



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**ATENDIMENTO EM MEDICAMENTOS NÃO SUJEITOS A
RECEITA MÉDICA: REVISÃO DOS CRITÉRIOS DE
REFERENCIAÇÃO AO MÉDICO**

Trabalho submetido por
Ana David Barreto Borges
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

novembro de 2015



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**ATENDIMENTO EM MEDICAMENTOS NÃO SUJEITOS A
RECEITA MÉDICA: REVISÃO DOS CRITÉRIOS DE
REFERENCIAÇÃO AO MÉDICO**

Trabalho submetido por
Ana David Barreto Borges
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Trabalho orientado por
Prof. Doutora Mara Pereira Guerreiro

novembro de 2015

Agradecimentos

Em primeiro lugar, *aos meus pais*, por todo o esforço, apoio incondicional e por todas as palavras de incentivo, sem eles nada se tornaria possível!

À minha orientadora, *Professora Doutora Mara Pereira Guerreiro*, um grande obrigado. Por todas as ajudas, orientações, conselhos e inteira disponibilidade que permitiram a realização desta dissertação.

Ao meu *Nhe*, por sempre amenizar as minhas “tempestades” e me encorajar.

Às amigas do primeiro dia de escola da minha vida, até hoje: *Joana Pires, Renata Caldeira, Vanessa Calado e Alexandra Pinho*; e aos que se foram juntando, também até hoje.

Aos da faculdade, porque acredito que na faculdade se constroem amizades para a vida: *Rafael Pinto, Inês Almeida, Carlota Costa Matos e Paulo Gomes*.

À melhor madrinha do mundo, *Ana Pessoa*, por todos os valiosos conselhos e apoio.

À Dra. Aurora Simón, do CIM da Ordem dos Farmacêuticos, pela ajuda na obtenção de informação para a realização deste trabalho.

A todos e por tudo, OBRIGADO.

Resumo

O farmacêutico tem um importante papel na orientação e aconselhamento dos utentes em de situações de automedicação. Para tal é fundamental conhecerem-se critérios de triagem para condições mais graves e, quando necessário, para o encaminhamento para os cuidados médicos.

Assim, esta monografia tem como principal objetivo comparar e analisar os critérios de referenciação ao médico mencionados em quatro fontes de informação sobre automedicação assistida pelo farmacêutico.

Foram analisados os critérios de referenciação ao médico referentes a 16 situações passíveis de automedicação. Deste processo foi possível identificar as discrepâncias quer na natureza, quer no número médio de critérios para cada situação. O menor número médio de critérios é referente à dificuldade temporária em adormecer (5,75) e a que apresenta maior número médio de critérios é a tosse (15,0). Apurou-se ainda a desproporção no número total de critérios por fonte de informação, sendo o livro de Addison et al. (2012) com maior número de critérios, 178, e, o de Rutter (2013), com menor número de critérios totais, 124.

De forma a maximizar e uniformizar a atuação do farmacêutico, são necessários investigar outras fontes de informação relativas a automedicação assistida pelo farmacêutico, assim como elaborar programas nacionais/locais com base em critérios de referenciação ao médico.

Palavras-chave: Automedicação, Critérios de Referenciação ao Médico, Farmacêutico, Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica.

Abstract

Pharmacists have an important role in assisting patients seeking self-medication. Integral to this role is the triage between minor ailments and potentially serious situations, which require medical care. To adequately deliver this function it is fundamental to agree on referral criteria.

The objective of this study is to compare and analyse the referral criteria in four tertiary sources of information.

The referral criteria were analysed for 16 minor ailments. From this analysis it was possible to identify the disagreements on the nature and the average number of criteria for each situation. The condition with lower mean referral criteria was insomnia (5,75) and highest was cough (15,0). It was verified the disproportion in the total number of criteria for individual source, the book of Addison et al. (2012) presented the greater total number of referral criteria (178) and the smallest was Rutter (2013) with a total of 124.

Ensuring the consistent performance of pharmacists and maximizing the recognition of clinically significant signs or symptoms for referral may require the use of more than one textbook for education and decision-making in practice, as well as local or national agreement on pertinent referral criteria for minor ailments.

Key words: Self-medication, Physician Referral Criteria, Pharmacist, Over-the-counter drugs.

Índice Geral

Agradecimentos	3
Resumo	5
Abstract.....	7
Índice Geral	9
Índice de Figuras	11
Índice de Tabelas	13
Lista de Abreviaturas.....	14
1. Introdução	15
1.1. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica	16
1.2. Benefícios e Riscos associados à automedicação	16
1.3. Papel do farmacêutico na automedicação.....	18
1.4. Objetivo	19
2. Desenvolvimento	21
2.1. Metodologia.....	21
2.2. Resultados.....	27
2.2.1. Diarreia	27
2.2.2. Hemorroidas	31
2.2.3. Enfartamento.....	34
2.2.4. Obstipação	37
2.2.5. Vômitos.....	40
2.2.6. Estados gripais e constipações	43
2.2.7. Tosse	46
2.2.8. Verrugas.....	51
2.2.9. Acne	54
2.2.10. Herpes Labial.....	57

2.2.11. Dermatite das fraldas	60
2.2.12. Eczema e dermatite	63
2.2.13. Cefaleias e enxaquecas	66
2.2.14. Dificuldade temporária em adormecer	70
2.2.15. Dismenorreia primária	72
2.2.16. Candidíase vaginal	74
2.3. Resultados globais	77
3. Conclusões	79
4. Bibliografia	83

Anexos

Índice de Figuras

Figura 1: Diagrama de seleção das SPAM.....	23
Figura 2: Número médio de CR por SPAM.....	77
Figura 3: Amplitude do número de CR por SPAM.....	77
Figura 4: Número total de CR por fonte de informação.	78

Índice de Tabelas

Tabela 1: CR na diarreia.....	27
Tabela 2: CR nas hemorroidas	31
Tabela 3: CR no enfartamento.....	34
Tabela 4: CR na obstipação.....	37
Tabela 5: Fármacos que podem induzir obstipação	38
Tabela 6: CR nos vômitos	40
Tabela 7: CR nos estados gripais e constipações	43
Tabela 8: CR na tosse.....	46
Tabela 9: CR nas verrugas.....	51
Tabela 10: CR na acne.....	54
Tabela 11: CR no herpes labial	57
Tabela 12: CR na dermatite das fraldas.....	60
Tabela 13: CR no eczema e dermatite.....	63
Tabela 14: CR nas cefaleias e enxaquecas	67
Tabela 15: CR na dificuldade temporária em adormecer.....	70
Tabela 16: CR na dismenorreia primária	72
Tabela 17: CR na candidíase vaginal	74

Lista de Abreviaturas

CR: Critério de referenciação

DIP: Doença inflamatória pélvica

DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crónica

MNSRM: Medicamento não sujeito a receita médica

PAC: Pneumonia adquirida na comunidade

RGE: Refluxo gastroesofágico

SPAM: Situação passível de automedicação

SR: Sistema Respiratório

1. Introdução

A automedicação é uma prática habitual nos dias que correm e tendencialmente crescente. O seu início é coincidente com os primórdios da existência humana. Desde sempre se procurou atenuar ou tratar sintomas/patologias com o recurso a plantas medicinais, preparados caseiros e, posteriormente, medicamentos nas suas diversas formas farmacêuticas (P. S. Cruz, Caramona, & Guerreiro, 2015).

Define-se automedicação como a diligência de um indivíduo pelo uso de medicamentos, de forma a apaziguar ou tratar os sintomas ou patologias autodiagnosticados. As investigações publicadas englobam frequentemente o uso de medicamentos sem conselho médico, independentemente da sua classificação quanto à dispensa (Martins, 2011; Nunes de Melo et al., 2006). Recentemente, uma revisão sistemática avaliou os fatores preditivos da automedicação com base em 70 publicações e concluiu que o principal motivo de automedicação recai sobre a baixa gravidade associada à patologia, seguindo-se da escassez de tempo para uma consulta médica, encargos financeiros consideráveis, experiências anteriores bem-sucedidas e, por último, o tempo de espera até se conseguir uma consulta assistencial médica. Ainda, relativamente a esta revisão sistemática, definiu-se que a escolha dos medicamentos é influenciada, principalmente, pela opinião de familiares/amigos que verificaram, por experiências anteriores, a eficácia dos medicamentos e que as farmácias, os medicamentos armazenados em casa e os fornecidos por familiares/amigos são as principais fontes de procura de medicamentos para autotratamento (Shaghghi, Asadi, & Allahverdipour, 2014).

Em Portugal, a automedicação é regulamentada legalmente pelo Despacho n.º 17 690/2007, de 23 de Julho. Este diploma define automedicação como “a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde” e tem como base o trabalho desenvolvido pelo grupo de consenso sobre automedicação¹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998), esta prática requer o uso de medicamentos devidamente comprovados em termos de segurança, qualidade e eficácia,

¹ Os objetivos e a composição do grupo de consenso sobre automedicação são descritos pelo Despacho n.º 2245/2003, de 16 de Janeiro.

assim como a sua indicação explícita para a situação autodiagnosticada ou para situações crônicas ou recorrentes, estas de acordo com um diagnóstico médico prévio.

1.1. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

O Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, respeitante ao Estatuto do Medicamento, classifica os medicamentos de uso humano em Medicamento Sujeito a Receita Médica e Medicamento Não Sujeito a Receita Médica.

São considerados MNSRM os que não constituem um risco para a saúde pública, que não contêm substâncias cuja atividade ou reações adversas seja indispensável monitorizar, que não são administrados por via parentérica (injetável) e que se destinem a situações passíveis de automedicação (*Estatuto do medicamento*, 2006; Guerreiro & Fernandes, 2013).

Recentemente, o Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro, adicionou uma subcategoria aos MNSRM. A nova classificação, medicamento não sujeito a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia, é atribuída mediante protocolos de dispensa definidos pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED) atendo ao perfil de segurança e indicações terapêuticas do medicamento.

Esta nova classificação assemelha-se à categoria “*pharmacy only*” já existente em países como o Reino Unido, não implicando necessariamente a dispensa intermediada por um farmacêutico (P. S. Cruz et al., 2015).

1.2. Benefícios e Riscos associados à automedicação

O recurso à automedicação pode ter vantagens para os utentes, os profissionais de saúde e para o sistema de saúde. Por exemplo, pode reduzir os custos para o utente, em particular quando o acesso aos serviços de saúde não é gratuito; permite também uma resolução mais rápida da situação, pois evita o tempo de espera em consultas. Ao nível do sistema de saúde a automedicação contribui para a redução das despesas com medicamentos, uma vez que os MNSRM não são, regra geral, comparticipados pelo Estado (Cohen, Millier, Karray, & Toumi, 2013; *Estatuto do medicamento*, 2006; Hughes, McElnay, & Fleming, 2001; Sarahroodi, 2012).

No entanto, a automedicação está também relacionada com vários riscos para o paciente automedicado e, nalguns casos, para a sociedade.

No que respeita ao indivíduo automedicado, os riscos associados podem dever-se a um autodiagnóstico incorreto, os sinais/sintomas tratados podem evidenciar uma patologia grave subjacente que é camuflada pela automedicação que, conseqüentemente, impede uma assistência médica atempada (Hughes et al., 2001; Ruiz, 2010). No que concerne aos perigos associados aos medicamentos podem, a título de exemplo, citar-se os seguintes (Ruiz, 2010):

- A indicação para o qual estão descritos pode não corresponder à situação do utente;
- Utilização de doses incorretas;
- Contraindicações;
- Ocorrência de efeitos adversos graves ou interações medicamentosas e
- Dependência ou abuso.

Ruiz (2010) salienta três dos riscos associados à automedicação anteriormente referidos. Quanto às interações medicamentosas, evidencia os perigos da automedicação quando praticada por idosos pois, na sua maioria, são polimedicados e apresentam diversas comorbilidades que, aliado à fisiologia (decréscimo das funções renal e hepática e diminuição da água corporal), aumentam a probabilidade de interação com medicamentos selecionados em situações de automedicação. Na mesma revisão, é também mencionado o risco associado ao incorreto diagnóstico justificado pela falta de especificidade dos sintomas, isto é, os sintomas apresentados podem corresponder a uma diversidade de patologias evidentes ou subadjacentes.

O risco de dependência ou abuso de medicamentos relativos à automedicação é consequente da perceção dos utentes sobre MNSRM, considerando-os mais seguros que os medicamentos de prescrição médica. (Cooper, 2013). Os objetivos de estudo de Cooper (2013) centraram-se na identificação dos diferentes tipos de medicamentos implicados, escala de abuso de MNSRM, características dos utentes dependentes, danos resultantes do abuso de MNSRM e formas de abordagem com o intuito de prevenir/controlar a dependência sobre os medicamentos. Após a revisão da literatura o autor concluiu que os medicamentos de abuso pertenciam essencialmente a cinco grupos: analgésicos à base de codeína, laxantes, anti-histamínicos sedativos,

descongestionantes e antitússicos, mais propriamente com dextrometorfano; e que os danos consequentes do abuso podem ser avaliados em três escalas: em primeiro lugar os danos diretos, farmacológicos ou psicológicos, associados ao abuso, em segundo lugar os efeitos adversos relativos à composição dos medicamentos (ambos os danos levaram a situações de *overdose* e/ou emergência hospitalar) e, por último, a progressão para o abuso de outras substâncias, custos económicos e efeitos na vida pessoal e social. A conclusão do estudo remete para a necessidade de preparação dos profissionais de saúde para intervir junto dos utentes automedicados de forma a evitar danos e situações de abuso ou dependência.

1.3. Papel do farmacêutico na automedicação

As intervenções por parte do farmacêutico na automedicação contribuem para garantir um diagnóstico correto da doença subjacente, selecionar uma terapêutica adequada e minimizar os riscos associados à automedicação (Coelho & Costa, 2014; Knapp-Duglosz, 2009).

Em países como a Austrália e o Reino Unido estão definidos programas de atuação em farmácia comunitária por parte de farmacêuticos aquando de situações de doenças menores. O programa australiano consiste numa campanha educacional dos utentes de forma a consciencializar para as opções existentes antes do recurso a consultas médicas, continuação de triagem por parte do farmacêutico assim como da gestão de doenças menores e, por último, na dispensa subsidiada de MNSRM pelo farmacêutico sem necessidade de prévia passagem pelo médico (*Minor Ailments Scheme*, s.d.). O programa britânico teve início no ano de 1997 e até ao ano de 2010 tem vindo a ser alterado. Atualmente, a prestação de serviços é suportada a nível governamental e estão desenvolvidas intervenções que aumentam o acesso dos utentes a estes serviços, permitem esquemas de cuidado de doenças menores em farmácia comunitária, que reclassificam os medicamentos de forma a torna-los mais acessíveis aquando de situações passíveis de automedicação e que permitem a supervisão de farmacêuticos nestas circunstâncias (National Prescribing Centre, 2004; Paudyal, Hansford, Cunningham, & Stewart, 2011).

Globalmente, estes programas permitem um maior reconhecimento da atividade exercida pelo farmacêutico. Todavia, de forma a maximizar resultados positivos, o

farmacêutico deve seguir procedimentos padronizados que incluem, na sua grande parte, a triagem de situações que requerem referência ao médico pela gravidade dos sinais/sintomas descritos. (Badenhorst, Todd, Lindsey, Ling, & Husband, 2015; National Prescribing Centre, 2004).

1.4. Objetivo

Este trabalho tem como objetivo comparar e analisar critérios de referência ao médico em quatro fontes terciárias de informação sobre automedicação assistida pelo farmacêutico.

2. Desenvolvimento

2.1. Metodologia

Inicialmente foram consideradas as 66 situações passíveis de automedicação (SPAM) contempladas no Despacho nº. 17 690, de 23 de Julho de 2007.

Para a recolha de dados sobre critérios de referenciação foram selecionadas quatro fontes de informação sobre automedicação assistida pelo farmacêutico, uma norte-americana e três britânicas, respetivamente:

- *Handbook of Nonprescription Drugs: an Interactive Approach to Self-Care* (Krinsky et al., 2012),
- *Minor Illness or Major Disease?* (Addison, Brown, Edwards, & Gray, 2012),
- *Symptoms in the Pharmacy: A Guide to the Management of Common Illnesses* (Blenkinsopp, Paxton, & Blekinsopp, 2014) e
- *Community Pharmacy: Symptoms, Diagnosis and Treatment* (Rutter, 2013).

Estas fontes foram selecionadas por serem livros de texto de referência, amplamente utilizados nacional e internacionalmente, no ensino e na prática profissional. Não foram utilizadas fontes nacionais por não se conhecer a existências de um livro de referência atual².

A Figura 1 descreve o processo de seleção das SPAM em estudo. Em primeiro lugar, procedeu-se à análise das situações listadas no Despacho e concluiu-se que, por motivos operacionais, se deveriam separar situações apresentadas conjuntamente, para facilitar a correspondência com o descrito nas fontes. Assim, as SPAM “Pirose, enfartamento, flatulência”, “Vómitos e enjojo do movimento” e “Tosse e rouquidão” passaram a corresponder a sete SPAM individuais.

Posto isto, pesquisou-se nas quatro fontes informação respeitante as todas SPAM, excluindo-se aquelas que estavam omissas:

² O livro “Medicamentos Não Prescritos. Aconselhamento Farmacêutico”, coordenado por Maria Augusta Soares, foi publicado há mais de uma década.

- Higiene oral e da orofaringe,
- Modificação dos termos de higiene oral por desinfecção oral,
- Adjuvante mucolítico do tratamento antibacteriano das infecções respiratórias em presença de hipersecreção brônquica,
- Desinfecção e higiene da pele e mucosas,
- Métodos contraceptivos de barreira e químicos,
- Higiene vaginal e
- Modificação dos termos de higiene vaginal por desinfecção vaginal.

Analisando as restantes SPAM optou-se por fazer a junção de seis situações em três, uma vez que a informação se apresentava agregada nas fontes supra-mencionadas. Foram agregadas as seguintes SPAM:

- “Sintomatologia associada a estados gripais e constipações” com “Rinorreia e congestão nasal”,
- “Tratamento sintomático da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio” com “Prevenção e tratamento da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio (corticóide em inalador nasal) e
- “Cefaleias ligeiras a moderadas” com “Enxaqueca com diagnóstico médico prévio”.

