

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MERCEDES SUAREZ VEGA

**OTITE MÉDIA AGUDA EM CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS,
NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA GENERAL DUTRA, MUNICÍPIO
DE MEDINA: uma proposta educativa**

ARAÇUAÍ- MINAS GERAIS

2017

MERCEDES SUAREZ VEGA

**OTITE MÉDIA AGUDA EM CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS,
NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA GENERAL DUTRA, MUNICÍPIO
DE MEDINA: uma proposta educativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

ARAÇUAÍ- MINAS GERAIS

2017

MERCEDES SUAREZ VEGA

**OTITE MÉDIA AGUDA EM CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS,
NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA GENERAL DUTRA, MUNICÍPIO
DE MEDINA: uma proposta educativa**

Banca examinadora:

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - orientadora.

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 14/09/2017

DEDICO

Dedico este trabalho a meus pais que me ensinaram a tentar alcançar as estrelas, eles são agora às estrelas mais brilhantes do céu.

AGRADECIMENTOS

À minha família e amigos, pela ajuda incondicional.

Aos professores, pela orientação, apoio e confiança.

À Instituição pelo ambiente criativo e amigável que proporciona.

A todas as pessoas que fizeram parte da minha formação

La medicina es el arte de disputarle a los hombres la muerte el día de hoy, para cedérselo en mejor estado, un poco mas tarde.

Noel Clarasó

RESUMO

O município Medina situa-se na região do Vale do Jequitinhonha, mais especificamente, Médio Jequitinhonha, nordeste de Minas, conhecido como semiárido mineiro, com uma população estimada de 21 459 habitantes. A equipe de saúde do Programa de Saúde da Família General Dutra Guedes, no diagnóstico situacional identificou os principais problemas de saúde e determinou como problema prioritário a alta incidência de Otite Média Aguda (OMA) em crianças menores de dois anos. Assim, este estudo objetivou elaborar um plano de ação com vistas a reduzir a incidência de Otite Média Aguda em crianças menores de dois anos, no Programa Saúde da Família General Dutra, município de Medina. O plano se baseou no Método do Planejamento Estratégico Situacional e em pesquisa bibliográfica feita na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: Otite média, Programa Saúde da Família e Educação em Saúde. Espera-se reduzir a incidência de otite média aguda na comunidade, assim ter melhor qualidade de saúde, diminuir o uso inadequado de medicamento e complicações futuras para crianças do Programa Saúde da Família General Dutra.

Palavras-chave: Otite Média. Programa de Saúde da Família. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The municipality of Medina is located in the Jequitinhonha Valley, more specifically, Jequitinhonha, northeast of Minas, known as the semi-arid region of Minas Gerais, with an estimated population of 21.459. The health team of the General Dutra Guedes Family Health Program in the situational diagnosis identified the main health problems and determined as a priority problem the high incidence of Acute Otitis Media (AOM) in children under two years of age. Thus, this study aimed to elaborate a plan of action to reduce the incidence of Acute Otitis Media in children under two years of age, in the General Dutra Family Health Program, in the municipality of Medina. The plan was based on the Situational Strategic Planning Method and a bibliographical research done in the Virtual Health Library with the descriptors: Otitis media, Family Health Program and Health Education. It is expected to reduce the incidence of acute otitis media in the community, as well as have better quality of health, decrease the inappropriate use of medication and future complications for children of the General Dutra Family Health Program.

Key words: Acute Otitis. Programa Saúde da Família. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMA	Otite Média Aguda
PSF	Programa Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Programa HIPERDIA	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVO.	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
6 PLANO DE AÇÃO.....	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

O município de Medina situa-se na região do Vale do Jequitinhonha, mais especificamente, Médio Jequitinhonha, nordeste de Minas, conhecido como semiárido mineiro. Seu relevo é, predominantemente, montanhoso com ocorrência de grandes maciços de granito. Encontra-se a 587 de altitude e seu clima é tropical, mas há picos de baixas temperaturas no inverno. Encontra se a 660 km de Belo Horizonte, capital do Estado Minas Gerais (IBGE, 2016).

