenso).
- **Controle ambiental** (SBP 2023): capas impermeáveis a ácaros em colchão e travesseiro, lavar roupa de cama semanalmente em água quente, retirar tapetes, cortinas e bichos de pelúcia do quarto, reduzir umidade e mofo, animais fora do quarto, **nenhuma exposição ao tabaco**, evitar perfumes e produtos de limpeza em spray.
- **Montelucaste:** não é primeira escolha para rinite; pode ser considerado quando há asma concomitante ou dificuldade com spray (IV Consenso). A AAAAI/ACAAI (2020) lembra o alerta da FDA sobre eventos neuropsiquiátricos — reservar para quem não responde ou não tolera outras opções.
- **Imunoterapia alérgeno-específica** (subcutânea ou sublingual): única terapia modificadora da doença; considerar na RA persistente mal controlada com sensibilização IgE comprovada, feita pelo especialista.

O que não usar

- **Anti-histamínicos de primeira geração** (dexclorfeniramina, hidroxizina, prometazina) para rinite: não usar, exceto por problema social, por curto período e fora da faixa de contraindicação — sedação e prejuízo cognitivo; o consenso brasileiro recomenda sempre os de segunda geração.
- **Descongestionantes orais** (pseudoefedrina): não recomendados abaixo de 4 anos (toxicidade); formulações de liberação prolongada de 120 mg não recomendadas abaixo de 12 anos.
- **Vasoconstritores tópicos** (nafazolina, oximetazolina): risco de intoxicação no lactente e rinite medicamentosa; se usados em criança maior, no máximo poucos dias.
- **Corticoide de depósito intramuscular**: contraindicado (AAAAI/ACAAI 2020).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

A rinite, por si, não motiva pronto-socorro. Encaminhar com urgência se:

- **Crise de asma** moderada ou grave associada (esforço respiratório, SpO₂ < 92%, fala entrecortada).
- **Anafilaxia** (por exemplo, após dose de imunoterapia ou exposição alimentar concomitante).
- **Complicação de rinossinusite**: edema/eritema periorbitário, proptose, dor ocular, alteração visual, cefaleia intensa, rigidez de nuca, rebaixamento de consciência.
- Epistaxe volumosa que não cede à compressão.

Como encaminhar: na crise de asma, iniciar broncodilatador inalatório e oxigênio; na anafilaxia, **adrenalina intramuscular** imediata, decúbito com pernas elevadas, oxigênio e transporte monitorado; contatar o serviço de destino.

Encaminhamento eletivo ao alergista ou otorrinolaringologista (SBP 2023): sem controle na etapa 3; doença crônica grave de vias aéreas superiores; falha de tratamento anterior; necessidade de endoscopia nasal; candidato a imunoterapia; suspeita de hipertrofia adenoidiana com apneia do sono, pólipos ou alteração anatômica.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- Rinite alérgica é **doença crônica**: o objetivo é controle, com o menor tratamento eficaz. Retorno em 4–8 semanas para avaliar controle e depois periodicamente.
- Usar o spray **todos os dias**, mesmo nos dias bons, quando prescrito de forma contínua; o efeito leva alguns dias.
- Não usar descongestionante nem xarope "antialérgico" que dá sono por conta própria.
- Casa sem fumaça; capas nos colchões; animais fora do quarto.

- **Procurar atendimento se:** chiado, falta de ar ou tosse noturna frequente (pode ser asma); roncos altos com pausas respiratórias durante o sono; inchaço ao redor dos olhos com febre; sangramento nasal que não para.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Diretriz de base	SBP 2023 e V Consenso Brasileiro (ASBAI/SBP/ABORL, 2024), baseados no ARIA	Sem diretriz própria; Rhinitis 2020 (AAAAI/ACAAI)	Sem diretriz NG específica	Segue o NICE	AEPap/GVR 2016, baseado no ARIA
Primeira linha leve	Anti-histamínico de 2ª geração	Anti-histamínico ou corticoide intranasal	—	Segue o NICE	Anti-histamínico de 2ª geração
Persistente/moderada	Corticoide intranasal; combinação se não controla	Corticoide intranasal preferido; combinação com anti-histamínico intranasal	—	Segue o NICE	Corticoide intranasal
Primeira geração e descongestionante oral	Não usar	Não recomendados	—	Segue o NICE	Não usar 1ª geração
Montelucaste	Não é 1ª escolha; útil com asma	Reservar (alerta FDA)	—	Segue o NICE	Inferior ao corticoide nasal
Encaminhamento	Sem controle na etapa 3, candidato a AIT, endoscopia	Especialista para AIT e casos refratários	—	Segue o NICE	Não controlados, comorbidades, AIT

Leitura. As diretrizes convergem porque quase todas derivam do **ARIA**: anti-histamínico de segunda geração nas formas leves, **corticoide intranasal como o fármaco mais eficaz** nas persistentes e moderadas/graves, combinação quando não há controle, e abandono dos anti-histamínicos de primeira geração. As diferenças são de nuance: a AAAAI/ACAAI prefere o corticoide intranasal como monoterapia inicial mesmo em casos menos graves e é mais restritiva com montelucaste; a SBP detalha doses por idade. As idades mínimas de alguns corticoides nasais variam entre as fontes (budesonida a partir de 4 anos no IV Consenso e

acima de 6 anos no guia da SBP) — seguir a bula do produto disponível. O NICE não tem diretriz formal para rinite alérgica; o manejo no NHS segue orientações de atenção primária.

PONTOS PRÁTICOS

1. Rinite alérgica e asma são uma via aérea única: pergunte por sibilância em toda criança com rinite, e por rinite em toda criança asmática.
2. Corticoide intranasal é o tratamento mais eficaz da rinite persistente ou moderada/grave; mometasona e furoato de fluticasona podem ser usados a partir de 2 anos.
3. Anti-histamínico de primeira geração, descongestionante oral e vasoconstritor nasal não fazem parte do tratamento da criança.
4. Ensine a técnica do spray (para a parede lateral) e explique que o efeito leva dias.
5. Secreção nasal unilateral fétida no pré-escolar é corpo estranho até prova em contrário; pólipos nasais pedem investigação de fibrose cística.
6. Encaminhe ao especialista quando não houver controle com a combinação ou quando a imunoterapia for uma opção.

8. Fontes

- SBP, Departamento de Alergia. Rinite alérgica na infância e adolescência. Guia Prático de Atualização, 2023. sbp.com.br
- ASBAI, SBP, ABORL-CCF. V Brazilian Consensus on Rhinitis, 2024. Braz J Otorhinolaryngol. bjorl.org
- ASBAI, SBP, ABORL-CCF. IV Consenso Brasileiro sobre Rinites — atualização em rinite alérgica, 2017/2018. SciELO
- ARIA Care Pathways 2019: next-generation allergic rhinitis care and allergen immunotherapy. J Pers Med, 2023. mdpi.com
- Dykewicz MS et al. (AAAAI/ACAAI Joint Task Force). Rhinitis 2020: a practice parameter update. aaaai.org
- Bercedo Sanz A et al. Protocolos del GVR (AEPap): Rinitis alérgica (P-GVR-6), 2016. aepap.org
- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed., Oxford University Press, 2021 (obra de referência).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.