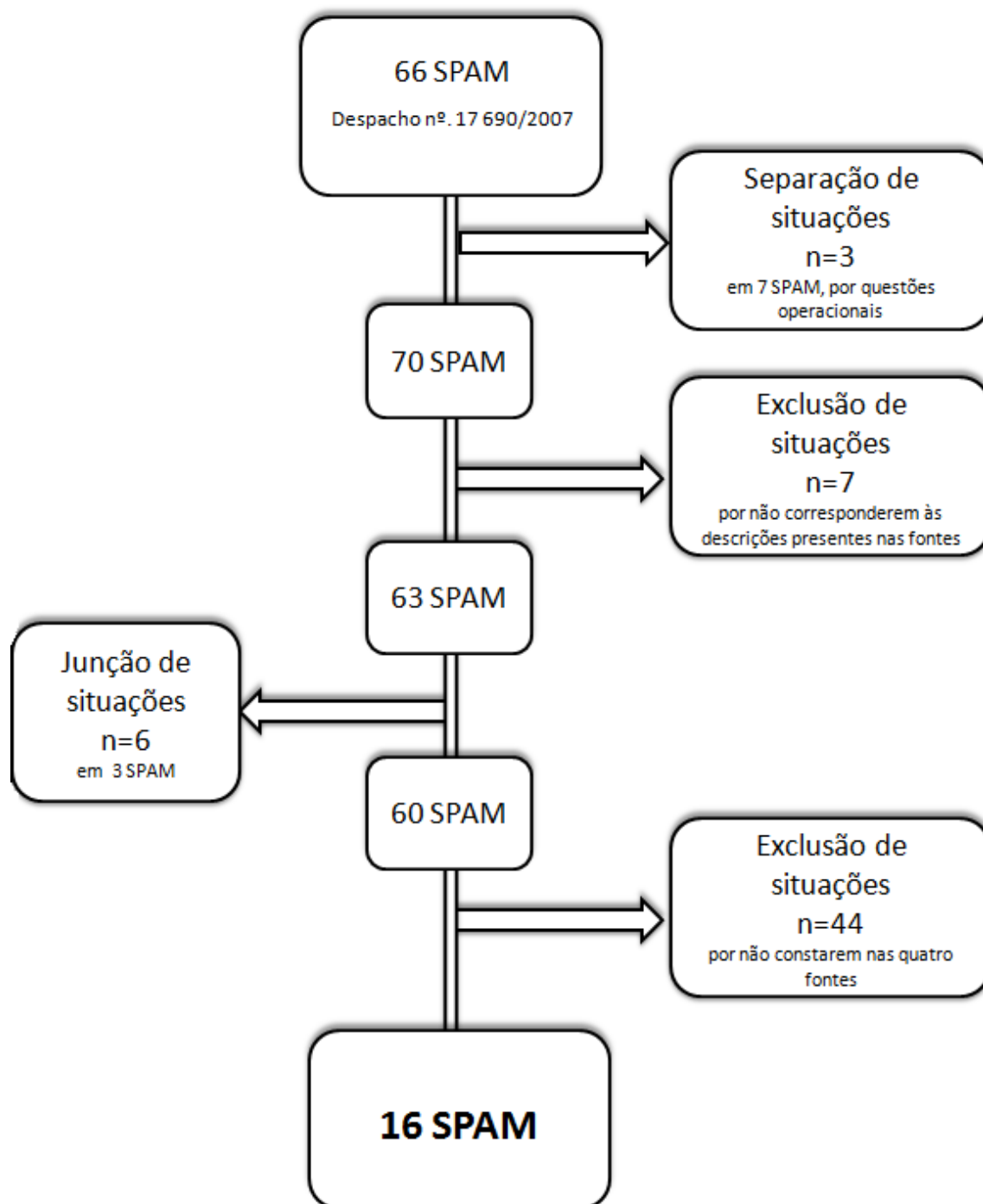


Figura 1: Diagrama de seleção das SPAM

O último passo para a seleção das situações a estudar teve como critério a existência de informação nas quatro fontes. Este critério foi considerado um requisito fundamental, uma vez que se pretendia fazer uma análise comparativa. Por conseguinte, excluíram-se 44 situações, obtendo-se um total de 16 SPAM para estudo:

- Diarreia,

- Hemorroidas,
- Enfartamento,
- Obstipação,
- Vômitos,
- Estados gripais e constipações,
- Tosse,
- Verrugas,
- Acne ligeiro a moderado,
- Herpes labial,
- Dermatite das fraldas,
- Eczema e dermatite,
- Cefaleias ligeiras a moderadas,
- Dificuldade temporária em adormecer,
- Dismenorreia primária e
- Candidíase vaginal.

Procedeu-se então à recolha dos critérios de referência ao médico explicitados nas fontes para uma base de dados em Excel[®]. Optou-se por colocar os dados na língua original (inglês), para evitar discrepâncias não intencionais na tradução, que poderiam originar erros na análise dos dados. Para facilitar a comparação, os CR foram organizados, para cada situação, segundo a ordem:

- Duração,
- Recorrência/apresentação agravada,
- Iatrogenia medicamentosa,
- Falta de efetividade de tratamento já instituído,
- Sinais/sintomas e
- Outros.

A fase seguinte consistiu na fundamentação de cada critério de referência (CR). Para tal, recorreu-se aos livros de texto já referidos, suplementados por outras fontes, como sumários de evidência (p.ex. UpToDate^{®3}). Nesta fase foi feita uma

³ O UpToDate[®] é um sistema de apoio a decisões médicas baseado em evidências, escrito e revisto por médicos reconhecidos como peritos em cada especialidade.

segunda verificação dos dados extraídos sobre CR, com o intuito de corrigir eventuais erros.

Os dados referentes aos critérios de referência foram exportados para SPSS e sujeitos a estatística descritiva, com o auxílio da aplicação informática SPSS (v. 21).

2.2.Resultados

2.2.1. Diarreia

No que concerne à diarreia, a variação no número de CR entre as fontes foi significativa (mínimo de 10 e máximo de 18, conforme ilustrado na Tabela 1), sendo referenciados, em média, 13,75 critérios.

Tabela 1: CR na diarreia

DIARRHOEA/DIARRHEA	Krinsky <i>et al</i> , 2012	Blenkinsopp <i>et al</i> , 2014	Addison <i>et al</i> , 2012	Rutter, 2013
Duração				
Duration longer than 2 to 3 days in children and elderly	0	0	0	1
Diarrhoea more than 1 or 2 days with severe malaise or pain	0	0	1	0
Duration longer than 14 days without improvement, particularly in older people and individuals with diabetes, hypothyroidism, haemorrhoids or Parkinson disease and those who have had strokes or are aged over 40 who present with a sudden change in bowel habit for first time	0	0	1	0
Diarrhoea of greater than 1 day's duration in children younger than 1 year	0	1	0	0
Diarrhoea of greater than 2 day's duration in children under 3 years and elderly patients	0	1	0	0
Diarrhoea of greater than 3 day's duration in older children and adults	0	1	0	0
Special care for children suffering diarrhoea and referral after 48-72 hours dependig on symptoms	0	0	1	0
Chronic diarrhoea (of more than 3 weeks) or persistent	1	1	1	1
Recorrência/apresentação agravada				
Diarrhoea waking sufferer at night for more than 2-3 nights	0	0	1	0
Diarrhoea remains the same or worsens after 48 hours of onset	1	0	0	0
Symptoms do not improve with time or get worse	0	0	1	0
Recurrent diarrhoea of no known cause	0	0	0	1
Suspeita de iatrogenia medicamentosa				
Suspected drug-induced reaction to prescribed medicine	0	1	0	0
Taking long-term laxatives, unless prescribed by the doctor	0	0	1	0
Falta de efetividade de tratamento já instituído				
Suboptimal response to oral rehydration solution (ORS) already administered	1	0	0	0
Sinais/Sintomas				
Change in bowel (long term) habit in patients over 50	0	1	0	1
Presence of blood or mucus in stool	1	1	1	1
Steatorrhoea	0	0	0	1
Suspected faecal impaction in the elderly	0	0	0	1
Severe abdominal pain	1	0	1	1
Protracted vomiting	1	0	0	0
Nausea of longer than 3-4 days in duration	0	0	1	0
Association with severe vomiting and fever	0	1	0	0
Fever	0	0	1	0
≥ 6 months of age with persistent high fever (39°C)	1	0	0	0
Patients with symptoms suggestive of infection with invasive organisms or antibiotic-associated diarrhea	1	0	0	0
Loss of appetite for longer than 3-4 days	0	0	1	0
Unexplained weight loss	0	0	1	0
Fatigue	0	0	1	0
Patients unable to drink fluids (signs of dehydration) Showing signs of dehydration	0	0	1	1
Severe dehydration in children showing behavioral changes	1	0	0	0
Severe dehydration in children who have not urinated in 8 hours	1	0	0	0
Severe dehydration in children who have no tears when crying	1	0	0	0
Outros				
Inability of caregiver to administer ORS	1	0	0	0
< 6 months of age	1	0	0	0
Risk for significant complications	1	0	0	0
Elderly patients (65 years or older)	1	0	0	0
Patients with diabetes mellitus, severe cardiovascular or renal diseases, or multiple unstable chronic medical conditions	1	0	0	0
Immunocompromised patients	1	0	0	0
Following a recent travel to tropical or subtropical climate	0	1	1	1
Pregnancy Pregnancy or breastfeeding	1	1	1	0
Total number of referral criteria	18	10	17	10

Pela análise dos CR relativos à duração é possível observarem-se as discrepâncias, particularmente se forem considerados outros fatores como a idade do utente ou a presença de comorbilidades. As fontes, à exceção de Krinsky et al. (2012), justificam o encaminhamento ao médico nestas circunstâncias com o potencial risco de desidratação, principalmente se a situação for referente a crianças ou idosos. Neste grupo, o único critério comum às quatro fontes é referente à cronicidade da tosse (mais de três semanas) ou a sua persistência e é justificável pela associação a patologias como doença de Crohn, colite ulcerosa, síndrome do cólon irritable, síndrome de má absorção, diverticulite ou, com maior gravidade, cancro do cólon (Addison et al., 2012; Blenkinsopp et al., 2014; Krinsky et al., 2012; Rutter, 2013).

Quando a diarreia acorda o doente por mais de duas ou três noites, Addison et al. (2012) justificam a referência com a possibilidade de associação a doença inflamatória intestinal, por exemplo doença de Crohn ou colite ulcerosa. Neste mesmo grupo, Krinsky et al. (2012) e Addison et al. (2012) remetem para referência ao médico quando a diarreia não melhora ou se agrava. Por último, Rutter (2013) define como CR a recorrência de diarreia sem conhecimento de causa pela necessidade de investigação clínica.

Relativamente à iatrogenia medicamentosa, Blenkinsopp et al. (2014) referem-na de forma genérica como CR, ao passo que, Addison et al. (2012) referenciam a diarreia associada ao uso prolongado de laxantes.

No que se refere à falta de efetividade de tratamento instituído, somente Krinsky et al. (2012) remetem para o clínico em situações de fraca resposta a soluções orais de hidratação.

Alterações nos hábitos intestinais de indivíduos com mais de 50 anos são identificadas por duas das fontes como CR, pois podem ser preditivas de doença inflamatória intestinal ou de cancro (Addison et al., 2012; Rutter, 2013).

A presença de sangue e/ou muco nas fezes é um sinal que todas as fontes remetem para referência ao clínico, embora a presença de sangue nas fezes possa refletir situações de gravidade diversa: ingestão de alimentos corados de vermelho, medicação que altera a cor das fezes, hemorroidas, fissuras anais, doença inflamatória

intestinal, sangramento do intestino, disenteria e presença de tumores (Addison et al., 2012; Blenkinsopp et al., 2014; Krinsky et al., 2012; Rutter, 2013).

Evacuações líquidas podem também ser sintoma de impacto fecal, comumente associado aos idosos; contudo estas são falsas diarreias, uma vez que o que ocorre é a passagem de fezes líquidas em volta do fecaloma. Esta situação requer um urgente encaminhamento ao médico (Rutter, 2013).

A dor abdominal grave é um sintoma que pode ser relacionado com diversas patologias, normalmente surge em adição a outros sintomas e é um CR ao médico; por exemplo se à diarreia se adicionar uma grave dor no quadrante inferior direito do abdómen ou em redor do umbigo deve suspeitar-se de apendicite (Addison et al., 2012).

Náuseas e vômitos são também CR, apesar de se encontrar apenas justificação quando são associados a febre (Blenkinsopp et al., 2014). A presença de febre é indicativa de infeção e, por este motivo, existe necessidade de referenciação ao médico. A infeção pode dever-se a bactérias como *Salmonella*, *Shigella* ou *Campylobacter*, a vírus como Norovírus ou a protozoários como *Entamoeba histolytica* ou *Giardia lamblia*.

Além dos sinais/sintomas acima mencionados outros, de carácter mais geral, podem ser associados a diarreia e representar situações passíveis de referenciação ao médico, por exemplo, a perda de apetite, a perda de peso não intencional (sugestiva de síndrome de má absorção ou de cancro) (Addison et al., 2012; Evans & Gupta, 2015), a fadiga e os evidentes sinais de desidratação.

Os critérios seguintes referidos na Tabela 1 são, unicamente, mencionados no livro de Krinsky et al. (2012) e são respeitantes à incapacidade de administração de solução oral de hidratação por parte de um cuidador, à ocorrência de episódios de diarreia em menores de seis anos e em maiores de 65 anos (devido ao elevado risco de desidratação), ao risco de complicações derivadas da diarreia e, principalmente, em utentes com outras comorbilidades ou imunodeprimidos.

O penúltimo critério de referenciação é mencionado nas fontes de informação à exceção de Krinsky et al. (2012) e remete para a referenciação ao médico quando a diarreia é consequente de uma viagem a um local tropical, pela possibilidade de contração de infeção (Addison et al., 2012; Blenkinsopp et al., 2014; Rutter, 2013).

Por fim, nas fontes à exceção da de Rutter (2013), define-se como CR a diarreia em grávidas ou em mulheres a amamentar.

2.2.2. Hemorroidas

Na presente SPAM a amplitude entre os CR definidos em cada fonte é pequena, sendo o máximo de CR de 13 e o mínimo de nove, conforme se verifica na Tabela 2. Em média, são apresentados 10,25 CR.

Tabela 2: CR nas hemorroidas

ANORECTAL DISORDERS / HAEMORRHOIDS	<i>Krinsky et al, 2012</i>	<i>Blenkinsopp et al, 2014</i>	<i>Addison et al, 2012</i>	<i>Rutter, 2013</i>
Duração				
Duration of longer than 3 weeks	0	1	0	1
Suspeita de iatrogenia medicamentosa				
Suspected drug-induced constipation	0	1	0	0
Falta de efetividade de tratamento já instituído				
Symptoms does not improve after 1 week	0	1	0	0
Minor anorectal symptoms that do not respond to 7 days of self-treatment	1	0	0	0
Non-prescription treatment not relieve symptoms	0	0	1	0
Sinais/Sintomas				
Severe pain Severe pain associate with defecation	1	1	1	1
Thrombosis Presence of thrombosed haemorrhoid	1	0	1	0
Infection present, e.g. perianal abscess	0	0	1	0
Anal fissure or fistula	0	0	1	0
Potentially serious anorectal disorder such as abscess, fistula or fissures, neoplasm or malignancy, or anorectal disorders previously diagnosed	1	0	0	0
Bleeding Unexplained rectal bleeding Presence of blood in the stools Blood mixed in the stool	1	1	1	1
Black tarry stools	1	0	0	0
Seepage	1	0	0	0
Prolapse Patients who have to reduce their haemorrhoids manually	1	0	0	1
Moderate-to-severe itching	1	0	0	0
Burning Discomfort Inflammation Swelling	1	0	0	0
Persistent or recurrent irritation	0	1	0	0
Change in bowel habit Persistent chang in bowel habit in patients over 40 years	0	1	0	1
Tenesmus	0	1	0	0
Associated abdominal pain/vomiting Vomiting	0	1	1	1
Nausea	0	0	1	1
Loss of appetite	0	0	0	1
Loss of weight	0	0	1	0
Fever	0	0	0	1
Outros				
Patients < 12 years	1	0	0	0
People under 20 years old with suspected haemorrhoids	0	0	0	1
Diagnosed GI diseases associated with colorectal bleeding: ulcerative colitis, Crohn's disease	1	0	0	0
Family history of colon cancer	1	0	0	0
Total number of referral criteria	13	9	9	10

Analisando a Tabela 2, verifica-se que em duas fontes de informação se referencia ao médico quando a duração da sintomatologia é superior a três semanas.

Em relação à iatrogenia, nenhuma das fontes apresenta CR diretamente relacionados com hemorroidas. Todavia, numa das fontes encontra-se para referência a obstipação induzida por fármacos, situação que contribui para o desenvolvimento de hemorroidas.

A falta de efetividade do tratamento é um CR quando os sintomas não são resolvidos ou não demonstram melhorias ao fim de uma semana, em três das quatro fontes.

Dor associada a defecação ou dor severa não são sintomas comuns no quadro clínico de hemorroidas, habitualmente estas não são dolorosas, a menos que já se encontrem trombosadas. Por este motivo, quando existem queixas de dor intensa ou suspeita de hemorroida trombosada deve-se referenciar ao médico uma vez que pode estar associada a fissura anal, abcesso, fístulas, pólipos anais, proctite ou neoplasia retal (Addison et al., 2012; Bleday & Breen, 2015; Blenkinsopp et al., 2014; Krinsky et al., 2012; Rutter, 2013). Todas estas possíveis patologias requerem avaliação e, muitas das vezes, intervenção por parte do médico.

O sangramento é o sinal mais comum das hemorroidas; caracteristicamente é vermelho vivo e visível após as defecações (Bleday & Breen, 2015). Em todas as fontes é indicado como CR, quer surja inexplicavelmente ou associado a fezes (por exemplo, melenas). Esta referência é justificável pelos possíveis diagnósticos: sangramento do trato gastrointestinal superior (esofagite erosiva, varizes gástricas, úlcera péptica) ou inferior (fissuras anais, pólipos anais, fístulas ou cancro coloretal) (Addison et al., 2012; Blenkinsopp et al., 2014; Krinsky et al., 2012; Rutter, 2013).

A exsudação é um sinal que, segundo Krinsky et al. (2012), deve ser referenciado pois pode ser consequência de insuficiência do esfíncter anal.

Outro sinal associado às hemorroidas é o prolapso, este acontecimento é CR em duas fontes apesar de poder ser solucionado pelo próprio indivíduo, através da recolocação manual. Prurido anal, irritação, ardor, desconforto, inflamação e edema, são todos sintomas que se podem associar a hemorroidas mas que também podem ter outras etiologias e, por este motivo, Krinsky et al. (2012) os consideram relevantes para

referenciação e justificam, por exemplo, que o prurido anal pode ser associado a dermatites ou parasitas intestinais.

Alterações aos hábitos intestinais não é considerado CR por todas as fontes, porém, as que consideram justificam por ser sugestivo de malignidade. Tenesmo é um CR considerado por Blenkinsopp et al. (2014), com fundamentação idêntica.

Outros sintomas associados ao trato gastrointestinal, como a dor abdominal, vômitos e náuseas, são considerados CR em algumas das fontes de informação, apesar da única justificação apresentada ser o facto de não estarem relacionados diretamente com a SPAM em análise.

Perda de apetite e de peso são ambos CR contudo, constam apenas em uma fonte cada.

A febre, sintoma sistémico, é considerada um CR por Rutter (2013) sendo justificado pela possível relação a doença inflamatória intestinal, por exemplo, colite ulcerosa ou doença de Crohn.

Para concluir a análise desta situação, sublinha-se a disparidade entre as fontes no que se refere à referenciação ao médico pela idade do individuo e pela sua história clinica: diagnóstico prévio de doença gastrointestinal (colite ulcerosa, doença de Crohn ou cancro do cólon).

2.2.3. Enfartamento

Conforme se verifica na Tabela 3, para o enfartamento, a fonte com maior número de CR é a elaborada por Addison et al. (2012) (18) e com menor número de CR (12) as fontes escritas por Blenkinsopp et al. (2014) e Rutter (2013). Em média, são descritos 14,25 CR para esta SPAM.