Medina foi fundada pelo espanhol Leandro de Medina, em 22 de maio de 1824, dia consagrado a Santa Rita, que é padroeira da cidade e de quem herdou seu primeiro nome: Terra de Santa Rita. Mais tarde, passou a se chamar Santa Rita de Medina e depois, finalmente, Medina. Tornou-se município em 01/01/1939 e elevado a condição de comarca em 1967 (IBGE, 2016).

Sua população é, segundo o último censo, estimada em 13.152 habitantes na área urbana e de 8.307 habitantes na área rural para uma densidade populacional 14,9 hab./km². Totalizam, assim, 21.459 habitantes (IBGE, 2016).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,624 médio (PNUD, 2010). Possui uma Taxa de Urbanização de 66,97%. Destaca-se que 95,8% do abastecimento de água é tratada e o recolhimento de esgoto por rede pública é de 79,70%. As principais atividades econômicas do município são Pedreiras e a exploração de Granito (PREFEITURA MUNICIPAL DE MEDINA, 2016).

Possui aproximadamente 4335 famílias e 4667 domicílios

No Quadro estão apresentados os aspectos demográficos de Medina, 2016

Quadro1: Aspectos Demográficos

Município: Medina										
Total da População: 21 459										
Nº de Indivíduos	>1	1 – 4	5 - 9	10 – 14	15 - 19	20 - 25	25 - 39	40 - 59	60 e +	Total
Área Urbana	332	1498	1865	1947	629	2506	2660	1187	528	13152
Área Rural	129	246	326	856	1605	1030	990	2013	1112	8307
Total	461	1744	2191	2803	2234	3536	3650	3200	1640	21459

Os dados do Quadro 1 revelam que a faixa etária com maior população é de 25 a 39 anos, residente na zona urbana e, proporcionalmente falando, o maior contingente populacional residente na zona rural são pessoas com mais de 60 anos.

A Taxa de Escolarização do município é de 70,92%. Possui um 30,11% de moradores abaixo da linha de pobreza e 95,89% da população são usuárias da assistência à saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Medina tem um Conselho Municipal de Saúde que é instrumento deliberativo e consultivo; suas reuniões são mensais e é composto por 50% de usuários, 25% trabalhadores da Saúde e 25% ligados ao Governo e Prestadores. Não possui sede própria e nem secretária executiva.

1.2 Sistema de saúde

Existe no município de Medicina o Hospital Santa Rita (Recursos da Rede de Resposta e Contratualização), uma Farmácia de Minas, outros laboratórios e Clinicas Particular.

O Sistema de referência e contrarreferência só funcionam atualmente com o Centro de Especialidades Médicas (CEM). As Redes de Média e Alta Complexidade são: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) , Urgência e Emergência Hospitalar Nível IV; Centro Viva Vida de Referência Secundária e Centro de Hiperdia em

Jequitinhonha MG. Os de alta complexidade estão localizados em Teófilo Otoni e o Serviço de Hemodiálise em Itahobim.

Quanto ao Programa Saúde da Família, ele é composto por sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) com cobertura de 98,45% da população e conta, ainda como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Tipo I.

1.3 Unidade Básica de Saúde

O PSF General Dutra onde atuo profissionalmente está situado no bairro chamado Guedes, a 20 km do centro da cidade. Suas instalações foram construídas há 12 anos com boas condições estruturais. Tem um horário de funcionamento de segunda a sexta - feira, desde 7: 00 hora a 11: 00 hora e de 13h00min as 17h00min horas. A Médica Cubana, como parte do conveniado no Projeto Mais Médicos para o Brasil, possui 8 horas para estudo do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família na sexta feria.

A área de abrangência do PSF General Dutra possui 620 famílias, 1788 habitantes, com um nível de alfabetização de 71,93%. Os principais postos de trabalho são Pedreira, empresas de exploração de granito, Educação e Agricultura.

A população mora em casas confortáveis, com aparelhos eletrodomésticos como TV, ventiladores, equipo de sons, geladeira. Algumas casas não são confortáveis com pouco equipamento, por exemplo, TV e geladeira. Percebe-se falta de higiene em algumas vivendas. Os moradores gostam de música, esporte como futebol. Existe transporte da prefeitura para escola.

A comunidade conta também com consultórios odontológicos privados, clínicas de estética privadas, quatro escolas públicas, uma escola privada, duas creches, igrejas católicas e protestantes (as ultimas são maioria). Está em construção uma biblioteca pública.