Tabela 3: CR no enfartamento

DYSPEPSIA/INDIGESTION	<i>Krinsky et al, 2012</i>	<i>Blenkinsopp et al, 2014</i>	<i>Addison et al, 2012</i>	<i>Rutter, 2013</i>
Duração				
Heartburn or dyspepsia for more than 3 months	1	0	0	0
Symptoms up to 4 weeks	0	0	1	0
Symptoms do not resolve in 2 weeks	0	0	0	1
Recorrência/apresentação agravada				
Recent onset of progressive symptoms	0	0	0	1
Symptoms are persistent (longer than 5 days) or recurrent	0	1	0	0
Symptoms worsen or recur after 14 days of effective self-treatment	1	0	0	0
Suspeita de iatrogenia medicamentosa				
Symptoms related to medication	0	0	1	0
Adverse drug reaction is suspected	0	1	0	0
Falta de efetividade do tratamento já instituído				
Persistent symptoms not responding to non-prescription medicines Treatment has failed	0	1	1	0
Heartburn and dyspepsia that occur when taking a prescription H2RA or PPI	1	0	0	0
Sinais/Sintomas				
Severe heartburn and dyspepsia	1	0	0	0
Difficulty or pain on swallowing solid foods Dysphagia	1	0	1	1
Melaena	1	1	1	1
Haematemesis	1	1	0	1
Persistent vomiting	0	1	0	1
Vomiting for more than 1-2days	0	0	1	0
Diarrhoea or constipation for more than 1 week	0	0	1	0
Alteration in normal bowel habits	0	1	0	0
Continuous nausea, vomiting or diarrhea	1	0	0	0
Swelling (not bloating)	0	0	1	0
Loss of weight Unexplained weight loss	1	1	1	1
Anorexia	0	1	0	1
Anaemia	0	0	1	1
Sudden onset of intense pain with no relief	0	0	1	0
Referred pain	0	0	0	1
Pain described as severe, debilitating or that wakes the patient in the night Pain is severe Severe stomach pain	1	0	0	1
Pain unrelated to meals	0	0	1	0
Symptoms aggravated by exercise Pain worsens on effort	0	1	1	0
Pain radiates to arm, neck or jaw Chest pain accompanied by sweating, pain radiating to shoulder, arm, neck, or jaw, and shortness of breath Pain that radiates to the other areas of the body	1	0	1	1
Dysuria	0	0	1	0
Chronic hoarseness, wheezing, coughing or choking	1	0	0	0
Rash	0	0	1	0
Jaundice	0	0	1	0
Outros				
Age over 55 years with recent onset of dyspepsia Age over 45 years if symptoms develop for first time	0	1	1	0
Children Children younger than 2 years (for antacids), 12 (for H2RA) and 18 (for PPI)	1	1	0	0
Pregnancy	1	0	0	0
Nursing mothers	1	0	0	0
Total number of referral criteria	15	12	18	12

A duração desta situação é referida como CR em três fontes apesar de não haver consenso entre elas, como se demonstra na Tabela 3. O mesmo acontece em relação à recorrência/apresentação agravada.

Quanto aos sintomas relacionados com a medicação também não se observa uniformidade nos CR por parte das fontes, contudo, são justificáveis pelos efeitos adversos causados por fármacos, como por exemplo, anti-inflamatórios não esteróides.

A falha do tratamento é um CR apenas descritos em duas, das quatro, fontes de informação.

O primeiro sintoma apresentado relaciona-se com a gravidade da situação e apenas é tido em conta, para referência ao médico, por Krinsky et al. (2012). De seguida, o CR apresentado é comum à maioria das fontes e fundamentado pela possibilidade de obstrução do esófago (por tumor, por exemplo), úlcera esofágica, esofagite erosiva ou RGE (Addison et al., 2012; Krinsky et al., 2012; Rutter, 2013).

Ainda em relação ao trato gastrointestinal, melenas e hemoptises são dois CR que assumem total concordância entre os autores das quatro fontes. Estes dois sinais são, na maioria das vezes, alertas para patologias que provocam sangramento, por exemplo, úlceras ou carcinoma (Blenkinsopp et al., 2014; Rutter, 2013).

A presença de vômitos associados ao enfartamento é também um CR e pode derivar de uma intolerância alimentar, infeção gastrointestinal, RGE, úlcera ou dispepsia nervosa. Pode também observar-se a associação de alterações ao trânsito intestinal e de náuseas (ambas CR) ao estado de enfartamento e isto ser indicativo de úlcera péptica ou de síndrome do cólon irritável (Addison et al., 2012; Rutter, 2013).

O edema/sensação de inchaço é considerado um CR numa das fontes e pode ser preditivo de hérnia ou flatulência.

Outros sinais e sintomas não associados diretamente ao sistema digestivo são descritos como CR ao médico. A perda de peso inexplicável e a anorexia (perda de apetite) requerem avaliação médica pois podem estar associados a patologias como: úlceras, RGE ou carcinomas (esófago ou estômago). Por consequência de patologias que provoquem sangramento (anteriormente descritas), a anemia é considerada, por duas das fontes, como CR.

O relato de dor na região epigástrica é um forte indício de doença cardiovascular, particularmente quando erradia para o braço, todavia, pode também ser preditiva de úlcera, se a sua localização coincidir com a zona do estômago, ou de gastrite, se for mais difusa. É possível, ainda, que surja dor, ou agravamento, quando se fazem esforços ou exercício e, numa das fontes, esta descrição pode ser sinonimo de angina de peito atípica. Todas as situações acima descritas requerem reencaminhamento ao médico, como se pode observar na Tabela 3.

A disúria, sintoma relaciona com o sistema urinário, é descrita nesta situação uma vez que a sua associação ao enfartamento pode ser sugestiva de infeção do trato urinário, cálculos renais ou inflamação (Addison et al., 2012).

Os sintomas referentes ao sistema respiratório são identificados com CR numa das fontes. A presença de *rash*, é considerada um CR por Addison et al. (2012), pelo motivo de se poder relacionar com doenças infecciosas (por exemplo, zona), assim como a icterícia, por ser sinal de doença hepática ou biliar.

Relativamente à incidência da SPAM em indivíduos com mais de 55 anos ou que desenvolvem pela primeira vez enfartamento a partir dos 45 anos, pode aferir-se, de acordo com as fontes, que possuem um risco aumentado de carcinoma e, por isto, se consideram como CR. Por outro lado, crianças, grávidas e mulheres a amamentar devem ser referenciadas, segundo algumas fontes, por o tratamento farmacológico ser contraindicado ou apresentar falta de segurança.

2.2.4. Obstipação

Analisando a Tabela 4 pode verificar-se a grande amplitude entre o número de CR apresentados pelas quatro fontes de informação (máximo 14 e mínimo sete). Em média, são apresentados para a presente SPAM 9 CR.

Tabela 4: CR na obstipação

CONSTIPATION	Krinsky <i>et al.</i> , 2012	Blenkinsopp <i>et al.</i> , 2014	Addison <i>et al.</i> , 2012	Rutter, 2013
Duração				
Change in bowel habit of 2 weeks or longer A sudden change in bowel habits that persists for 2 weeks	1	1	0	0
Greater than 14 days duration with no identifiable cause	0	0	0	1
Duration longer than 14 days without improvement, particularly in older people and individuals with diabetes, hypothyroidism, haemorrhoids or Parkinson disease and those who have had strokes or are aged over 40 who present with a sudden change in bowel habit for first time	0	0	1	0
Special care for children suffering constipation or diarrhoea and referral after 48-72 hours depending on symptoms	0	0	1	0
Recorrência/apresentação agravada				
Where symptoms do not improve with time or where symptoms get worse	0	0	1	0
Suspeita de iatrogenia medicamentosa				
Prescribed medication suspected of causing symptoms	0	1	0	0
Taking long-term laxatives, unless prescribed by the doctor Use of a laxative product >7 days unless directed by PCP	1	1	1	0
Falta de efetividade de tratamento já instituído				
Failure of OTC medication	0	1	0	0
Sinais/Sintomas				
Occurrence of rectal bleeding or lack of bowel movement after laxative use at any time during treatment Blood in stools	1	1	1	0
Pain on defecation causing patient to suppress defactory reflex	0	0	0	1
Presence of abdominal pain, vomiting, bloating Severe abdominal pain	1	1	1	1
Nausea of longer than 3-4 days in duration Nausea	1	0	1	0
Vomiting	1	0	0	0
Constipation and not passing flatus	0	0	1	0
Fluctuating constipation and diarrhoea, unless already investigated by the doctor	0	0	1	0
Loss of appetite for longer than 3-4 days	0	0	1	0
Unexplained weight loss	0	0	1	1
Fatigue General malaise	0	0	1	1
Fever	0	0	1	0
Outros				
Returned from recent travel abroad	0	0	1	0
Disease-induced constipation is suspected	1	0	0	0
Children younger than 6 years old who have failed to respond to dietary intervention Children Children with suspected symptoms of impaction	1	1	0	1
Patients aged over 40 years old with sudden change in bowel habit with no obvious cause	0	0	0	1
Total number of referral criteria	8	7	14	7

As alterações ao trânsito intestinal são, como já referido para outras situações, sinais de alerta para o indivíduo. Se estas alterações persistirem mais de duas semanas as fontes referem que é necessário o reencaminhamento para o médico, especialmente se não se conhecer a origem ou se for associada a idosos ou a doentes com diabetes,

hipotireoidismo, doença de Parkinson ou hemorroidas. Uma das fontes ressalva ainda a obstipação em crianças quando perdura há mais de 48-72 horas (Addison et al., 2012; Blenkinsopp et al., 2014; Krinsky et al., 2012; Rutter, 2013).

Tal como em outras SPAM a recorrência/apresentação agravada é um CR, assim como a indução de obstipação por parte de alguns fármacos, como são exemplo os apresentados na Tabela 5. Considera-se importante ressaltar a obstipação consequente do uso prolongado de laxantes, principalmente os de estimulantes/contacto, uma vez que diminuem a atividade muscular do intestino (cólon atónico). De referir ainda que, para Blenkinsopp et al. (2014), a falta de efetividade dos MNSRM é considerada um CR.

Tabela 5: Fármacos que podem induzir obstipação

Fármacos
Opioides: codeína, morfina
Antiácidos: alumínio
Antidepressivos: amitriptilina, fluoxetina
Laxantes (em uso prolongado): bisacodilo, sene

A presença de sangue nas fezes, como já referido em SPAM anteriores, pode estar associada a hemorroidas, fissura anal, sangramento de úlceras, diverticulite ou cancro e, por este motivo, requer referência ao médico.

A dor é um sintoma transversal a muitas SPAM e, neste caso, pode surgir associada ao momento da defecação (inibindo o paciente) ou como forte dor na região abdominal. Os cenários apresentados são indicativos de hemorroidas e de possível obstrução coloretal, respetivamente. A obstrução pode ainda ser indiciada por náuseas e vômitos. A maioria das fontes aponta estes sintomas como CR.

Outros sintomas são igualmente indicados como CR: obstipação sem passagem de flato, oscilação entre obstipação e diarreia, perda de apetite e de peso, fadiga e mal-estar geral e febre. A referência ao médico destas situações é suportada por poder ser indicativa de síndrome do cólon irritável (oscilação entre obstipação e diarreia), doença maligna (perda de peso), infeção (fadiga e febre) e anemia ou disfunções da tiroide (fadiga) (Addison et al., 2012).

Considerações a nível do utente são também alvo de referência ao médico, por exemplo, o regresso de uma viagem (alteração dos hábitos alimentares ou do clima), a existência de patologias que provocam obstipação, como hipotiroidismo e depressão, ou as alterações aos hábitos intestinais a partir dos 40 anos de idade sem causa aparente, podem ser sugestivas de doença maligna. Relativamente às crianças, são um grupo que requer atenção e referência ao médico se for caso de não responderem a alterações da alimentação ou se suspeitar de obstrução (Addison et al., 2012; Blenkinsopp et al., 2014; Krinsky et al., 2012; Rutter, 2013).

2.2.5. Vômitos

Para esta situação são descritos, em média, 9,5 CR sendo notória a grande variação do número de CR entre fontes (máximo 19 e mínimo seis).

Os primeiros critérios indicados na Tabela 6 dizem respeito à duração dos vômitos e, como se pode observar, não são unânimes.

Tabela 6: CR nos vômitos

NAUSEA AND VOMITING (N/V)/NAUSEA	Krinsky <i>et al</i> , 2012	Blenkinsopp <i>et al</i> , 2014	Addison <i>et al</i> , 2012	Rutter, 2013
Duração				
Vomiting in children under 1 year old lasting longer than 24 hours	0	0	1	1
Severe vomiting persists more than several hours in children	1	0	0	0
If vomiting has been present longer than 2 days	1	1	0	0
Recorrência/apresentação agravada				
Chronic N/V	0	1	0	0
Change in or worsening of symptoms	1	0	0	0
Suspeita de iatrogenia medicamentosa				
Drug-induced N/V: adverse effects of drugs used therapeutically (opioids, NSAIDs, antibiotics, estrogens)	1	1	0	0
N/V caused by cancer chemotherapy, radiation therapy, serious metabolic disorders, CNS, GI or endocrins disorders	1	0	0	0
Falta de efetividade de tratamento já instituído				
N/V where symptoms do not resolve following treatment	0	0	1	0
Children who fail to respond to OTC treatment	0	0	0	1
Sinais/Sintomas				
Severe abdominal pain in the middle or right lower quadrant	1	0	0	0
Severe right upper quadrant pain, especially after eating fatty foods	1	0	0	0
Moderate to severe abdominal pain N/V with severe abdominal pain	0	0	1	1
N/V with fever and/or diarrhoea	1	0	0	0
Blodd in the vomitus	1	1	0	0
Vomiting with faecal smell	0	1	0	0
Unexplained N/V in any age group	0	0	1	1
Chronic disease-induced N/V: gastroparesis with DM, GERD (gastroesophageal reflux disease)	1	0	0	0
Psychogenic-induced N/V: bulimia, anorexia	1	0	0	0
Urine ketones and/or high blood glucose with signs of dehydration in patients with DM	1	0	0	0
Suspected food poisoning that does not clear up after 24 hours	1	0	0	0
Yellow skin or eye discoloration and dark urine	1	0	0	0
Stiff neck with or without headache and sensitivity to brightness of normal light	1	0	0	0
Head injury with N/V, blurry vision, or numbness and tingling	1	0	0	0
Persos with glaucoma, BPH, chronic bronchitis, emphysema, or asthma	1	0	0	0
Signs and symptoms of dehydration: dry mouth, littler or no urination, dizziness, reduced blood pressure, etc	1	0	0	0
Outros				
N/V in neonates (up to 1 month)	0	0	0	1
Children under 2 years N/V in infants (1 month to 1 year old) Children under 1 year	0	1	1	1
Suspected pregnancy	0	0	0	1
Pregnancy or breastfeeding	1	0	1	0
Total number of referral criteria	19	6	6	7

Alguns autores só consideram a duração como CR se o sintoma for referente a crianças e, mesmo dentro deste grupo, distinguem consoante a idade, ao passo que outros consideram pertinente referenciar apenas considerando a duração do sintoma. Em apenas duas fontes são indicados CR a respeito da recorrência/apresentação agravada, como a sintomatologia crónica, que pode ser associada a úlcera péptica ou carcinoma ou conduzir a deficiências nutricionais (Harbord & Pomfret, 2013).

Como em outras SPAM já apresentadas, alguns fármacos, utilizados para o tratamento de certas patologias, induzem vômitos como reação adversa: citotóxicos, opioides (H. S. Smith & Laufer, 2014), antibióticos, anti-inflamatórios não esteróides, entre outros.

Quanto à efetividade dos tratamentos, duas das quatro fontes definem como CR a não resolução dos sintomas com o tratamento adequado e o mesmo, mas relacionado, particularmente, com as crianças.

Atendendo à dor abdominal grave, sintoma que pode ocorrer em simultâneo com os vômitos, é um CR na maioria as fontes apesar de não aparecer descrita de igual modo. Segundo Krinsky et al. (2012), a necessidade de referência relaciona-se com a localização da dor, por exemplo, na região inferior central ou direita do abdómen pode ser indicativa de apendicite ou obstrução intestinal ao passo que no quadrante superior direito é indicativa de colecistite ou pancreatite.

O grupo de autores acima mencionado define a presença de febre associada a náuseas e vômitos como um CR por ser representativo de um quadro de infeção.

A presença de sangue no vômito é um sinal de alerta e de referenciar, segundo duas das fontes de informação. Este critério é sugestivo de sangramento de úlceras ou da presença de tumores gastrointestinais (Blenkinsopp et al., 2014; Krinsky et al., 2012).

Em algumas ocasiões, os vômitos podem ter um cheiro fecal e, por isto, alertarem para a possibilidade de obstrução do trato gastrointestinal, situação que requer referência (Blenkinsopp et al., 2014).

A perda de peso inexplicável é, como em situações anteriores, um critério para referenciar assinalado em duas fontes. Este sinal é considerado alarmante e pode indiciar uma patologia maligna subjacente (Badenhorst et al., 2015).

Como se pode observar na Tabela 6, a primeira fonte de informação é, nesta SPAM, a que mais CR apresenta. Seguindo a ordem, os nove CR adiante apresentados são todos referentes a esta fonte e dois deles apresentam justificação, o aparecimento de icterícia e urina escura (indicativo de alterações hepáticas) e a rigidez do pescoço com ou sem sensibilidade à luz (sugestivo de um quadro de meningite) (Krinsky et al., 2012).

Quando se trata de vômitos em crianças, é importante referenciar quando o sintoma surge até ao primeiro mês de vida, pois pode representar um problema congénito, e até aos dois anos de idade, porque nesta situação o risco de desidratação é elevado e pode estar relacionado com infeções (Williams & Cosgrove, 2012). Os últimos CR são referentes a grávidas ou a mulheres que amamentam e, nestes casos, é importante a avaliação médica tanto para assegurar o bom desenvolvimento do bebé como para medicar, de forma segura, a mãe.

2.2.6. Estados gripais e constipações

Numa primeira análise da Tabela 7 é possível inferir que foram referenciados, em média, 11,5 CR. Apesar do considerável número de critérios obtidos pode observar-se uma grande discrepância entre as fontes de informação, sendo Rutter (2013) a fonte com menos critérios mencionados (seis) e, em contrário, Addison et al. (2012) com 20 CR.

Tabela 7: CR nos estados gripais e constipações

COLDS / COLDS AND FLU / SNEEZING, CONGESTION, RHINORRHOEA, FEVER / COMMON COLD	Krinsky <i>et al</i> , 2012	Blenkinsopp <i>et al</i> , 2014	Addison <i>et al</i> , 2012	Rutter, 2013
Duração				
Persistent sore throat with of heavy sweats at night, especially if the lymph nodes in the neck are enlarged Sore throat persists more than several days or is associated with persistent fever, headache or nausea or vomiting	1	0	1	0
Recorrência/apresentação agravada				
Severe symptoms that do not improve within 7 days	0	0	1	0
In 10-14 days if the cold has not improved	0	1	0	0
No improvement of symptoms after 14-21 days	0	0	1	0
Cough does not improve within 7-14 days	1	0	0	0
Recurrent cough or constant smoker's cough	0	0	1	0
Suspeita de iatrogenia medicamentosa				
Concurrent medication such as ACE inhibitors	0	0	1	0
Falta de efetividade de tratamento já instituído				
Worsening of symptoms or development of additional symptoms during self-treatment Where symptoms do not improve with time or where symptoms get worse	1	0	1	0
Hypersensitivity to recommended OTC medications	1	0	0	0
Acute sinus involvement that fails to respond to decongestant therapy	0	0	0	1
Earache not settling with analgesic Middle ear pain that fails to respond to analgesia	0	1	0	1
Sinais/Sintomas				
Chest pain With pleuritic-type chest pain Chest pain, if exacerbated on cough or deep inspiration	1	1	1	0
Shortness of breath Difficulty in breathing	1	0	1	0
Production of purulent mucus for several days	0	0	1	0
With persisting fever and productive cough Sputum	0	1	1	0
Fever >38,6°C	1	0	0	0
With delirium	0	1	0	0
General malaise, feeling systemically unwell, persisting sweats or fever	0	0	1	0
Malaise in teenagers and young adults for more than 7 days	0	0	1	0
Patients with symptoms indicative of flu	0	0	0	1
Sinus or ear pain that does not resolve after 7 days	0	0	1	0
Wheezing	0	0	1	0
Dry night-time cough in children	0	0	1	0
Weight loss, particularly in those over the age of 40	0	0	1	0
Painful or red, inflamed calf	0	0	1	0
Outros				
Suspected influenza infection in at-risk groups such as people with long-term underlying health conditions : diabetes, asthma, pregnancy, children under 1 year	0	0	1	0
Concurrent underlying chronic cardiopulmonary diseases Asthma In those with heart or lung disease	1	1	1	1
AIDS or chronic immunosuppressant therapy	1	1	1	1
Frail patients of advanced age In the very old	1	1	0	0
Vulnerable patient groups, such as the very elderly	0	0	0	1
Infants <9months In the very young	1	1	0	0
Total number of referral criteria	11	9	20	6

Analisando os CR quanto à duração, Krinsky et al. (2012) e Addison et al. (2012) definem a persistência de dores de garganta, associadas a outros sintomas, como CR.

Diversos CR são incluídos no grupo recorrência/apresentação agravada e, em média, 14 dias é o período considerado para se referenciar ao médico quando não se observam melhorias. Adicionalmente, Addison et al. (2012) menciona a tosse recorrente, associada ou não a fumadores, como CR contemplado neste grupo.

Quanto à falta de efetividade de tratamento já instituído, pode constatar-se que todas as fontes fazem referência a esta situação apesar da distinta natureza dos CR.

No que concerne à sintomatologia associada ao sistema respiratório (SR), a dor no peito/dor torácica é um CR na maioria das fontes, exceto em Rutter (2013). Este critério é comum a diversas situações, de diferentes graus de gravidade e, por isso, é associado a um amplo diagnóstico diferencial (Meisel & Cottrell, 2015). Por exemplo, Blenkinsopp et al. (2014) e Addison et al. (2012) justificam a possibilidade do sintoma estar associado a doenças do SR como pleurisia, embolia pulmonar ou pneumotórax, mas também a pirose, angina de peito, enfarte agudo do miocárdio ou ansiedade.

A dispneia ou a dificuldade em respirar são sintomas de referência na primeira e terceira fontes contudo, apenas Krinsky et al. (2012) fundamentam com a ligação a asma, pneumonia ou bronquite. Além destas patologias, os sintomas podem ser devidos a doenças cardíacas (por exemplo, angina de peito ou insuficiência cardíaca), alergias, obesidade ou a distúrbios psicológicos (depressão, ansiedade ou fobias) (Dugdale, 2013).

Em algumas ocorrências, ao quadro de constipação/gripe associa-se tosse produtiva e febre que são sintomas consequentes de infecção, mais particularmente bacteriana. Em três das fontes, primeira, segunda e terceira apresentadas na Tabela 7, os sintomas anteriormente descritos são apontados como CR ao médico, contudo, apenas Krinsky et al. (2012) fundamenta a referência quando a febre é superior a 38,6° com a possibilidade de relação com pneumonia, bronquite ou sinusite. Apesar disto, os referidos sintomas, associados a infecção respiratória, podem estar na base de uma crise asmática, sendo assim, considerados fatores de risco (Litonjua & Weiss, 2015).

Em Blenkinsopp et al. (2014), o delírio é apontado como CR apesar de não ser justificado.

Continuando a sintomatologia associada a constipação e estados gripais, o mal-estar geral e suores são indicados para reencaminhamento ao médico em Addison et al. (2012), não apresentando fundamentação.

Os CR seguidamente apresentados, sinusite e dor de ouvidos, são possíveis complicações da SPAM em causa (Sexton & McClain, 2015) contudo, em Addison et al. (2012), não são encontradas justificações.

Pieira e tosse seca noturna em crianças são CR identificados por Addison et al. (2012) e são, na maioria das situações, indicativos de asma. Quando os sintomas surgem em simultâneo, a probabilidade de asma é duas vezes maior do que quando surgem isoladamente (Boudewijn et al., 2015).

Em Addison et al. (2012) são também indicados para referenciação os critérios: perda de peso, em particular em indivíduos com idade superior a 40 anos, justificável com a possibilidade de associação a tuberculose ou cancro do pulmão; dor, vermelhidão ou inflamação do gêmeo; e suspeita de gripe em grupos de risco, por exemplo, diabéticos, asmáticos, crianças com menos de um ano de idade e grávidas. Estes dois últimos critérios indicados não apresentam fundamentação.

Em todas as fontes, são descritos como CR os fatores de risco que podem contribuir para a exacerbação do quadro clínico em causa: doenças cardiorrespiratórias crónicas, asma ou imunossupressão.

Os extremos etários (crianças e idosos) são, também, alvo de referenciação na maioria das fontes, apesar de não serem justificados. Todavia, a forma como são apresentados não é unânime.

2.2.7. Tosse

Para a SPAM apresentada são descritos, em média, 15 CR ao médico. Como se verifica na Tabela 8, a fonte com maior número de CR é a elaborada por Krinsky et al. (2012) (19) ao passo que a fonte com menor número de CR é a de Blenkinsopp et al. (2014) (11).

Tabela 8: CR na tosse

COUGH	Krinsky et al, 2012	Blenkinsopp et al, 2014	Addison et al, 2012	Rutter, 2013
Duração				
Lasts >7 days	1	0	0	0
Duration longer than 3 weeks	0	0	0	1
Lasting 2 weeks or more and not improvig	0	1	1	0
Malaise in teenagers and young adults for more than 7 days	0	0	1	0
Recorrência/apresentação agravada				
Comes and goes or keeps coming back Cough that recurs on a regular basis Recurrent cough	1	0	1	1
Recurrent nocturnal cough	0	1	0	0
Suspeita de iatrogenia medicamentosa				
Suspected drug-associated cough	1	1	1	0
Falta de efetividade de tratamento já instituído				
Failed medication	0	1	0	0
Sinais/Sintomas				
Shortness of breath difficulty in breathing	1	1	1	1
Haemoptysis	1	1	1	1
Produce yellow, tan or green mucus or pus-like secretions	1	1	1	1
Chest pain	1	1	1	1
Pain on inspiration	0	0	1	1
Wheezing	0	1	1	1
Chills	1	0	0	0
Night sweats	1	0	0	1
Tight-feeling throat	1	0	0	0
Cyanosis	1	0	0	0
Rash	1	0	0	0
Persistent headache	1	0	0	0
Suddenly worsens as a cold or flu resolves	1	0	0	0
Swollen legs/ankles Painful or red, inflamed calf	1	0	1	0
Unintentional weight loss	1	0	1	1
Whooping cough or croup	0	1	0	0
Dry night-time cough in children Persistent nocturnal cough in children	0	0	1	1
High fever (>39,4°) or a lower fever that does not resolve with usual self-care	1	0	0	1
General malaise, feeling systemically unwell, persisting sweats or fever	0	0	1	1
Outros				
Associated with inhalation of dust, particles, or objects, if irritant or object stays in the lungs	1	0	0	0
Constant smoker's cough	0	0	1	0
History of symptoms of chronic disease associated with cough Any concurrent illness or history where infection may be a risk, depending on the severity of symptoms	1	1	1	0
Debilitating symptoms in the elderly	0	0	0	1
Total number of referral criteria	19	11	16	14

Iniciando a análise do CR apresentados por cada fonte de informação, pode apurar-se que, quanto à duração da tosse, não existe consenso. Na primeira fonte, os autores consideram pertinente o reencaminhamento ao médico quando a tosse dura há mais de sete dias, sem para isto apresentarem justificação. Por outro lado, a última fonte, indica que se deve referenciar quando a tosse está presente há mais de três semanas por isto poder ser preditivo de patologias graves, como, por exemplo,

bronquite, pneumonia, embolia pulmonar ou agravamento de doença pulmonar (Silvestri, Weinberger, & Hollingsworth, 2014). Quanto às restantes duas fontes, ambas indicam que se deve remeter para o médico quando a situação está presente há duas ou mais semanas e não apresenta melhoras. De referir, ainda, que em Addison et al. (2012) se faz referência ao mal-estar que persiste mais de sete dias e, por isto, é definido como CR.

No que respeita à recorrência, três das fontes a indicam para referenciação e, por exemplo, em Rutter (2013) é fundamentada com a possibilidade de associação a hábitos tabágicos (consequente tosse crónica) e a asma, principalmente em crianças com história familiar. Esta última possibilidade indicada é também justificativa do CR estabelecido por Blenkinsopp et al. (2014) que se refere a tosse noturna recorrente.

Em relação à tosse induzida por fármacos, a maioria das fontes aponta como CR esta situação, contudo, em Rutter (2013) não é declarado CR apesar de se assumir que a tosse iatrogénica deve ser discutida entre farmacêutico/médico prescriptor.

No que respeita à falta de efetividade da terapêutica, apenas para Blenkinsopp et al. (2014) é motivo de referenciação ao médico.

Analisando os CR respeitantes a sintomatologia associada ao SR, é possível constatar que as quatro fontes de informação indicam para referenciação ao médico quando ocorre dispneia ou dificuldade respiratória. O critério é comum às fontes contudo, as justificações são discrepantes, por exemplo: em Krinsky et al. (2012) é associado a insuficiência cardíaca congestiva, em Blenkinsopp et al. (2014) é referente a crianças e pode ser associado a *croup*, em Addison et al. (2012) pode ser indicativo de bronquite crónica, enfisema ou insuficiência cardíaca e em Rutter (2013) aponta-se para asma, insuficiência cardíaca (idade mais avançada) ou pneumonia adquirida na comunidade (PAC).

A ocorrência de hemoptises é também descrita como CR em todas as fontes. Apesar de todas remeterem para referenciação este critério as fundamentações são diferentes. Na primeira fonte não existem quaisquer fundamentos, na segunda diferencia-se em termos de gravidade, desde o romper de um pequeno vaso com a força da tosse até à insuficiência cardíaca (hemoptise rosa e espumosa), na terceira fonte associa-se a embolia pulmonar, tuberculose, bronquite ou cancro do pulmão e na última

fonte as possibilidades são descritas com correspondência à cor da hemoptise, isto é, quando se esta perante uma hemoptise cor de ferrugem pode ser indicativo de pneumonia, hemoptise rosa pode significar insuficiência cardíaca e hemoptise com sangue muito escuro pode relacionar-se com carcinoma pulmonar. Nesta última fonte também é referido um quadro de tuberculose quando se menciona este CR.

A presença de tosse produtiva é, em alguns casos, descrita como CR, ou seja, se a expectoração for amarela, verde, castanha ou semelhante a pus. Em todas as fontes se referencia esta situação e se associa a estados de infecção bacteriana, bronquite ou pneumonia, esta última hipótese torna-se ainda mais relevante quando a tosse está presente há mais de três semanas. Duas das fontes, a primeira e a terceira, não apresentam fundamentação para esta referência.

A dor no peito/dor torácica é também um CR apontado por todas as fontes, porém, apenas em Addison et al. (2012) e Rutter (2013) se encontra fundamentação, podendo o sintoma ser consequência de pleurite, pneumotórax ou embolia pulmonar ou associado a patologia cardiovascular, respetivamente.

A dor ao inspirar é definida como CR em duas das fontes, como se pode observar na Tabela 8. Para este sintoma a fundamentação assemelha-se à acima descrita, isto é, ser resultante de pleurite, pneumotórax ou embolia pulmonar ou relacionado a PAC.

A pieira é um sinal frequentemente associado a tosse e pode ser indicativo de asma, *croup* ou bronquite aguda, como se fundamenta nas fontes que consideram este sinal um CR ao médico (Addison et al., 2012; Blenkinsopp et al., 2014; Rutter, 2013).

A presença de calafrios é também definida como CR em Krinsky et al. (2012), apesar de não ser apresentada fundamentação.

Os suores noturnos estão, muitas das vezes, associados a quadros de tosse. Em todas as fontes se descreve este sinal contudo, apenas em duas das fontes o sinal é considerado como CR. É, na maioria, justificado pela possibilidade de estar relacionado com tuberculose ou com outra infecção do trato respiratório inferior.

Como se pode verificar na tabela referente a esta SPAM, a fonte de Krinsky et al. (2012) é a que apresenta maior número de CR. Critérios como sensação de aperto na

garganta, cianose, ocorrência de *rash*, cefaleias persistentes e agravamento da tosse após constipação ou gripe solucionadas, estão todos referenciados na fonte apesar de não apresentarem fundamentação.

O aparecimento de vermelhidão, edema ou inflamação nos tornozelos/pernas quando associado a tosse pode ser preditivo de patologia cardiovascular, como por exemplo, insuficiência cardíaca (Chen, Zieve, & Ogilvie, 2015). Por este motivo, é considerado CR ao médico em duas das fontes de informação.

A inexplicada perda de peso é, como já referido em outras SPAM, sinal de alerta para patologias graves (Badenhorst et al., 2015) e, por isto, é definida como CR em três das fontes de informação. Apesar da referência, somente em duas fontes, Addison et al. (2012) e Rutter (2013), se encontra argumentação para este critério que passa pela associação a um quadro de tuberculose ou de neoplasia do pulmão (Lee & Birring, 2012).

A tosse pode ser um sintoma inerente a *croup* ou a tosse convulsa, situações que, segundo Blenkinsopp et al. (2014), necessitam de referência ao médico uma vez que são, maioritariamente, associadas a crianças e provocam dificuldade respiratória.

Uma outra situação definida como CR em Addison et al. (2012) e Rutter (2013) é a tosse noturna e seca em crianças. Como se avaliou em relação à recorrência, no início deste capítulo, este sinal é relacionado com asma ou *croup* mas também pode ser resultante de uma infecção no trato respiratório superior (Grade, 2015).

A presença de febre alta ($> 39,4^{\circ}$) ou de febre que não melhore com antipiréticos é relacionada com quadros de infecção, nomeadamente, tuberculose ou PAC e requerente de avaliação clínica de acordo com Krinsky et al. (2012) e Rutter (2013). Em algumas ocorrências, à febre associa-se o mal-estar generalizado que corrobora um quadro infeccioso e, por isto, é definido como CR também em Rutter (2013) e em Addison et al. (2012).

Paralelamente à sintomatologia clínica que requer referência ocorrem situações que necessitam de imediato reencaminhamento ao médico, como, por exemplo a descrita por Krinsky et al. (2012): a inalação de partículas ou objetos, irritantes ao não, que tendencialmente causam obstrução respiratória ou se alojam nos pulmões.

A tosse crónica em fumadores é considerada um CR em Adisson et al. (2012) sem que seja apresentada fundamentação. Contudo, os fumadores são um grupo com maior propensão a desenvolver bronquite crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e cancro do pulmão (Irwin et al., 2006).

Além dos fumadores, indivíduos com doenças crónicas associadas a tosse ou com maior risco de infeção devem ser reencaminhados para o médico segundo Krinsky et al. (2012), Blenkinsopp et al. (2014) e Addison et al. (2012).

Terminando a análise desta SPAM, o último CR da Tabela 8 apresentado por Rutter (2013), referente aos idosos é justificável pela maior predisposição deste grupo etário para contrair infeções, nomeadamente a nível respiratório, e desenvolver doenças malignas. A referência ao médico é fulcral para se obter um diagnóstico diferencial.

2.2.8. Verrugas

Analisando a Tabela 9 é possível verificar que a amplitude de resultados é pouco significativa, 4. São apresentados, em média, 9 CR. Para esta SPAM também são poucas as fundamentações relativas aos CR nas fontes.

Tabela 9: CR nas verrugas

WARTS/WARTS AND VERRUCAE/WARTS AND VERRUCAS	Krinsky <i>et al.</i> , 2012	Blenkinsopp <i>et al.</i> , 2014	Addison <i>et al.</i> , 2012	Rutter, 2013
Falta de efetividade de tratamento já instituído				
The wart remains after a full course of self-care treatment	1	0	0	0
Warts that persist after 12 weeks of self-treatment If OTC medication has been unsuccessful after 3 months	1	1	0	1
Any skin rash, lesion or pruritus that does not respond to management with medicines purchased from a pharmacy	0	0	1	0
Sinais/Sintomas				
Changed appearance of lesions: size and colour Increasing in size Changing shape or outline from regular to irregular Changing colour or mixed colour in the same mole Warts that have grown and changed colour	0	1	1	1
Bleeding	0	1	1	0
Itching Pruritis without an obvious skin lesion	0	1	1	0
Warts that itch or bleed without provocation	0	0	0	1
Face, toenails or fingernails, anus and/or genitalia involved Genital warts Facial warts Anogenital warts Lesions on the face	1	1	0	1
Painful plantar warts	1	0	0	0
Erythema or vesicles on the palms of the hands	0	0	1	0
Inflamed, painful skin surrounding the nail	0	0	1	0
Pitting of fingernails	0	0	1	0
Crusting	0	0	1	0
Inflammation	0	0	1	0
Extensice warts at one body site Multiple and widespread warts Multiple warts	1	1	0	1
Skin lesions accompanied by malaise and fever	0	0	1	0
Outros				
< 4 years of age	1	0	0	0
Patients age over 50 presenting with a first-time wart	0	0	0	1
One or more chronic, debilitating diseases (e.g. diabetes, peripheral vascular disease) that contraindicate use of foot care products Immunocompromised patients Diabetic patients All diabetics with foot problems	1	1	1	1
Poor blood circulation	1	0	0	0
Physical or mental impairments that make following product directions difficult	1	0	0	0
Immunosuppressive medications or other medications (e.g. other salicylates) that contraindicate use of salicylic acid	1	0	0	0
Pregnancy or breast-feeding	1	0	0	0
Total number of referral criteria	11	7	11	7

Seguindo a estruturação das tabelas, constata-se a ausência de CR referentes à duração, recorrência/apresentação agravada e iatrogenia.

A falta de efetividade do tratamento é considerada CR em todas as fontes. Contudo, é importante ressaltar que o tratamento de verrugas é moroso e não garante a remoção total, pois se tecidos adjacentes continuarem infetados após o tratamento é possível a recorrência da verruga (Goldstein & Goldstein, 2015).

As verrugas são encaradas como patologias benignas (Balziskueta et al., 2002) porém, alterações à cor, tamanho e formato são consideradas CR por indiciarem

molusco contagioso ou cancro da pele. Este CR é apresentado nas fontes, à exceção de Krinsky et al. (2012), e em Blenkinsopp et al. (2014) e Rutter (2013) é possível encontrar-se a justificação anteriormente descrita.

Seguidamente, os CR apresentados, sangramento, prurido sem evidência de verruga ou lesão e sangramento ou prurido de verrugas sem serem provocados, são apresentados em Blenkinsopp et al. (2014), Addison et al. (2012) e Rutter (2013). Dos CR descritos, só em Rutter (2013) se encontra fundamentação que recai sobre a possibilidade de cancro da pele quando ocorre sangramento ou prurido sem causa aparente.

A localização das verrugas permite a sua classificação e, na maioria das situações, a determinação do tipo de vírus que as provocam. Quando as lesões surgem na face, nas unhas ou na região anogenital são motivo de referência ao médico tanto pela agressividade do tratamento em zonas sensíveis como, no caso das verrugas na região anogenital, pela necessidade de diagnóstico diferencial e de prevenção da transmissão por via sexual. Este CR é apresentado na maioria das fontes, à exceção de Addison et al. (2012), mas apenas em Blenkinsopp et al. (2014) se encontram tais justificações.

Em Krinsky et al. (2012) é descrita a dor associada a verrugas plantares como CR contudo, para este critério não existem qualquer fundamentação.