Serviços existentes: Luz Elétrica, Redes Água potável e não tratadas. Telefonia Fixa e Celular das companhias Claro, TIM e Oi. Existe uma agência de correios. Os Bancos presentes na cidade são: Brasil, Caixa Econômica, Bradesco e BMG.

O PSF conta com seis Agentes Comunitários de Saúde, uma médica, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um cirurgião dentista, uma técnica de saúde bucal, um fisioterapeuta, uma auxiliar de serviços gerais, uma auxiliar de enfermagem e uma recepcionista. Conta, uma vez por semana, com os serviços de uma Nutricionista, uma Assistente social e uma Psicóloga.

A unidade está conformada por uma recepção confortável, ventilada, boa iluminação, com TV e cadeiras suficientes para os usuários. Sala de Triagem, sala de enfermagem, sala de curativos, sala de vacinação, área para a documentação, sala dos Agentes Comunitários de Saúde, sala para Consulta Médica, sala de Odontologia, sala de consulta de fisioterapia, esterilização, uma copa e área de serviços. Também possui uma sala acondicionada para atividades da programação pactuada integrada.

O diagnóstico situacional feito na área de abrangência de acordo com Campos, Faria e Santos (2010), mostrou no seu primeiro passo que corresponde à identificação dos problemas :

- Elevada incidência de doenças respiratórias especialmente Otite Média Aguda em crianças menores de dois anos.
- Alta prevalência de Hipertensão Arterial.
- Alta prevalência de Diabetes Mellitus.
- Hiperlipidemia.
- Baixa adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento.
- Baixo nível cultural da população.

No Quadro 2 estão disponibilizados os problemas de acordo com seu nível de importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Quadro 2-Apresentação dos problemas e sua priorização

Problema	Importância	Urgência (0 a 5 pontos)	Capacidade de enfrentamento da equipe
Alta prevalência de Hipertensão Arterial.	Alta	4	Dentro
Baixa adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento	Alta	4	Dentro
Hiperlipidemia	Média	3	Dentro
Elevada incidência de infecções respiratórias agudas especialmente Otite Média Aguda em crianças menores de dois anos.	Alta	5	Dentro
Baixo nível cultural da população	Média	2	Fora
Alta prevalência de Diabetes Mellitus	Alta	4	Dentro

A equipe de saúde do PSF General Dutra, em reunião e discussões entre os pares, considerou de grande relevância trabalhar, no momento, com a elevada incidência de infecções respiratórias e, com destaque pra a otite média aguda.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.102-103), a dor de ouvido ,

[...] (ou otalgia) está entre as queixas mais comuns nos atendimentos de demanda espontânea na atenção primária. A otalgia pode ser de origem primária, na orelha externa ou média, ou secundária, causada por problemas em pontos distantes do ouvido (dor referida ou reflexa). A irradiação da dor de outras áreas para o ouvido deve-se ao fato de essa região ser rica em terminações nervosas.

Trata-se de doença comum na infância e dentre as otalgias destaca-se a Otite Média Aguda (OMA) cujas “complicações da OMA precisam ser prontamente identificadas e podem requerer medidas urgentes” (BRASIL, 2013, p.101).

Portanto, este trabalho se justifica pela alta incidência de Otite Média Aguda em crianças menores de dois anos assim também pelas consequências que a doença pode deixar nas crianças nesta idade que inclui até a morte.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um plano de ação para reduzir a OMA em crianças menores de dois anos, portanto a proposta é viável.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação com vistas a reduzir a incidência de Otite Média Aguda em crianças menores de dois anos, no PSF General Dutra, município de Medina.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desta Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da disciplina de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para subsidiar a proposta de plano de ação, foi realizada pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores:

Otite média.

Programa Saúde da Família.

Educação em saúde.

Também foram utilizados Programas do Ministério da Saúde

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Otite média

Pereira e Ramos (1998) conceituam as otites médias como uma das doenças mais diagnosticadas pelos pediatras, na infância. Ela acomete, principalmente, lactentes e crianças pequenas e cursa com menor frequência em crianças maiores e adolescentes. Pode acometer, em pequena escala, pessoas adultas.