Os seguintes CR, apresentados unicamente em Addison et al. (2012), eritema ou presença de vesículas nas palmas das mãos, inflamação e sensação de dor em torno das unhas, corrosão puntiforme das unhas, descamação e inflamação das verrugas, não apresentam justificação para referência na fonte.

Em algumas ocorrências, as verrugas podem alastrar-se pelo corpo ou podem surgir múltiplas verrugas numa região. Quando acontece, nos livros de Krinsky et al. (2012), Blenkinsopp et al. (2014) e Rutter (2013), define-se como CR; contudo apenas Blenkinsopp et al. (2014) refere poder ser indicativo de molusco contagioso.

Ainda em relação aos sinais/sintomas, Addison et al. (2012) definem como CR a febre e mal-estar associados a lesões na pele como possível indício de infeção.

As verrugas surgem, normalmente, em crianças e jovens adultos (Goldstein & Goldstein, 2015). Quando ocorrem em crianças em idade inferior a quatro anos, Krinsky et al. (2012) sugerem a referenciação ao médico, sem justificação para o critério, e quando as verrugas surgem pela primeira vez em indivíduos com idade superior a 50 anos, Rutter (2013) define como CR por se associar a cancro da pele, especialmente se existir história de exposição prolongada ao sol.

A presença de comorbilidades, especialmente diabetes, doença vascular periférica e imunodepressão, é descrita como CR unanimemente entre as fontes de informação. À exceção de Addison et al. (2012), os autores fundamentam este CR com base nas complicações relacionadas com as patologias, por exemplo, dificuldade de cicatrização, neuropatias periféricas e risco aumentado de infeção.

Os restantes CR definidos por Krinsky et al. (2012), não apresentam justificação mas a sua indicação para referenciação pode estar relacionada com a contra-indicação do tratamento, por exemplo, em casos em que os indivíduos apresentem dificuldades mentais em seguir o tratamento corretamente, quando existe medicação de base que é contra-indicada em concomitância com os produtos de tratamento das verrugas e em situações de gravidez ou aleitamento.

2.2.9. Acne

No que concerne à acne, são apresentados, em média, 6,75 CR. Como é possível observar na Tabela 10 a fonte que descreve mais critérios é a elaborada por Addison et al. (2012). A amplitude entre o número de critérios indicado em cada fonte de informação é significativa.

Tabela 10: CR na acne

ACNE/ACNE VULGARIS	Krinsky <i>et al</i> , 2012	Blenkinsopp <i>et al</i> , 2014	Addison <i>et al</i> , 2012	Rutter, 2013
Suspeita de iatrogenia medicamentosa				
Suspected drug-induced acne	0	1	0	0
Acne, photosensitive rash or yellow, jaundiced skin coloration that has recently appeared or has been exacerbated in someone taking any medication that could be responsible	0	0	1	0
Exacerbating factor (e.g. comedogenic drugs, mechanical irritation)	1	0	0	0
Falta de efetividade de tratamento já instituído				
Symptoms fail to improve in 6 weeks	1	0	0	1
Acne not responded to treatment within 8 weeks	0	1	0	0
Failed medication Any severe condition that does not respond to management with medicines purchased from a pharmacy OTC treatment failure	0	1	1	1
Sinais/Sintomas				
Moderate or severe acne Severe acne	1	1	0	1
Vesicles or crusting rash indicating infection	0	0	1	0
Butterfly distribution of erythema over the nose and cheeks	0	0	1	0
Rash on the face that spreads down to the trunk	0	0	1	0
Skin lesions accompanied by any of the following: malaise, fever, headache or swollen lymph glands.	0	0	1	0
Unilateral rash on the face, the scalp or the skin around the eye, especially if painful	0	0	1	0
Raised cystic lump of epidermis, pale, non-pigmented firm swelling and painless	0	0	1	0
Small, discrete ulcer or lesion with raised edge	0	0	1	0
Any newly appeared lump, even without symptoms such as itch or pain	0	0	1	0
Small, discrete, red macular lesions that blanch when pressure is applied	0	0	1	0
Outros				
Acne associated with hirsutism, overweight and menstrual irregularity	0	0	0	1
Occupational acne	0	0	0	1
Very young people (children and babies)	0	1	0	0
Patients over 25 years old presenting for the first time	0	0	0	1
Rosacea Possible rosacea	1	0	0	1
Total number of referral criteria	4	5	11	7

Para a SPAM em análise não são referidos critérios que aludem à duração e recorrência/apresentação agravada.

Os primeiros três critérios indicados são referentes à iatrogenia apesar das suas descrições nas fontes serem discrepantes, convergem para a mesma finalidade. As

diferentes fontes indicam fármacos comedogénicos (por exemplo, lítio ou fenitoína) e também produtos que ocasionam ou exacerbam a acne (por exemplo, óleos ou químicos).

Os critérios seguidamente apresentados são reflexo da falta de efetividade dos tratamentos e, em todas as fontes, são elegíveis de referenciação ao médico. Como se observa, em algumas fontes é estabelecido um período do tempo a partir do qual se remete para referenciação quando não ocorrem melhorias da situação.

A acne é passível de automedicação quando se classifica como leve ou moderada (*Despacho n.º 17 690, 2007; Rudy, 2003*). Em estadios mais avançados, moderada a grave ou grave, a situação deve ser referenciada ao clínico, segundo as fontes, à exceção de Addison et al. (2012), pois requer uma avaliação mais profunda e prescrição de tratamento.

A presença de vesículas ou de *rash* sugestivos de infeção é definida como CR em Addison et al. (2012), sem que para este critério seja apresentada justificação na fonte.

Os subsequentes critérios, definidos para reencaminhamento ao médico por Addison et al. (2012), são sinais que podem indicar diferentes patologias, por exemplo: a presença de eritema com distribuição sobre o nariz e as bochechas (distribuição em borboleta) pode indicar rosácea ou lúpus eritematoso; *rash* na face que se alastra para o tronco, lesões na pele acompanhadas de febre, mal-estar, cefaleias e gânglios dilatados e erupção unilateral na face, couro cabeludo ou em torno do olho, indolor, podem ser indícios de infeção, nomeadamente zona; nódulo não-pigmentado, firme e indolor pode ser sinónimo da presença de um quisto sebáceo; úlcera discreta ou pequena lesão com o bordo saliente pode evidenciar carcinoma basocelular. Os dois últimos critérios, referentes ao aparecimento de nódulos sem dor ou prurido e a lesões maculares vermelhas, pequenas que esbranquiçam quando se pressiona, não apresentam fundamentação.

Em ocorrências distintas, a acne pode surgir associada a hirsutismo, menstruações irregulares e aumento de peso e, segundo Rutter (2013), esta condição é definida como CR por ser uma manifestação de síndrome do ovário poliquístico.

A acne pode, também, ser consequência da atividade ocupacional do indivíduo, pelo contacto com vapores de produtos químicos, óleos ou derivados de alcatrão (Thiboutot & Zaenglein, 2015). Esta situação é definida como CR por Rutter (2013).

Tal como em SPAM anteriormente analisadas, os extremos etários são definidos como CR em algumas fontes. A acne em crianças ou bebés é remetida para o médico por Blenkinsopp et al. (2014) pela possibilidade de associação a tumor secretor de hormonas, ao passo que em Rutter (2013) é apresentado como CR o primeiro aparecimento de acne após os 25 anos de idade.

O último critério da tabela é referente à suspeita de rosácea, que em muitas das ocorrências é confundida com acne. Para Krinsky et al. (2012) e Rutter (2013), quando existe a suspeita de rosácea deve referenciar-se ao médico para um melhor diagnóstico diferencial e prescrição de tratamento.

2.2.10. Herpes Labial

Em média, para o herpes labial, estão descritos 6,5 critérios. A fonte elaborada por Blenkinsopp et al. (2014) apresenta o maior número de CR, 11, e, contrariamente, a fonte escrita por Addison et al. (2012) expõe o menor número de CR, quatro, como se observa na Tabela 11. No global, os critérios apresentados nas fontes não se encontravam fundamentados.

Tabela 11: CR no herpes labial

HERPES SIMPLEX LABIALIS/COLD SORES	Krinsky <i>et al</i> , 2012	Blenkinsopp <i>et al</i> , 2014	Addison <i>et al</i> , 2012	Rutter, 2013
Duração				
Duration longer than 14 days Sore lasting longer than 2 weeks Lesions present > 14 days	1	1	0	1
Recorrência/Apresentação agravada				
Increased frequency of outbreaks	1	0	0	0
Symptoms change or worsen	1	0	0	0
History of frequent cold sores	0	1	0	0
Severe and widespread lesions	0	0	0	1
Severe or worsening sore	0	1	0	0
Falta de efetividade				
Failure of an established sore to resolve	0	1	0	0
Self-treatment measures do not relieve discomfort	1	0	0	0
Sinais/sintomas				
Cold sores located within the mouth	0	1	0	1
Lesions that spread rapidly over the face	0	0	0	1
Skin lesions accompanied by fever and malaise	0	0	1	0
Symptoms of infection (fever, swollen glands, rash and malaise)	1	0	0	0
Papular rash, with or without vesicles and crusting, in the beard area of men	0	0	1	0
Rash around the mouth or nose of children that changes to weeping vesicles, eventually forming yellow crusts	0	0	1	0
Painless sore	0	1	0	0
Eye affected	0	1	0	0
Outros				
Babies and young children	0	1	0	0
Patients who are immunocompromised or take immunosuppressive medicines Compromised immunity Immunocompromised patient	1	1	0	1
Patients with atopic eczema Anyone who suffers from atopic eczema who has come into contact with na active cold sore	0	1	1	0
Uncertain diagnosis	0	1	0	0
Total number of referral criteria	6	11	4	5

Relativamente à duração do herpes labial, a maioria das fontes considera a referência ao médico quando as lesões perduram há mais de 14 dias.

No que respeita à recorrência/apresentação agravada, em Addison et al. (2012) não são apresentados quaisquer critérios, ao passo que, nas restantes fontes várias são as situações que necessitam de referência. Krinsky et al. (2012) remetem para o clínico

quando a frequência de ocorrências de herpes labial aumenta e quando os sintomas se alteram ou agravam; em Blenkinsopp et al. (2014) os CR são relativos à história de frequentes ocorrências e ao quadro de lesões severas e que complicam; e, Rutter (2013) define como CR lesões severas e que se alastram.

Em Krinsky et al. (2012) e Blenkinsopp et al. (2014), a falta de efetividade dos tratamentos instituídos é definida como CR.

Quanto aos sinais e sintomas associados ao herpes labial: situações em que as lesões se localizam dentro da boca são definidas como CR por Blenkinsopp et al. (2014) e Rutter (2013); quando as lesões que se disseminam rapidamente pelo rosto são, também, motivo de referência em Rutter (2013) por poderem estar associadas a impetigo; se às lesões forem associados sintomas como a febre, mal-estar, *rash* e edema de gânglios, esta situação requer reencaminhamento ao médico, de acordo com Addison et al. (2012) e Krinsky et al. (2012), pois é preditiva de um quadro infeccioso, como zona, ou de celulite; na presença de pápulas, com ou sem vesículas e crostas, na zona da barba, nos homens, deve remeter-se ao médico o indivíduo, segundo Addison et al. (2012), pois pode ser representativo de sicosse da barba e, por este motivo, necessitar de prescrição de tratamento; a presença de *rash* em torno da boca e do nariz de crianças que se transforma em vesículas, possivelmente que formem crostas amarelas, é definida como CR em Addison et al. (2012); por fim, Blenkinsopp et al. (2014) remetem para o médico quando as lesões não causam dor, por poder evidenciar doença maligna, e quando os olhos são afetados.

Quando surgem lesões associados ao herpes labial em bebês ou crianças, Blenkinsopp et al. (2014) definem como CR. Em relação a indivíduos imunocomprometidos, as fontes, à exceção de Addison et al. (2012), descrevem como CR devido ao risco acrescido de infecção generalizada que apresentam.

Por outro lado, indivíduos com eczema atópico devem ser referenciados, segundo Blenkinsopp et al. (2014) e Addison et al. (2012), pelo risco de se desenvolver eczema herpetiforme.

Para conclusão da análise desta SPAM, Blenkinsopp et al. (2014) definem o diagnóstico incerto/duvidoso, como CR. Nesta situação é necessário, por parte do

médico, um diagnóstico diferencial para excluir, por exemplo, a hipótese de um quadro de impetigo.

2.2.11. Dermatite das fraldas

Pela análise da Tabela 12, para a dermatite das fraldas, recolheram-se, em média, 6,5 CR contudo, existe uma grande variação entre o número de CR apresentados em cada fonte de informação (amplitude de 11). Em relação à fundamentação dos CR apresentados, Krinsky et al. (2012) não apresentam justificativa para os critérios que mencionam, contrariamente às restantes fontes.

Tabela 12: CR na dermatite das fraldas

DIAPER DERMATITIS/NAPKIN RASH/NAPPY RASH	Krinsky <i>et al</i> , 2012	Blenkinsopp <i>et al</i> , 2014	Addison <i>et al</i> , 2012	Rutter, 2013
Duração				
Lesions present > 7 days	1	0	0	0
Condition has been present for longer than 2 weeks	0	1	0	0
Recorrência/Apresentação agravada				
Chronic or frequently recurrent lesions	1	0	0	0
Falta de efetividade de tratamento já instituído				
Lesions have not improved in 7 days despite appropriate care Napkin rash not responding to treatment with medicines purchased from a pharmacy OTC treatment failure Nappy rash does not respond OTC treatment within 1 week	1	1	1	1
Sinais/sintomas				
Severe rash Severe rash requiring corticosteroids	0	1	1	1
Diaper dermatitis possibly associated with urinary tract infection or disfigurement of penis or vulva	1	0	0	0
Presence of diaper dermatitis outside diaper region Other body areas affected	1	1	1	0
Presence of broken skin due to disease progression or patient action Broken skin	1	1	0	0
Oozing, blood, vesicles or pus at lesions sites	1	0	0	0
Onion-skin-like appearance or bulla formation in affected area	1	0	0	0
Lesions part of or caused by another disease state	1	0	0	0
Therapy complicated by secondary infection (viral, bacterial or fungal) Bacterial infection suspected	1	0	1	0
Presence of constitutional symptoms (fever, diarrhea, nausea, vomiting, swollen inguinal lymph nodes, rapid pulse, rash, etc) Nappy rash accompanied by fever Signs of infection	1	1	1	0
Significant behavioral changes in patient (lethargy, incessant crying) associated with the rash	1	0	0	0
Outros				
Comorbid conditions (HIV, organ transplantation, immune suppressive therapy, a history of dermal hepatic infection)	1	0	0	0
Total number of referral criteria	13	6	5	2

Analisando os CR é possível verificar-se a discrepância entre a duração da SPAM a partir da qual os autores consideram a referência ao médico. Segundo Krinsky et al. (2012) se as lesões da dermatite persistirem mais de sete dias deve reencaminhar-se ao médico, ao passo que, Blenkinsopp et al. (2014) só consideram necessária referência quando a situação persiste mais de duas semanas, 14 dias. As restantes fontes não apresentam CR relativos à duração da dermatite das fraldas.

No que respeita à recorrência/apresentação agravada, apenas Krinsky et al. (2012) remetem para referência quando a dermatite ocorre frequentemente ou se torna crónica.

A falta de efetividade do tratamento já instituído é definida como CR em todas fontes de informação. Apesar de não apresentarem fundamentação, a falta de efetividade do tratamento pode sugerir a concomitância uma infecção secundária, por exemplo fúngica por *C. albicans* (Horii & Prossick, 2015).

Quanto aos sinais/sintomas associados à dermatite das fraldas, casos em que as lesões apresentam *rash* severo devem ser referenciadas, segundo as fontes, à exceção de Krinsky et al. (2012), e este *rash* agravado pode ser devido a produtos de higiene ou ao material constituinte das fraldas.

Em certas ocorrências, à dermatite das fraldas associa-se infecção do trato urinário ou desfiguração dos genitais que, segundo Krinsky et al. (2012), requerem referência ao médico.

Por vezes, a dermatite que se consignava à zona da fralda alastra-se para outras regiões do corpo e pode ser sinónimo de dermatite seborreica, eczema ou psoríase, por estes motivos, a maioria das fontes remetem para o médico para um diagnóstico diferencial.

A presença de pele quebrada, por ação do indivíduo ou devido à progressão da dermatite, é definida como CR por Krinsky et al. (2012) e Blenkinsopp et al. (2014).

Como se constata na Tabela 12, a fonte elaborada por Krinsky et al. (2012) é a que apresenta maior número de CR. Os critérios em seguida são apenas apresentados nesta fonte: presença de exsudado, sangue ou pus nas lesões, aparência “onion-skin-like” ou formação de bolhas na zona da fralda e lesões causadas por outras patologias. Apesar de definidos como CR, nenhum apresenta fundamentação na fonte de informação.

O critério em seguida, suspeita ou presença de infecção secundária, é indicado para referência em duas fontes, apesar de nas restantes serem apresentadas descrições de infecções secundárias (bacterianas, fúngicas ou virais) que se associam à dermatite das fraldas.

À dermatite das fraldas pode, também, estar associada febre, diarreia, náuseas, vômitos, edema dos gânglios linfáticos, entre outros sintomas que indicam um quadro de infecção e, por isto, são definidos como CR pelas fontes, à exceção de Rutter (2013).

É referida, por Krinsky et al. (2012), como CR, a alteração comportamental (letargia, choro incessante) associada à dermatite.

Por último, Krinsky et al. (2012) definem a necessidade de referência ao médico quando os indivíduos apresentam comorbidades, como por exemplo transplantados e imunocomprometidos.

2.2.12. Eczema e dermatite

Em relação à SPAM em análise são mencionados, em média, 7,5 CR, sendo a fonte de informação com mais critérios a elaborada por Addison et al. (2012) (14) e, em oposição, a fonte com menos critérios a elaborada por Rutter (2013) (quatro). Quanto à amplitude do número de critérios descritos, esta é consideravelmente significativa (amplitude de 10). De ressaltar que apenas em Addison et al. (2012) são apresentadas fundamentações para os CR.

Analisando a Tabela 13 quanto à duração da SPAM pode inferir-se que apenas uma das fontes, Blenkinsopp et al. (2014), a define como CR, isto é, consideram necessário encaminhamento ao médico quando o eczema/dermatite persistem há mais de duas semanas.

Tabela 13: CR no eczema e dermatite

DERMATITIS/ECZEMA AND DERMATITIS	Krinsky <i>et al.</i> , 2012	Blenkinsopp <i>et al.</i> , 2014	Addison <i>et al.</i> , 2012	Rutter, 2013
Duração				
Duration of longer than 2 weeks	0	1	0	0
Suspeita de iatrogenia medicamentosa				
Acne, photosensitive rash or yellow, jaundiced skin coloration that has recently appeared or has been exacerbated in someone taking any medication that could be responsible	0	0	1	0
Falta de efetividade de tratamento já instituído				
If the symptoms have not improved or have worsened after 2-3 days of treatment	1	0	0	0
OTC treatment failure Any severe condition that does not respond to management with medicines purchased from a pharmacy Failed medication	0	1	1	1
Lesions on the face unresponsive to emollients	0	0	0	1
Sinais/Sintomas				
Severe condition: badly fissured/cracked skin, bleeding Severe condition with intense pruritis Widespread or severe dermatitis	1	1	0	1
Rash on the face that spreads down to the trunk	0	0	1	0
Unilateral rash on the face, the scalp or the skin around the eye, especially if painful	0	0	1	0
Butterfly distribution of erythema over the nose and cheeks	0	0	1	0
Involvement of intertriginous areas	1	0	0	0
Involvement of large area of body	1	0	0	0
Generalised itching over most of the body without the appearance of a rash	0	0	1	0
Swelling of the lips or tongue, especially in the case of an urticarial rash	0	0	1	0
Evidence of infection (weeping, crusting, spreading) Skin appears to be infected Vesicles or crusting rash indicating infection	1	1	1	0
Skin lesions accompanied by any of the following: malaise, fever, headache or swollen lymph glands.	0	0	1	0
Any newly appeared lump, even without symptoms such as itch or pain	0	0	1	0
Small, discrete, red macular lesions that blanch when pressure is applied	0	0	1	0
Small, discrete ulcer or lesion with raised edge (rodent ulcer)	0	0	1	0
Abnormal facial coloration, such as yellow, blue or greyish complexion, or a sun-tanned appearance extending to the whole body when there is no history of sun exposure	0	0	1	0
Abnormal hair loss, not related to male-pattern baldness	0	0	1	0
Outros				
No identifiable cause (unless previously diagnosed as eczema)	0	1	0	0
If the history is suggestive of an occupationally associated contact dermatitis	0	1	0	0
< 2years of age	1	0	0	0
Children under 10 in need of corticosteroids	0	0	0	1
Total number of referral criteria	6	6	14	4

No que respeita à suspeita de iatrogenia medicamentosa, apenas em Addison et al. (2012) é apontado este critério. Como já descrito para SPAM anteriormente analisadas, existem fármacos que levam ao aparecimento de determinadas situações, por exemplo, a amiodarona, sendo um fármaco fotossensibilizante pode despoletar ou agravar o eczema/dermatite (Jaworski, Walecka, Rudnicka, Gnatowski, & Kosior, 2014).

Quanto à falta de efetividade do tratamento já instituído, em todas as fontes se define como CR apesar de, em Krinsky et al. (2012) se definir um período de tempo a partir do qual se deve referenciar quando os tratamentos não são efetivos, e em Rutter (2013), além de se definir a falta de efetividade dos MNSRM, é feita referência à falta de efetividade dos emolientes aquando de lesões na face.

A gravidade da situação é definida como CR na maioria das fontes, como se verifica na Tabela 13. Na generalidade, a referência ao médico é fundamentada pela necessidade de prescrição de tratamento (Weston & Howe, 2015), por exemplo, recurso a corticosteroides potentes (dipropionato de betametasona).

Os seguintes sinais, definidos como CR por Addison et al. (2012) e Krinsky et al. (2012), são respeitantes à localização do eczema/dermatite. Pode manifestar-se na face e alastrar-se pelo tronco, se se observar *rash* numa parte da face, couro cabeludo ou em torno do olho pode ser indicativo de infeção por herpes zóster, e, se apresentar uma distribuição tipo borboleta, sobre o nariz e as bochechas, pode ser preditivo de rosácea ou lúpus eritematoso (Addison et al., 2012). Krinsky et al. (2012) remetem para o médico quando o eczema/dermatite envolve as áreas intertriginosas ou abrange uma grande área corporal.

Também descrito por Addison et al. (2012), como CR, é o prurido generalizado sem o aparecimento de *rash*. Segundo os autores, este sintoma pode ser associado a doença sistémica, hepática ou renal.

Addison et al. definem, ainda, como CR, o edema dos lábios e da língua quando associado a urticária.

Na maioria das fontes de informação, sinais e sintomas que evidenciam infeção, como febre, mal-estar geral e edema de gânglios, são definidos como CR.

O aparecimento de protuberâncias/caroços sem sintomas de dor ou pruridos associados deve ser referenciado, segundo Addison et al. (2012).

Também definidas como CR por Addison et al. (2012), são as lesões pequenas e discretas que esbranquiçam quando pressionadas e lesões ou úlceras com bordos salientes. Estas últimas lesões na pele podem ser sinal de carcinoma basocelular e, por este motivo, referenciadas para o médico (Addison et al., 2012).

Alterações na coloração da pele sem evidências de exposição ao sol, segundo Addison et al, podem dever-se a efeitos adversos de medicações concomitantes.

O último CR apresentado neste grupo refere-se à alopecia sem relação com a calvície masculina e é descrito, também, por Addison et al. (2012).

Blenkinsopp et al. (2014) remetem para o médico quando não está identificada a causa do eczema/dermatite e quando, pela anamnese, se associa a dermatite à atividade ocupacional do indivíduo.

No que concerne aos grupos etários, apenas as crianças são indicadas para referência. Por Krinsky et al. (2012), referencia-se se a criança tiver idade inferior a dois anos ou se tiver menos de dez anos e, segundo Rutter (2013), se necessitar de tratamento com corticoides.

2.2.13. Cefaleias e enxaquecas

Cefaleias e enxaquecas são frequentes SPAM e, por este motivo, muitos são os CR descritos. Nas fontes de informação utilizadas são evidenciados, em média, 11,75 CR, existindo uma variação de cinco critérios entre a fonte com maior número de referências, Blenkinsopp et al. (2014), e a fonte com menor número, Krinsky et al. (2012). De um modo global, a fonte elaborada por Rutter (2013) apresenta maior número de fundamentos para os critérios que menciona.

Em todas as fontes são apresentados CR referentes à duração da SPAM. Blenkinsopp et al. (2014) remetem para o clínico quando as cefaleias são severas e perduram há mais de quatro horas. Definindo um período mais alargado, entre uma a duas semanas, Addison et al. (2012) e Rutter (2013) mencionam como CR se as cefaleias não melhoram ou tendem a ocorrer e, por sua vez, Krinsky et al. (2012) referenciam a persistência dos sintomas superior a 10 dias.

No que respeita à recorrência/apresentação agravada, vários são os CR definidos nas fontes, como se observa na Tabela 14. Blenkinsopp et al. (2014) e Addison et al. (2012) referem como CR a ocorrência de cefaleias durante 15 ou mais dias num mesmo mês (em período igual ou superior a seis meses). Blenkinsopp et al. (2014) definem, ainda, a referência aquando da frequência ou persistência de cefaleias e episódios frequentes de enxaquecas que requerem profilaxia. Em Addison et al. (2012) também são mencionados como CR episódios de cefaleias de curta duração que se agravam ou longo do dia e em que a dor aumenta, progressivamente, durante semanas. Rutter (2013), quanto à recorrência, apenas define como CR o agravamento dos sintomas associados às cefaleias ao longo do tempo.

Quanto à suspeita de iatrogenia medicamentosa, apenas Blenkinsopp et al. (2014) mencionam como CR e, como em SPAM anteriores, são resultantes de reações adversas de fármacos, como por exemplo, contraceptivos orais combinados.

A falta de efetividade do tratamento instituído, concretamente analgésicos não sujeitos a receita médica, é referida como CR por Blenkinsopp et al. (2014) e Rutter (2013) por se considerar fundamental a avaliação médica, quanto à etiologia das cefaleias, e a prescrição de tratamento.

Tabela 14: CR nas cefaleias e enxaquecas

HEADACHE / HEADACHE AND MIGRAINE	Krinsky <i>et al</i> , 2012	Blenkinsopp <i>et al</i> , 2014	Addison <i>et al</i> , 2012	Rutter, 2013
Duração				
Severe headache of more than 4h duration	0	1	0	0
Headache that has lasted for more than 2 weeks	0	0	0	1
Headache that does not disappear or improve over 1-2 weeks	0	0	1	0
Headaches that persist for 10 days with or without treatment	1	0	0	0
Recorrência/apresentação agravada				
Headache that occurs 15 or more days in a month Headache that is present on most day, more than 15 days a month (typically occurring over a 6 months period or longer)	0	1	1	0
Frequent and persistent headaches	0	1	0	0
Frequent migraines requiring prophylactic treatment	0	1	0	0
Headache of short duration but worsening over days	0	0	1	0
Headache where pain is progressively worsening over weeks	0	0	1	0
Progressive worsening of headache symptoms over time	0	0	0	1
Suspeita de iatrogenia medicamentosa				
Suspected adverse drug reaction	0	1	0	0
Falta de efetividade do tratamento já instituído				
Headache unresponsive to analgesics Headache that does not respond to OTC analgesics	0	1	0	1
Sinais/Sintomas				
Very sudden and/or severe onset of headache Severe head pain Headache that is obviously severe (e.g. the sufferer cannot move, that interferes with daily routine)	1	1	1	1
Suspected secondary headache: pain in temporal area, neurological signs, visual disturbance, pupils unequal in size or not responding to light, loss of consciousness, jaw pain, neck stiffness and rash Neurological symptoms, if migraine excluded, especially change in consciousness Headache associated with underlying pathology (secondary headache), except for minor sinus headache Associated drowsiness, unsteadiness, visual disturbances or vomiting	1	1	1	1
Headache associated with injury/trauma Headache occurring some time after a head injury Headache occurs after recent (1 to 3 months) trauma injury	0	1	1	1
Severe occipital headache (across the back of the head)	0	1	0	1
Cluster headache	0	0	1	0
Neck stiffness	0	1	1	0
Headache that is worse on awakening Headache that is worse in the morning and then improves	0	1	1	0
Headache of sudden onset and described as explosive and the sufferer being "stopped in their tracks"	0	0	1	0
Nausea and/or vomiting in the absence of migraine symptoms	0	0	0	1
Persistent sinus pain and/or discharge	1	0	0	0
High fever or signs of serious infection	1	0	0	0
Symptoms consistent with migraine, but no formal diagnosis of migraine headache	1	0	0	0
Weight loss	0	0	1	0
Signs and symptoms of depression	0	0	0	1
Outros				
< 8 years of age	1	0	0	0
Headache in children under 12 years Children under 12 years old with fever or malaise	0	1	0	1
Headache in children under 12 who have a stiff neck or skin rash	0	0	0	1
New or severe headache in patients over 50 First episode over the age of 40 years	0	1	0	1
Last trimester of pregnancy	1	0	0	0
History of liver disease or consumption of ≥ 3 alcoholic drinks per day	1	0	0	0
Total number of referral criteria	9	14	12	12

Como se verifica na Tabela 14, diversos são os sinais/sintomas associados a cefaleias e a enxaqueca definidos como CR pelas diferentes fontes de informação.

O primeiro CR mencionado neste grupo concerne no início súbito e grave de cefaleias, que interfere com a rotina diária do indivíduo, e é referido em todas as fontes. Este despoletar das cefaleias é considerado um sinal de perigo, pois pode ser preditivo de hemorragia subaracnóidea, aneurisma ou de crise de enxaqueca (Bajwa & Wootton, 2015).

Em seguida, o CR apresentado, também em todas as fontes, é referente a cefaleias secundárias. A *International Headache Society* define um sistema de classificação de cefaleias que, atualmente, serve de linha orientadora para a grande maioria dos profissionais de saúde (Subcomitê de Classificação das Cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleias, 2014). As cefaleias secundárias são, na maioria das vezes, associadas a outras patologias de base que evidenciam sinais concretos, por exemplo, arterite temporal provoca cefaleia frontal com dilatação, visível ou não, da artéria. A este tipo de cefaleias associa-se um maior grau de gravidade e, por isto, a necessidade de referência ao médico para um diagnóstico diferencial.

As cefaleias associadas a traumatismos são, segundo as fontes à exceção de Krinsky et al. (2012), definidas como CR por poderem ser sintoma de lesões a nível craniano, hematomas ou hemorragias intracranianas (Bajwa & Wootton, 2015).

A localização da cefaleia pode também ser decisiva para referência da situação. Segundo Blenkinsopp et al. (2014) e Rutter (2013) cefaleias occipitais graves são definidas como CR por serem indicativas de hemorragia subaracnóidea, assim como Addison et al. (2012) definem a referência de um indivíduo com quadro de cefaleias em *cluster*.

Os autores anteriormente mencionados definem também como CR situações de cefaleias associadas a rigidez do pescoço. O sintoma que se associa é comumente associado ao quadro de meningite e, por este motivo, necessita de referência ao médico. É também mencionado como CR pelos mesmos autores, o quadro de cefaleias que se agravam ao acordar por poderem ser preditivas de hematomas, abscessos cerebrais ou tumores (Wong & Wu, 2011).

O início súbito, mas descrito como “explosivo”, é definido como CR por Addison et al. (2012) por ser sugestivo de hemorragia intracraniana (Bajwa & Wootton, 2015).

Normalmente, a quadros de enxaquecas associam-se sintomas como as náuseas e os vômitos contudo, quando estes sintomas surgem na ausência de enxaqueca deve referenciar-se o indivíduo ao médico, segundo Rutter (2013). O médico poderá diagnosticar enxaqueca (que não teria sido diagnosticada anteriormente) ou, em situações mais graves, correlacionar os sintomas com quadro de hemorragia intracraniana ou de hematoma, abscesso ou tumor (Wong & Wu, 2011).

Por Krinsky et al. (2012) são, ainda, determinados como CR: dor persistente nos seios perinasais, que sugere um quadro de sinusite; presença de febre alta e sinais de infecção; e sintomas de enxaqueca sem diagnóstico médico prévio.

A perda de peso, tal como em SPAM anteriores, indicia a presença de doença maligna e como tal define-se como CR, segundo Addison et al. (2012).

O último sintoma deste grupo é mencionado por Rutter (2013) e diz respeito à presença de sinais de um quadro depressivo associados a cefaleias. Os quadros depressivos requerem avaliação médica e, se necessário, instituição de tratamento.

Mais uma vez, os extremos etários são definidos como CR. Quando as cefaleias surgem em crianças, com menos de oito anos, segundo Krinsky et al. (2012), ou menores de 12, por Blenkinsopp et al. (2014) e Rutter (2013), associadas ou não a outra sintomatologia e quando ocorrem pela primeira vez em idades entre os 40-50 anos.

Os dois últimos CR descritos na Tabela 14 são mencionados por Krinsky et al. (2012) e relacionam-se com o aparecimento de cefaleias/enxaquecas no último trimestre de gravidez e com a história de doença hepática ou consumo crónico de álcool.

2.2.14. Dificuldade temporária em adormecer

A SPAM em análise apresenta, em média, 5,75 CR descritos pelos autores das diferentes fontes. A amplitude entre o número de critérios é pequena (dois), como se verifica na Tabela 15 e, por isto, não significativa. Relativamente à fundamentação dos critérios para referência, as fontes carecem de justificações para esta SPAM.

Tabela 15: CR na dificuldade temporária em adormecer

INSOMNIA / DIFFICULTY SLEEPING	Krinsky <i>et al</i> , 2012	Blenkinsopp <i>et al</i> , 2014	Addison <i>et al</i> , 2012	Rutter, 2013
Duração				
Chronic insomnia (>3 weeks) Duration of more than 3 weeks Insomnia lasting longer than 3 weeks	1	1	1	1
Recorrência/apresentação agravada				
Symptoms worsen or do not improve after 10 days	1	0	0	0
Sinais/Sintomas				
Frequent nocturnal awakenings or early morning awakening	1	0	0	0
Symptoms suggestive of anxiety or depression Associated with anxiety or other symptoms of depression Suspected depression	0	1	1	1
Sleep disturbance secondary to psychiatric or general medical disorders	1	0	0	0
Previously undiagnosed medical conditions	0	0	0	1
Headache is severe enough to interfere with sleep	0	0	1	0
Snoring, apnoea, restless legs Obstructive sleep apnoea	0	1	1	0
Associated physical conditions	0	1	0	0
Outros				
Unexplained insomnia Insomnia for which no cause can be ascertained	0	0	1	1
< 12 years of age	1	0	0	1
Children under 16 years	0	1	0	0
≥ 65 years of age	1	0	0	0
Suspected alcohol dependency	0	1	0	0
Pregnancy	1	0	0	0
Total number of referral criteria	7	6	5	5

No que se refere à duração dos episódios de dificuldade em adormecer/insónia, em todas as fontes de informação se define como CR quando a situação perdura há mais de três semanas, sendo esta situação considerada crónica (Almeida et al., 2000; Blenkinsopp et al., 2014).

Quanto à recorrência/apresentação agravada, apenas em Krinsky et al. (2012) se encontra definido como CR quando os sintomas se agravam ou não melhoram em dez dias.

Em todas as fontes menciona-se a referência ao médico quando se suspeita de distúrbios psicológicos, como depressão ou ansiedade, que interferem com o sono. Frequentemente sinais como o despertar noturno ou o acordar prematuro são indicativos de estados depressivos (Bonnet & Arand, 2015a, 2015b) e requerem referência ao médico a fim de avaliar a situação e, quando necessário, prescrever tratamento.

Addison et al. (2012) mencionam como CR quando a dificuldade em adormecer está associada a fortes cefaleias. Esta situação pode ser indicativa de enxaqueca e, por este motivo, requer avaliação clínica e tratamento.

O critério seguidamente apresentado, descrito por Blenkinsopp et al. (2014) e Addison et al. (2012), está relacionado com sinais e sintomas relativos ao sono, como o rressonar, a apneia do sono e pernas inquietas. Segundo Blenkinsopp et al. (2014), estes sinais/sintomas podem estar associados ao aumento do risco cardiovascular.

O último CR deste grupo, referido em Blenkinsopp et al. (2014), relaciona os distúrbios do sono com patologias subjacentes, isto é, doença cardíaca, DPOC ou asma, hipertiroidismo, entre outras que interfiram com o sono.

A inexistência de explicação para a ocorrência da situação é referida como CR, por Addison et al. (2012) e Rutter (2013). Como já referido, as alterações no sono podem ser consequência de diversos estados patológicos.

Mais uma vez, referenciam-se os extremos dos grupos etários, neste caso pelo risco associado à terapêutica. Krinsky et al. (2012) remete para o médico quando a insónia ocorre em menores de 12 anos e Addison et al. (2012) em menores de 16 anos de idade. Indivíduos acima dos 65 anos são também alvo de referência por Krinsky et al. (2012).

Quanto aos hábitos dos indivíduos, a dependência do álcool é, muitas das vezes, associada a situações de insónia (Bonnet & Arand, 2015b) e, por este motivo, quando se suspeita desta adição deve referenciar-se ao médico.

Finalizando a análise desta SPAM, em Krinsky et al. (2012) refere-se como CR a gravidez. Esta situação é normalmente geradora de insónia devida, principalmente, às alterações hormonais que a mulher sofre.

2.2.15. Dismenorreia primária

A dismenorreia primeira é uma condição bastante comum. Para esta SPAM são descritos, em média, 6,5 CR, na globalidade das fontes de informação utilizadas. Como se observa na Tabela 16 a fonte elaborada por Krinsky et al apresenta nove CR ao invés da fonte de Addison et al que apresenta, apenas, três CR para esta situação. Em todas as fontes são apresentados fundamentos para a maioria dos critérios que referenciam.