Maranhão *et al.* (2013, p.476) afirmam que a “ otite média (OM) deve ser encarada como uma afecção dinâmica, com um espectro clínico que pode se estender desde uma condição benigna autolimitada até uma doença prolongada e por vezes complicada”

A otite média aguda (OMA) é uma das infecções mais comuns na infância e o principal motivo para uso de antibióticos em crianças, pois praticamente todas têm pelo menos um episódio de OMA antes de completar 3 anos e, dessas, 20% apresentarão múltiplos episódios (SIH; BRICKS, 2008, p. 759).

SiH e Bricks (2008) relatam que um grande problema encontrado na avaliação de crianças com queixas relativas a dor de ouvido é fazer o diagnóstico diferencial entre otite média aguda (OMA) e otite média com efusão (OME), que apresenta menor taxa de complicações. Portanto, é de fundamental importância conhecer os sinais e sintomas da OMA para se fazer o diagnóstico. Normalmente, a OMA tem início abrupto de dor de ouvido, febre e presença de fluido na orelha média, com abaulamento da membrana timpânica, secreção e eritema da membrana.

Otite média aguda (OMA) é definida como inflamação do ouvido médio e é uma das doenças mais comuns da infância. É mais frequente nos primeiros cinco anos de vida, especialmente nos menores de 18 meses. Estima-se que dentro do primeiro ano de vida, 40 a 50% dos episódios de infecção respiratória aguda (IRA) são complicadas com a OMA (MOORE; HUTCHINGS; MEYER, 2007).

A OMA tem quatro definições: OMA no ouvido médio de início rápido com sinais e sintomas. Otite média recorrente caracterizada pelo menos três episódios de OMA em seis meses ou quatro em doze meses. Otite média secretora na qual há uma secreção líquida no seu espaço e a membrana timpânica está intacta. Secreção ou efusão da orelha média que é o líquido resultante da OMA ou de uma otite média secretora, com secreção mucoide ou purulenta (PEREIRA; RAMOS, 1998).

Segundo, ainda, Pereira e Ramos (1998), a otite média é resultado de múltiplos fatores de risco tais como: infecção viral ou bacteriana, alergia, fatores ambientais e sociais (creche, fumantes passivos, estação do ano, chupetas), infecções (hipertrofia das adenoides e adenoidites), refluxo gastroesofágico, deficiência imunológica, fatores anatômicos (disfunção da tuba auditiva, fenda submucosa e fenda palatina).

No caso das alergias ainda não está comprovada uma relação direta entre alergia e otite média. Com frequência pode aparecer a otite média por edema inflamatório da mucosa da tuba auditiva, aspiração de bactérias pela rinofaringe e obstrução inflamatória do nariz. A faixa de maior incidência do primeiro episódio é de 6 a 17 meses de idade e quanto mais precoce acontece o primeiro episódio há maior risco de otite recorrente e secretora (PEREIRA; RAMOS, 1998).

Dentro dos fatores ambientais se observa um aumento nos casos de berçários e creches, Contudo, “estudos demonstram que a suscetibilidade da criança à otite média diminui proporcionalmente ao número de crianças convivendo em uma mesma sala de creche”. A observação mostra que a frequência de otites é mais frequente no inverno e menos em verão. Crianças expostas a fumo passivo teriam maior chance de desenvolver otite média (PEREIRA; RAMOS, 1998, p. S23).

Segundo Oyamada *et al.* (2014) ainda existem outros fatores de risco na infância para desenvolver otite média aguda como a síndrome de Down, malformação crânio facial e técnica inadequada de amamentação.

Segundo o Ministério de Saúde (PINHEIRO, 2017) as principais vítimas são as crianças desde seis até 18 meses e há um novo pico entre os quatro e cinco anos.

Os agentes patógenos principais responsáveis da (OMA) é igual nas diferentes faixas etárias: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus Influenzae* e a *Moraxella catarrhalis*, também vírus como influenza A e B, sincicial respiratório e outros adenovírus (OYAMADA, 2014, p. 64).