Tabela 16: CR na dismenorreia primária

DYSMENORRHOEA / MENSTRUAL DISORDERS / PRIMARY DYSMENORRHOEA	Krinsky <i>et al</i> , 2012	Blenkinsopp <i>et al</i> , 2014	Addison <i>et al</i> , 2012	Rutter, 2013
Recorrência/apresentação agravada				
Pain that increases at the onset of menses	0	0	0	1
Women over the age of 30 with new or worsening symptoms	0	0	0	1
Falta de efetividade de tratamento já instituído				
Failure of medication Failure to respond to treatment with non-prescription medicines	1	1	1	0
Women taking oral contraceptives and presenting with the symptoms of dysmenorrhoea	0	1	0	0
Sinais/Sintomas				
Bleeding disorder Heavy or unexplained bleeding Presence of abnormal bleeding	1	1	0	1
Severe intermenstrual pain and bleeding	0	1	0	0
Vaginal bleeding in postmenopausal women	0	0	0	1
Anaemia due to prolonged menstrual bleeding	0	0	1	0
Suspected secondary dysmenorrhoea Symptoms suggest secondary dysmenorrhoea	0	1	1	0
Severe lower abdominal pain	0	0	0	1
Pain experienced before menses	0	0	0	1
Pain with a late period	0	1	0	0
Severe dysmenorrhoea and/or menorrhagia	1	0	0	0
Dysmenorrhoea symptoms inconsistent with primary dysmenorrhoea	1	0	0	0
Signs of systemic infection (fever, malaise) Presence of fever	0	1	0	1
Outros				
Active GI disease	1	0	0	0
Allergy to aspirin or NSAIDs/intolerance for NSAIDs	1	0	0	0
Use of warfarin, heparin or lithium	1	0	0	0
History of pelvic inflammatory disease, infertility, irregular menstrual cycles, endometriosis, ovarian cysts	1	0	0	0
Use of IUD	1	0	0	0
Total number of referral criteria	9	7	3	7

Os primeiros CR, respeitantes ao agravamento da dismenorreia, são somente mencionados por Rutter (2013) e, a sua referência ao médico é fundamentada pela suspeita de dismenorreia secundária (quando ocorre em mulheres com mais de 30 anos de idade) que se pode relacionar com patologias ginecológicas como, por exemplo, endometriose (Smith & Kaunitz, 2015).

A falta de efetividade do tratamento instituído, analgésicos ou antiespasmódicos de não prescrição e contraceptivos orais, é apresentada como CR nas fontes, à exceção de Rutter (2013).

Vários são os sinais/sintomas que se associam à dismenorreia primária. Distúrbios hemorrágicos, menorragias ou inexplicáveis/anormais hemorragias são

descritos como CR pela maioria das fontes, como se verifica na Tabela 16. Estes sinais apresentam uma forte ligação a dismenorreia secundária, evidenciando patologias como doença inflamatória pélvica (DIP), hemorragia uterina disfuncional, endometriose, miomas ou, até mesmo, a presença de tumores (Smith & Kaunitz, 2015). Como sinais das patologias anteriormente referidas são também os CR seguidamente apresentados: dor e hemorragias intensas entre menstruações, por Blenkinsopp et al. (2014), hemorragias vaginais em mulheres pós-menopáusicas, por Rutter (2013), e anemia consequente de prolongadas menstruações, por Addison et al. (2012). Em Blenkinsopp et al. (2014) e Addison et al. (2012) são ainda definidos os CR quando se suspeita de dismenorreia secundária ou quando os sintomas apresentados são sugestivos de dismenorreia secundária, de modo global.

A dor é, também, alvo de referência ao médico em diversas situações. Rutter (2013) indica como CR quando a dor é intensa e localizada na região abdominal inferior por ser preditiva de DIP e quando ocorre antes da menstruação, devido à associação a dismenorreia secundária; por sua vez, Blenkinsopp et al. (2014) remetem para o médico quando a mulher evidencia dor aquando de menstruação tardia pela possibilidade de ocorrência de uma gravidez ectópica; e, Krinsky et al. (2012) referenciam estados em que a dismenorreia é grave e com menorragia e quando os sintomas de dismenorreia primária não são consistentes, este CR são justificáveis por serem suspeitos de dismenorreia secundária.

A presença de febre ou de outros sinais sugestivos de infeção são definidos como CR em Blenkinsopp et al. (2014) e Rutter (2013) pela associação a DIP (Smith & Kaunitz, 2015).

Como se verifica pela Tabela 16, todos os CR apresentados no último grupo são descritos por Krinsky et al. (2012). As doenças gastrointestinais (RGE, úlcera péptica ou colite), assim como, a alergia/intolerância a anti-inflamatórios não esteroides são alvo de referência pois impossibilitam o tratamento convencional. Os autores remetem, também, para o médico quando a mulher tem por base medicação com varfarina, heparinas ou lítio, devido ao risco hemorrágico, história de DIP, infertilidade, irregularidades menstruais, entre outros e uso de dispositivo intrauterino, pela necessidade uma avaliação clínica.

2.2.16. Candidíase vaginal

No que concerne à candidíase vaginal estão descritos, em média, 10,75 CR. A amplitude entre o número de critérios referenciados em cada fonte é pouco significativa (4). Para esta SPAM são apresentados bastantes fundamentos, em comparação com as SPAM anteriormente analisadas.

A duração da candidíase vaginal apenas é tida em consideração por Krinsky et al. (2012), como se verifica na Tabela 17, que remetem para referência quando os sintomas persistem há mais de sete dias ou que não melhorem em três dias.

Tabela 17: CR na candidíase vaginal

VULVOVAGINAL CANDIDIASIS/VAGINAL THRUSH/VAGINAL INFECTIONS/VAGINAL DISCHARGE	Krinsky <i>et al.</i> , 2012	Blenkinsopp <i>et al.</i> , 2014	Addison <i>et al.</i> , 2012	Rutter, 2013
Duração				
Symptoms do not improve within 3 days or symptoms persist beyond 7 days	1	0	0	0
Recorrência/apresentação agravada				
Recurrent attacks	0	0	0	1
Recurrence more than twice in last 6 months	0	1	1	0
Recurrent VVC (>3 vaginal infections per year or vaginal infection in past 2 months)	1	0	0	0
If symptoms do not improve after 7 days or where symptoms get worse	0	0	1	0
Suspeita de iatrogenia medicamentosa				
Medications that can predispose to VVC (corticosteroids, antineoplastics)	1	0	0	0
Adverse effects (redness, irritation or swelling associated with treatment)	0	1	0	0
Falta de efetividade de tratamento já instituído				
No improvement within 7 days of treatment	0	1	0	1
OTC medication failure	0	0	0	1
Sinais/Sintomas				
Discharge that has a strong smell	1	0	1	1
Bloodstained discharge Any blood staining of vaginal discharge	0	1	1	0
Abnormal or irregular vaginal bleeding	0	1	0	0
Vulval or vaginal sores, ulcers or blisters	0	1	0	0
Dyspareunia	0	0	1	0
Associated lower abdominal pain or dysuria	0	1	0	0
Associated vaginal blisters, abdominal pain, fever, vomiting and diarrhoea	0	0	1	0
Concurrent symptoms: fever or pain in the lower abdomen, back or shoulder	1	0	0	0
Outros				
Known hypersensitivity to imidazoles or other vaginal antifungal products	0	1	0	0
Patients predisposed to thrush	0	0	0	1
Diabetics Medical disorders that can predispose to VVC (diabetes)	1	0	1	1
Immunocompromised Medical disorders that can predispose to VVC (HIV infection)	1	0	1	0
Suspected STI Previous history of STD Exposure to partner with STD	0	1	1	0
First occurrence	0	1	1	0
Girls < 12 years	1	0	0	0
Women under 16 and over 60	0	1	1	1
Postmenopausal	0	0	1	1
Pregnant women Pregnancy or suspected pregnancy	1	1	1	1
Total number of referral criteria	9	12	13	9

Quanto à recorrência/apresentação agravada, em todas as fontes são mencionados CR. Rutter (2013) define como CR quando os episódios de candidíase vaginal são recorrentes por evidenciarem um diagnóstico errado ou predisposição a fatores de risco. Blenkinsopp et al. (2014) e Addison et al. (2012) referenciam candidíases que ocorram mais de duas vezes nos últimos seis meses, ao passo que, Krinsky et al. (2012) mencionam que candidíases com mais de três ocorrências por ano

ou ocorrência de infecção nos últimos dois meses devem ser referenciadas ao médico. Em Addison et al. (2012) é ainda descrita como CR uma candidíase vaginal que não melhore em sete dias ou, até mesmo, que se agrave. Os critérios mencionados neste grupo são hipoteticamente justificáveis por diabetes não controlada, baixa imunidade da mulher ou possibilidade de infecção bacteriana concomitante, DIP ou distúrbios hormonais (Kauffman, 2015).

A suspeita de iatrogenia medicamentosa é referida como CR por Krinsky et al. (2012) e Blenkinsopp et al. (2014). Tal como em outras SPAM anteriormente descritas, existem fármacos que propiciam o aparecimento de candidíases, por exemplo, o recurso a antibióticos leva à destruição da flora vaginal que assim favorece o desenvolvimento fúngico (Sobel, 2015).

A falta de efetividade do tratamento é determinada como CR por Blenkinsopp et al. (2014) e Rutter (2013).

A presença de corrimento é, normalmente, associada a infecções vaginais contudo, o corrimento pode apresentar cores, cheiros e aspetos que permitem distinguir a sua causa. No caso de candidíase vaginal, o corrimento é espesso e, na maioria das vezes, inodoro. Posto isto, a presença de corrimento com cheiro intenso é referida como CR na maioria das fontes, como se pode observar na Tabela 17, por ser preditiva de infecção bacteriana ou tricomoníase (Addison et al., 2012; Rutter, 2013).

Em algumas ocorrências, juntamente como o corrimento são visíveis sinais de hemorragia que, segundo Blenkinsopp et al. (2014) e Addison et al. (2012), devem ser direcionadas para o médico.

A ocorrência de hemorragias anormais ou irregulares é também referida como CR por Blenkinsopp et al. (2014), assim como, a presença de feridas, úlceras ou bolhas na vulva ou vagina.

Outro sintoma determinado como CR por Addison et al. (2012) é a dispareunia apesar de ser um sintoma associado à candidíase vaginal (Kauffman, 2015).

Em determinados episódios, ocorrem sintomas como a dor na região abdominal inferior e a disúria que, segundo Addison et al. (2012), requerem referência por serem sugestivos de infecção das vias urinárias.

Os últimos sintomas deste grupo são também associados a infecção ou podem ser preditivos de DIP, por isto, Addison et al. (2012) e Krinsky et al. (2012) definem como CR.

Certas mulheres apresentam hipersensibilidade aos fármacos/produtos convencionais utilizados para o tratamento da candidíase e, por este motivo, são alvo de referência ao médico, segundo Blenkinsopp et al. (2014), para definição de uma alternativa de tratamento.

Os três critérios consequentes dizem respeito à maior predisposição para infecções fúngicas vaginais. Como é possível verificar-se na Tabela 17, a maioria dos autores define como CR pacientes mais propensas a candidíase vaginal, doentes diabéticas (situações de hiperglicemia proporcionam o desenvolvimento de *C. albicans*) e imunocomprometidas.

Blenkinsopp et al. (2014) e Addison et al. (2012) definem como CR a suspeita de contração de doença sexualmente transmissível, ou história de doença, assim como a primeira ocorrência de candidíase vaginal numa mulher.

Quanto às faixas etárias, em todas as fontes se determina como CR a ocorrência de candidíase vaginal em menores de 16 anos e, nas fontes à exceção de Krinsky et al. (2012), em mulheres de idade superior a 60 anos. Esta referência é justificada pela particularidade de ocorrência devido às condições da flora vaginal (mais alcalina e menor glicogénio).

A ocorrência de candidíase na pós-menopausa é, também, um CR mencionado em Addison et al. (2012) e Rutter (2013), por ser indicativa de vaginite atrófica ou de carcinoma (Addison et al., 2012; Rutter, 2013).

Por fim, todas as fontes determinam como CR a gravidez ou a sua suspeita. As alterações hormonais associadas à gravidez, o aumento do glicogénio e as alterações da flora vaginal, são fatores que contribuem para o desenvolvimento fúngico (Sobel, 2015).

2.3. Resultados globais

A Figura 2 demonstra, de forma evidente, a variação do número médio de CR para cada SPAM, considerando o total das quatro fontes.

A SPAM com menor número médio de CR é a dificuldade temporária em adormecer (5,75) e a que apresenta maior número médio de CR é a tosse (15,0).

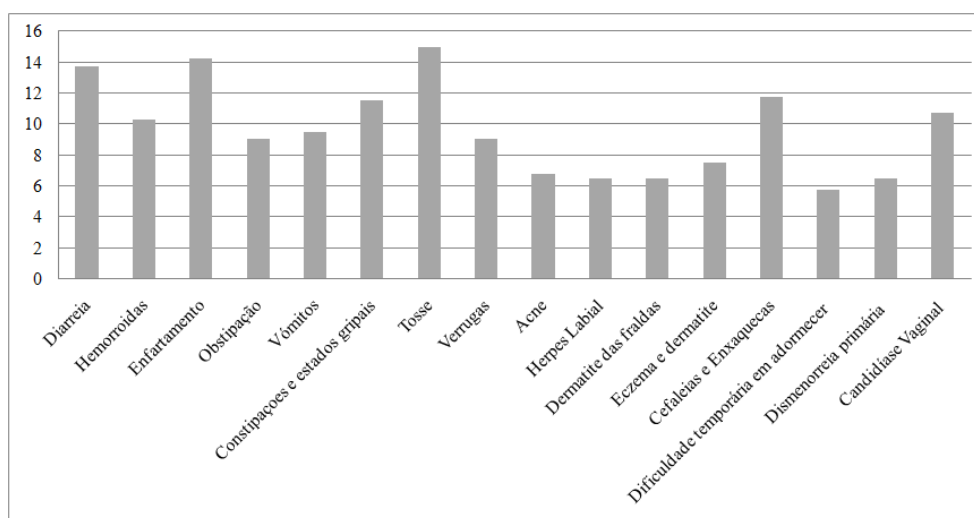


Figura 2: Número médio de CR por SPAM

A Figura 3 ilustra uma variação significativa no número de critérios em cada situação. Constipações e estados gripais é a SPAM com maior variação nos CR descritos entre fontes (14), a dificuldade temporária em adormecer é a que apresenta menor variação (2).

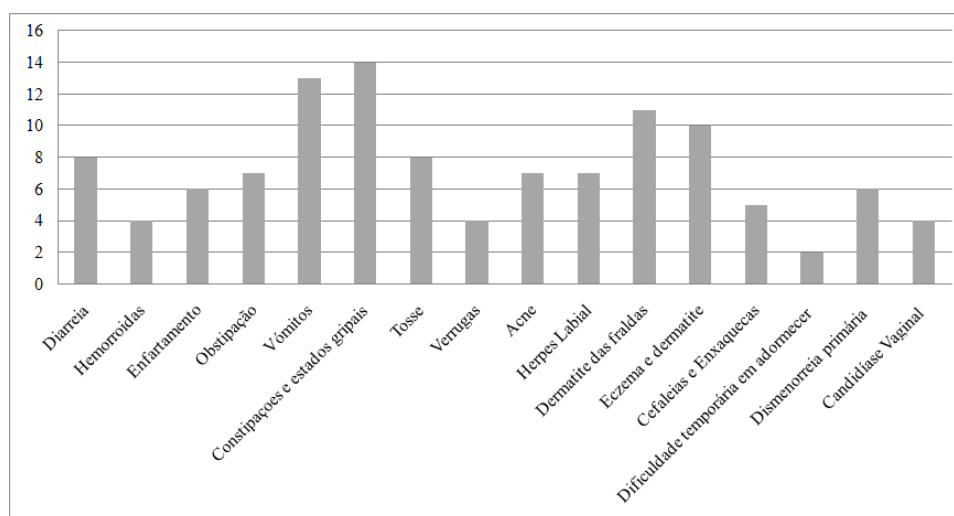


Figura 3: Amplitude do número de CR por SPAM

Pela adição de todos os CR para cada SPAM, pode concluir-se que o livro de Addison et al. (2012) é a fonte que maior número de critérios apresenta; contrariamente o livro de Rutter (2013) apresenta o menor número de critérios de referência, como se pode observar na Figura 4.

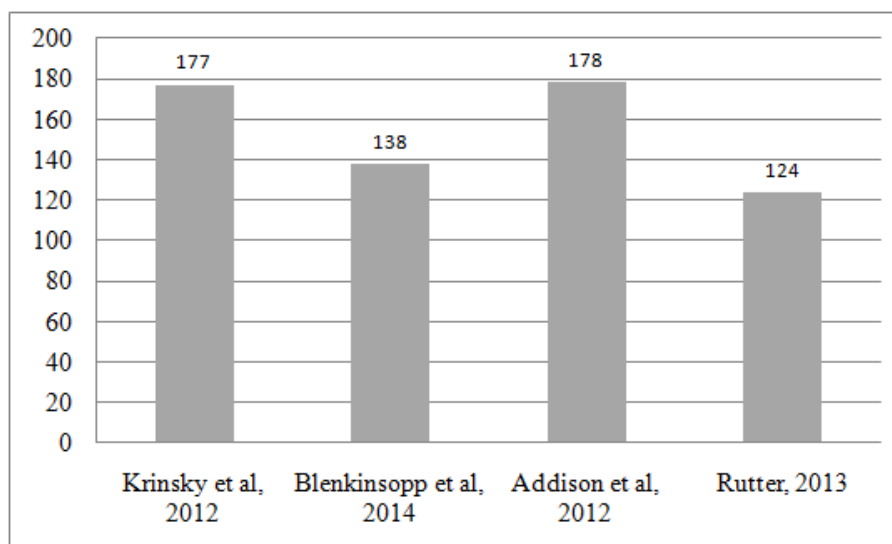


Figura 4: Número total de CR por fonte de informação.

3. Conclusões

O objetivo desta monografia consistia em comparar e analisar os critérios de referenciação ao médico em quatro fontes de referência sobre automedicação assistida pelo farmacêutico.

Encontraram-se discrepâncias no número médio de critérios de referenciação para cada uma das 16 situações passíveis de automedicação consideradas (entre cerca de seis para a dificuldade temporária em adormecer e 15 para a tosse). Este achado não é exatamente surpreendente, uma vez que se tratam de situações clínicas distintas. Mais surpreendente é a variação no número de CR entre fontes, para cada uma das situações em análise (amplitude máxima para constipações e estados gripais e mínima para a dificuldade temporária em adormecer). Conforme seria de esperar esta variação refletisse no número total de critérios de referenciação para cada fonte; o livro de Addison et al. (2012) apresenta cerca de 50 critérios adicionais em relação ao livro de Rutter (2013). Quanto à natureza dos critérios de referenciação, este trabalho indica, no global, falta de congruência entre as fontes. Por exemplo, na tosse são listados quatro critérios distintos quanto à duração, que variam entre mais de sete dias a mais de três semanas. A iatrogenia medicamentosa nem sempre é definida como critério de referenciação, apesar de ser do conhecimento médico/farmacêutico que alguns fármacos têm como reações adversas condições como diarreia, obstipação e tosse, por exemplo, que podem levar utentes a recorrer a automedicação para resolver a situação sem a relacionar com a terapêutica subjacente.

No estudo elaborado por Badenhorst et al. (2015), são citados como sintomas de alarme os seguidamente mencionados:

- Tosse persistente e com duração superior a três semanas,
- Dispepsia inexplicada com duração superior a três semanas,
- Hematúria,
- Diarreia persistente ou melenas,
- Vômitos persistentes ou hematemeses,
- Sangramento retal,
- Disfagia,
- Perda de peso inexplicada e
- Nódulo ou massa no peito.

Muitos destes sintomas de alarme são descritos como critérios de referenciação nas fontes selecionadas e justificáveis pela possibilidade de malignidade. A perda de peso inexplicada (critério comum a diversas situações) quando associada ao quadro clínico de diarreia, por exemplo, é considerada somente por Addison et al. (2012), as restantes fontes não consideram relevante esta manifestação.

O número de critérios obtidos neste trabalho para cada fonte não se deve considerado definitivo ou imutável. Regra geral optou-se por desdobrar critérios que englobavam informação distinta; esta decisão tem óbvias implicações na contagem de critérios e foi analisada casuisticamente. Uma opção para o futuro é proceder a uma análise de sensibilidade, que inclua cenários extremos, para avaliar variações nos resultados. Acresce que a definição dos critérios de referenciação nas fontes nem sempre é tão clara como seria desejável. No livro *Minor Illness or Major Disease?* os autores, em alguns casos, definem critérios para um grupo de condições sem fazerem corresponder o critério à condição específica (e.g. impetigo e herpes labial constituem um capítulo para o qual se mencionam os mesmos quatro critérios de referenciação para ambas as situações). Adicionalmente a organização da informação também nem sempre é ideal, uma vez que determinados critérios de referenciação são mencionados no texto, nos vários dos capítulos, sem que constem nas tabelas resumo sobre esta matéria.

Uma outra limitação deste trabalho é o facto da verificação dos dados recolhidos ter sido realizada pela mesma pessoa; uma verificação independente poderia minimizar erros ou omissões.

Por outro lado, o principal ponto forte deste trabalho é a sua originalidade. Não foram encontrados estudos sobre análise comparativa de fontes de informação sobre critérios de referenciação, apesar da existência de discrepâncias ter importantes implicações para a prática. Este tipo de análise comparativa tem sido realizado para outras áreas do conhecimento, como interações medicamentosas (Olvey, Clauschee, & Malone, 2010; Oshikoya, Oreagba, Ogunleye, Lawal, & Senbanjo, 2013) e ajustes de doses na insuficiência renal (Vidal, Shavit, Fraser, Paul, & Leibovici, 2005).

O farmacêutico tem um papel fundamental nas situações de automedicação, em particular rastreando manifestações que podem estar associadas a situações mais graves. Considerando que existem em Portugal 66 situações passíveis de automedicação, é expectável que o número total de critérios de referenciação que o farmacêutico deve ter

presente ascenda a várias centenas. As limitações da memória humana e a duração relativamente breve dos atendimentos em farmácia comunitária podem comprometer seriamente a mobilização de um conhecimento tão extenso. Para ultrapassar esta limitação uma opção possível é o recurso a sistemas informáticos de apoio à decisão clínica. Outra opção, talvez concomitante com a anterior, é a simplificação. Uma forma de simplificar é sistematizar os critérios, identificando aspetos chave que por norma constituem critérios de referência. Esta abordagem, defendida por estudiosos da automedicação assistida (P. Cruz, 2014), presidiu ao agrupamento de critérios utilizado neste trabalho. Note-se que um número mais extenso de critérios não significa necessariamente que estes estejam mais corretos; no presente trabalho não se formulam juízos a este respeito, embora seja de sublinhar que alguns critérios de referência descritos não são fundamentados.

De forma a maximizar e uniformizar a atuação do farmacêutico, é de evitar usar apenas uma fonte de informação sobre automedicação assistida pelo farmacêutico, quer no ensino quer na prática profissional. As discrepâncias observadas também sugerem que pode ser vantajoso acordar critérios de referência nacional ou localmente, ou elaborar programas nacionais/locais, à semelhança do que já se pratica em países como a Austrália e o Reino Unido.

Não só a nível da prática clínica mas também a nível do ensino, é necessário estabelecer os critérios de referência para as diferentes situações passíveis de automedicação.

4. Bibliografía

- Addison, B., Brown, A., Edwards, R., & Gray, G. (2012). *Minor Illness or Major Disease?* (5^a ed.). Pharmaceutical Press.
- Almeida, A., Angoitia, Á., de Carlos, M. Á., Aspichueta, P., de la Fuente, L., Gaminde, M., ... Timpanaro, E. (2000). Insomnio. *Farmacia profesional*, 14(06), 72–83. Disponível em <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-insomnio-11783>
- Badenhorst, J., Todd, A., Lindsey, L., Ling, J., & Husband, A. (2015). Widening the scope for early cancer detection: identification of alarm symptoms by community pharmacies. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 37(3), 465–470. doi: 10.1007/s11096-015-0078-3
- Bajwa, Z., & Wootton, J. (2015). *Evaluation of headache in adults*. UpToDate. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Balziskueta, E., Encabo, B., Gaminde, M., Gracia, L., Gurrutxaga, A., Gutiérrez, A., & Sakona, L. (2002). Protocolo de Atención Farmacéutica: Verrugas. *Farmacia Profesional*, 16(11).
- Bleday, R., & Breen, E. (2015). *Hemorrhoids: Clinical manifestations and diagnosis*. UpToDate. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Blenkinsopp, A., Paxton, P., & Blekinsopp, J. (2014). *Symptoms in the Pharmacy: A Guide to the Management of Common Illnesses* (7^a ed.). Wiley Blackwell.
- Bonnet, M. H., & Arand, D. L. (2015a). *Clinical features and diagnosis of insomnia*. UpToDate. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Bonnet, M. H., & Arand, D. L. (2015b). *Overview of Insomnia*. UpToDate. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Boudewijn, I. M., Savenije, O. E. M., Koppelman, G. H., Wijga, A. H., Smit, H. A., de Jongste, J. C., ... Kerkhof, M. (2015). Nocturnal dry cough in the first 7 years of life is associated with asthma at school age. *Pediatric Pulmonology*, 50(9), 848–855. doi: 10.1002/ppul.23092
- Chen, M. A., Zieve, D., & Ogilvie, I. (2015). Heart failure - overview. In *MedlinePlus*. Disponível em <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000158.htm>
- Coelho, R. B., & Costa, F. A. (2014). Impact of pharmaceutical counseling in minor health problems in rural Portugal, 12(4), 1–10.
- Cohen, J., Millier, a, Karray, S., & Toumi, M. (2013). Assessing the economic impact of Rx-to-OTC switches: systematic review and guidelines for future development. *Journal of Medical Economics*, 16(6), 835–844. doi: 10.3111/13696998.2013.793693

- Cooper, R. J. (2013). Over-the-counter medicine abuse: a review of the literature. *Journal of Substance Use, 18*(2), 82–107. doi: 10.3109/14659891.2011.615002
- Cruz, P. (2014). *Metodologia 4Choice4A® para atendimento em MNSRM: Um contributo para a sua validação* (Tese de Mestrado). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Cruz, P. S., Caramona, M., & Guerreiro, M. P. (2015). Uma reflexão sobre a automedicação e medicamentos não sujeitos a receita médica. *Revista Portuguesa Farmacoterapia, 7*, 83–90.
- Despacho n.º 17 690/2007 de 23 de julho (2007).
- Dugdale, D. C. (2013). Breathing difficulty. In *MedlinePlus*. Disponível em <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003075.htm>
- Estatuto do medicamento*, decreto-lei n.º 176/2006 de 30 de agosto (2006).
- Evans, A. T., & Gupta, R. (2015). *Approach to the patient with weight loss*. *UpToDate*. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Goldstein, B. G., & Goldstein, A. O. (2015). *Cutaneous warts*. *UpToDate*. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Grade, R. (2015). *Causes of chronic cough in children*. *UpToDate*. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Guerreiro, M. P., & Fernandes, A. A. (2013). Abertura e Funcionamento de um Local de Venda de MNSRM. In *Deontologia e Legislação Farmacêutica* (pp. 165–174). Lidel.
- Harbord, M., & Pomfret, S. (2013). Nausea and vomiting. *Medicine, 41*(2), 87–91. doi: 10.1016/j.mpmed.2012.11.008
- Horii, K. A., & Prossick, T. A. (2015). *Diaper dermatitis*. *UpToDate*. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Hughes, C. M., McElnay, J. C., & Fleming, G. F. (2001). Benefits and risks of self medication. *Drug Safety: An International Journal of Medical Toxicology and Drug Experience, 24*(14), 1027–1037. doi: 10.2165/00002018-200124140-00002
- Irwin, R. S., Baumann, M. H., Bolser, D. C., Boulet, L.-P., Braman, S. S., Brightling, C. E., ... Tarlo, S. M. (2006). Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest, 129*(1 Suppl), 1S–23S. http://doi.org/10.1378/chest.129.1_suppl.1S
- Jaworski, K., Walecka, I., Rudnicka, L., Gnatowski, M., & Kosior, D. A. (2014). Cutaneous adverse reactions of amiodarone. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research, 20*, 2369–72. doi: 10.12659/MSM.890881

- Kauffman, C. A. (2015). *Overview of Candida infections*. *UpToDate*. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Knapp-Duglosz, C. (2009). *OTC Advisor - The Pharmacist's Role in Self-Care*.
- Krinsky, D. L., McElhiney, L. F., Berardi, R. R., Ferreri, S. P., Newton, G. D., & Hume, A. L. (2012). *Handbook of Nonprescription Drugs: An Interactive Approach to Self-care* (17^a ed.). American Pharmacists Association.
- Lee, K. K., & Birring, S. S. (2012). Cough. *Medicine*, 40(4), 173–176. doi: 10.1016/j.mpmed.2012.01.002
- Litonjua, A. A., & Weiss, S. T. (2015). *Risk factors for asthma*. *UpToDate*. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Martins, D. et al. (2011). Prevalência da automedicação na região de Bragança: a perspectiva do consumidor e do farmacêutico. *Egitania Scientia*, 8, 199 – 215.
- Meisel, J. L., & Cottrell, D. (2015). *Differential diagnosis of chest pain in adults*. *UpToDate*. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Minor Ailments Scheme*. (s.d.). *The Pharmacy Guild of Australia*. Disponível em <https://www.guild.org.au/docs/default-source/public-documents/tab---the-guild/Strategic-Direction/minor-ailments-scheme.pdf?sfvrsn=0>
- National Prescribing Centre. (2004). Community pharmacy minor ailment schemes. *NHS*, (April), 1–8.
- Nunes de Melo, M., Madureira, B., Nunes Ferreira, A. P., Mendes, Z., Miranda, A. D. C., & Martins, A. P. (2006). Prevalence of self-medication in rural areas of Portugal. *Pharmacy World & Science : PWS*, 28(1), 19–25. doi: 10.1007/s11096-005-2222-y
- Olvey, E. L., Clauschee, S., & Malone, D. C. (2010). Comparison of critical drug-drug interaction listings: the Department of Veterans Affairs medical system and standard reference compendia. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 87(1), 48–51. doi: 10.1038/clpt.2009.198
- Oshikoya, K. A., Oreagba, I. A., Ogunleye, O. O., Lawal, S., & Senbanjo, I. O. (2013). Clinically significant interactions between antiretroviral and co-prescribed drugs for HIV-infected children: Profiling and comparison of two drug databases. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 9(1), 215–221. doi: 10.2147/TCRM.S44205
- Paudyal, V., Hansford, D., Cunningham, S., & Stewart, D. (2011). Pharmacy assisted patient self care of minor ailments: A chronological review of UK health policy documents and key events 1997-2010. *Health Policy*, 101(3), 253–259. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.05.010

- Rudy, S. J. (2003). Overview of the evaluation and management of acne vulgaris. *Pediatric Nursing*, 29(4), 287–93. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12956549>
- Ruiz, M. E. (2010). Risks of self-medication practices. *Current Drug Safety*, 5(4), 315–23. doi: 10.2174/157488610792245966
- Rutter, P. (2013). *Community Pharmacy: Symptoms, Diagnosis and Treatment* (3ª ed.). Churchill Livingstone, Elsevier.
- Sarahroodi, S. (2012). Self-medication: Risks and Benefits. *International Journal of Pharmacology*, 8(1), 58–59. doi: 10.3923/ijp.2012.58.59
- Sexton, D. J., & McClain, M. T. (2015). *The common cold in adults: Diagnosis and clinical features*. *UpToDate*. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Shaghghi, A., Asadi, M., & Allahverdipour, H. (2014). Predictors of Self-Medication Behavior: A Systematic Review. *Iranian Journal of Public Health*, 43(2), 136–46. Disponível em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4450680&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Silvestri, R. C., Weinberger, S. E., & Hollingsworth. (2014). *Evaluation of subacute and chronic cough in adults*. *UpToDate*. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Smith, H. S., & Laufer, A. (2014). Opioid induced nausea and vomiting. *European Journal of Pharmacology*, 722, 67–78. doi: 10.1016/j.ejphar.2013.09.074
- Smith, R. P., & Kaunitz, A. M. (2015). *Primary dysmenorrhea in adult women: Clinical features and diagnosis*. *UpToDate*. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Sobel, J. D. (2015). *Vaginal yeast infection*. *UpToDate*. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Subcomitê de Classificação das Cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleias. (2014). *Classificação Internacional de Cefaleias (CIC-3)*.
- Thiboutot, D., & Zaenglein, A. (2015). *Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis of acne vulgaris*. *UpToDate*. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Vidal, L., Shavit, M., Fraser, A., Paul, M., & Leibovici, L. (2005). Systematic comparison of four sources of drug information regarding adjustment of dose for renal function. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 331(7511), 263. doi: 10.1136/bmj.38476.471088.3A
- Weston, W. L., & Howe, W. (2015). *Overview of dermatitis*. *UpToDate*. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- Williams, T., & Cosgrove, M. (2012). Evaluation of vomiting in children. *Paediatrics and Child Health*, 22(10), 419–425. doi: 10.1016/j.paed.2012.04.003

4. Bibliografia

Wong, E. T., & Wu, J. K. (2011). Clinical presentation and diagnosis of brain tumors. *UpToDate*. Disponível em <http://www.uptodate.com>.

Anexos

Abstract Submission for ESCP 2015 Symposium

Community Pharmacy - Pharmaceutical care

ESCP15SY-1528

Comparison of referral criteria for minor ailments from tertiary sources: preliminary results

M. P. Guerreiro^{1,2}, A. Borges³, A. Cavaco⁴

¹CiiEM, ISCSEM, Monte de Caparica, ²ESEL, Lisboa, ³ISCSEM, Monte de Caparica, ⁴IMED.Ulissboa, FFUL, Lisboa, Portugal

Did you previously present your abstract on an international platform: No - the abstract has not been previously presented internationally

Please specify your abstract type: Research abstract

Background and Objective: It is widely accepted that pharmacists have an important role in assisting consumers who present minor ailments. Pharmacists' consultations should include screening for more serious conditions and, when necessary, referral to medical care. To adequately deliver this function it is fundamental to agree on referral criteria. A study was set up to systematically compare physician referral criteria (RC) for minor ailments among four reference textbooks.

Setting and Method: Four commonly used information sources on minor ailments were selected: one North American textbook (Handbook of Nonprescription Drugs: an Interactive Approach to Self-Care, 2012) and three British textbooks (Minor Illness or Major Disease?, 2012; Symptoms in the Pharmacy: A Guide to the Management of Common Illnesses, 2014; Community Pharmacy: Symptoms, Diagnosis and Treatment, 2014). This paper reports on the comparison of RC in six conditions - diarrhea, constipation, cough, cold and flu, dysmenorrhea, insomnia - in all four sources.

Main outcome measures: Number and nature of RC for the selected conditions across the four sources.

Results: The condition with lower mean RC was insomnia (5.00, SD=1.41) while cough had the highest mean RC (12.75, SD=4.79). Cold and flu showed the greatest difference in the number of RC between sources (range=13). Cold and flu as well as cough presented the maximum number of RC (19) in individual sources, while insomnia and dysmenorrhea had the minimum (3). "Minor Illness or Major Disease" presented the greater total number of RC (67), particularly higher in 4 out of 6 conditions, with cold and flu presenting 3 times more criteria than other sources. There were also disagreements on the nature of RC across the four sources. For example, duration was generally listed as a RC, but its definition showed inconsistencies (e.g. cough lasting for more than seven days versus three weeks). Alarm symptoms, which suggest malignancy and would require referral (such as unexplained weight loss), were not consistently indicated as a referral criterion for specific conditions. Overall, RC were seldom referenced or were not always explained.

Conclusion: Preliminary findings suggest significant variation in the nature and number of referral criteria between standard textbooks. This has implications for education and practice, to ensure consistent performance of pharmacists and maximize the recognition of clinically significant signs or symptoms for referral.

Disclosure of Interest: None Declared

Comparison of referral criteria for minor ailments from tertiary sources: preliminary results

Ana Borges¹, Afonso Cavaco² & Mara Pereira Guerreiro^{1,3,4}

¹Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Monte de Caparica, Portugal

²IMED.U.Lisboa, Faculdade de Farmácia Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

³Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz, Monte de Caparica, Portugal

⁴Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal

Corresponding author: mara.guerreiro@sapo.pt

Oral communication: 29th October 2015, 16:30 - 18:30 h

Background

- It is widely accepted that pharmacists have an important role in assisting consumers who present minor ailments.
- Pharmacists' consultations should include screening for more serious conditions and, when necessary, referral to medical care.
- To adequately deliver this function it is fundamental to agree on referral criteria.

Objective

- A study was set up to systematically compare physician referral criteria (RC) for minor ailments among four reference textbooks.

Methods

- Data on referral criteria were drawn from four commonly used tertiary sources - Krinsky's "Handbook of Nonprescription Drugs: an Interactive Approach to Self-Care"¹; Addison's "Minor Illness or Major Disease?"²; Blenkinsopp's "Symptoms in the Pharmacy: A Guide to the Management of Common Illnesses"³ and Rutter's "Community Pharmacy: Symptoms, Diagnosis and Treatment"⁴ - into a database.
- To facilitate comparison RC were organized into thematic groups (e.g. duration, signs and symptoms).
- Descriptive statistics was performed with the aid of SPSS v 21.
- This paper reports on the comparison of RC in the six conditions - diarrhoea, constipation, cough, cold and flu, dysmenorrhoea, insomnia - in all four sources.

Results

- Considering all four textbooks, there were variations in the number of referral criteria among conditions (Figure 1).
- There were marked variations in the number of referral criteria for each condition between textbooks (Figure 2).
- Overall, there were significant differences in the total number of RC between textbooks, for the conditions considered (Figure 3).

References 1. Krinsky D, Besard R, Ferreri S, Hume A, Newton G, Rollins C, et al. Handbook of Nonprescription Drugs: an Interactive Approach to Self-Care. 17th ed. American Pharmacists Association; 2012. 2. Addison B, Brown A, Edwards R, Gray G. Minor Illness or Major Disease? 5th ed. Pharmaceutical Press; 2012. 3. Blenkinsopp A, Paxton P, Blenkinsopp J. Symptoms in the Pharmacy: A Guide to the Management of Common Illnesses. 7th ed. Wiley Blackwell; 2014. 4. Rutter P. Community Pharmacy: Symptoms, Diagnosis and Treatment. 3rd ed. Churchill Livingstone, Elsevier; 2013.

Key point: Ensuring the consistent performance of pharmacists and maximizing the recognition of clinically significant signs or symptoms for referral may require the use of more than one textbook for education and decision-making in practice, as well as local or national agreement on pertinent referral criteria for minor ailments.

Figure 1 - Mean no. of referral criteria per condition

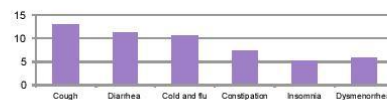


Figure 2 - Range of referral criteria per condition

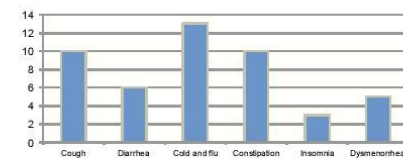
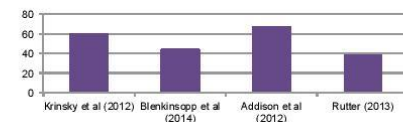


Figure 3 - Total no. of referral criteria per textbook



- There were also disagreements on the nature of RC across the four sources. For example, duration was generally listed as a criterion, but its definition showed inconsistencies (e.g. cough lasting for more than seven days versus three weeks).
- Alarm symptoms, which suggest malignancy and would require referral (such as unexplained weight loss), were not consistently indicated as a referral criterion for specific conditions.
- Overall, RC were seldom referenced or were not always explained.

Discussion

- Decisions on how referral criteria are counted and compared are not always clear-cut but preliminary analysis suggests significant variation in the number and nature of referral criteria.