Quanto ao quadro clínico, não há um modelo para o diagnóstico, mas sim um conjunto de sintomas e sinais para que se faça diferenciação da OMA de simples extravasamento da orelha média muito frequente nas infecções virais e que é importante para determinar adequadamente a indicação ou não de antibiótico (DI FRANCESCO; MORICZ; MARONE, 2016)

Dessa forma, o diagnóstico da OMA é feito principalmente pela anamnese e exame físico. Os primeiros sintomas, às vezes, são inespecíficos de infecção como febre, irritabilidade, hiporexia, dor de cabeça, diarreia, vômitos, entre outros. Ao exame físico, a confirmação diagnóstica é feita pela presença de inflamação na orelha média com efusão da mesma, o que é comprovado pela otoscopia onde pode se encontrar a membrana timpânica (MT) abaulada com hiperemia e opaca, aumento da vascularização. O abaulamento é o mais importante para o diagnóstico. A otorreia é frequente nos casos de OMA supurada. (PEREIRA; RAMOS, 1998).

As características da otoscopia são fundamentais para o diagnóstico diferencial da OMA. Na otite viral, a membrana timpânica se encontra levemente opaca com hiperemia difusa leve ou moderada e ausência de abaulamento. No caso da otite bacteriana essa membrana está opaca com abaulamento, hiperemia intensa e diminuição da mobilidade que ajudam ao diagnóstico de certeza (DI FRANCESCO; MORICZ; MARONE, 2016).

Segundo Oyamada *et al.* (2014), para a prevenção da otite média recomenda-se constituir passos que contribuam a minimizar a sua frequência como trabalhar com as mães estimulando o aleitamento materno nos primeiros quatro meses ou mais,

suspender a mamadeira com a criança deitada, evitar uso de chupeta na creche, manter controle das crianças com alergia respiratória ou digestiva, tratar as condições de rinosinusite (comorbidade), vacinação antigripal, evitar o tabagismo passivo dos familiares ou outras pessoas.

Recomenda-se o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade mantendo-o a continuar até um ano após da introdução da alimentação artificial por se mostrar protetor contra as otites médias. A posição supina da criança é desfavorável para infecção por (OMA). O Xilitol (açúcar muito frequente em gomas de mascar) reduza os casos de otite média o qual precisa ser usado de três a cinco vezes ao dia e mantido durante as estações do outono e inverno onde são mais frequentes as otites média (DI FRANCESCO; MORICZ; MARONE, 2016).

O calendário vacinal atual inclui vacinas contra Haemophilus Influenzae, pneumococo e vírus influenza. Sabe-se que estas têm conseguido a reduzir a otite media no Brasil (PINHEIRO, 2017)

Para Sakano *et al.* (2006) o uso de antibiótico nas primeiras 24 horas reduz parcialmente a dor que tem maior alívio a partir do segundo dia. Os antibióticos reduzem o curso da OMA e a progressão bilateral da doença. Quando não tratada de imediato tem piora clínica em quatro a sete dias.

Segundo o Ministério de Saúde (PINHEIRO, 2017), a maioria das crianças com otite média tem solução espontânea do quadro em uma ou duas semanas, não requerendo, portanto, tratamento com antibiótico. Quando o antibiótico é usado sem necessidade pode dificultar a evolução do quadro além do uso indiscriminado com resistência futura e reação alérgica. Podem ser tratados apenas com anti-inflamatórios.

Sugere-se uma reavaliação médica às 72 horas para avaliação de uso de antibióticos. Habitualmente indica-se antibiótico nos casos de ausência de melhoria nas primeiras 72 horas em crianças menores de dois anos, com otorreia, otite bilateral, febre alta e prostração (PINHEIRO, 2017).

De acordo com Di Francesco, Moricz e Marone (2016), em 2013, segundo a diretriz da Academia Americana de Pediatria (AAP) deve-se seguir algumas recomendações para o tratamento da OMA, tais como a observação da criança no período de 24 a 48 horas uma vez que 80 % dessas otites são de etiologia viral e não necessitam de antibiótico. Deve-se, nesses casos, usar analgético principalmente Bupropeno, seguido de paracetamol ou Dipirona nas doses habituais segundo idade da criança.

A antibioticoterapia será indicada quando a suspeita é por *Streptococcus Pneumoniae*, *Haemophilus* e *Moxarella catarrhalis*. O antibiótico deve ser trocado se após 72 horas se persistirem febre ou otalgia intensa (DI FRANCESCO; MORICZ; MARONE, 2016).

O tratamento da primeira opção da OMA é Amoxicilina na dose de 60 mg/kg/dia. Nos casos de associação de *S. pneumoniae* e *H. influenzae* a melhor resposta clínica é com a dose de 90 mg/kg/por dia Amoxicilina. Este medicamento não apresenta diferença clínica quando comparada com a Penicilina, Cefaclor. A Amoxicilina está indicada no primeiro episódio da OMA e dose pode ser compartilhada em duas ou três tomadas ao dia (DI FRANCESCO; MORICZ; MARONE, 2016).

Em crianças de três meses até três anos com Infecção das Vias Aéreas Superiores (IVAS) e história prévia de OMA devem ser tratados com Amoxiclavulanato a 90 mg/6,4 mg/ Kg/dia ou Azitromicina a 10 mg/kg/dia. O uso de corticoides oral e descongestionantes não é recomendado para crianças com OMA porque aumenta o risco de efeitos adversos. No caso dos anti-histamínicos são contraindicados, pois prolonga o tempo de líquido no ouvido médio (SAKANO *et al.*, 2006).

No caso dos pacientes com alergia à Penicilina podem usar Claritromicina 15 mg/kg/dia por 10 dias e se além tem suspeita de *Pneumococcus* resistente podem utilizar Clindamicina de 30 a 40 mg/kg/dia por dez dias. Outros medicamentos também podem ser usados como Eritromicina a 50 mg/kg/dia, três vezes ao dia por 10 dias. A Ceftriaxona a 50 mg/kg/dia por três dia como mínimo pode ser utilizada

como dose única nos casos de pacientes que não conseguem ingerir o antibiótico por via oral (DI FRANCESCO; MORICZ; MARONE, 2016).

Quanto às sequelas advindas da otite média, encontram-se o retardo na aquisição de fala pela deficiência auditiva com distúrbios secundários na aprendizagem. Destaca-se que a otite é principal causa de hipoacusia na infância devido à secreção do ouvido que acarreta dificuldade de transmissão do som (PEREIRA; RAMOS, 1988).

Segundo Nozza *et al.* (2006), a sequela mais comum é a perda auditiva que tem como consequência dificuldade do desenvolvimento da criança para o futuro da linguagem.

A implantação do Programa de Estratégia de Saúde da Família, tendo a família como centro da atenção tanto para indivíduos sadios quanto doentes, possibilita indicar estratégias de propiciar mais saúde à população, a possibilidade de conhecer as famílias de forma geral e aos indivíduos em particular o que permite o conhecimento mais amplo dos fatores de risco e doenças para a realização de um diagnóstico de saúde o mais acertado possível com vistas a implantação de linhas de trabalho e intervenções positivas no processo saúde/doença para o desenvolvimento das práticas preventivas e curativas. A OMA é também uma doença onde pode se trabalhar de forma preventiva e curativa nos PSF, trabalhando nos fatores de risco e educando às pessoas para maior adesão e sequência de tratamentos propostos.

A capacitação da equipe de saúde deve ser contínua com a intenção de identificar os principais fatores de risco e o início das doenças dos pacientes, neste caso, das OMA em crianças menores de dois anos. A equipe deve estar capacitada e em capacitação contínua para poder realizar um trabalho efetivo e eficaz com a sua comunidade. É preciso realizar atividades de grupo com as mães e outros familiares das crianças com participação de todos os membros da equipe referente ao tema OMA uma vez eles capacitados. Isso terá como consequência a capacitação das mães e famílias para prevenir dentro, do possível, a ocorrência de OMA e evitar as

complicações que podem provocar, assim como as sequelas, às vezes graves e causas de invalidez para a vida.

É preciso também fortalecer as equipes para que existam mudanças necessárias à construção do modelo assistencial de que necessita a população. Ainda há resistência na mudança de já que foram perpetuadas por muitos anos e é difícil trocar a mentalidade das pessoas (FARIA *et al.*, 2010).

6 PLANO DE AÇÃO

Dando sequência ao plano de ação, apresentamos os próximos passos.

Terceiro Passo: Descrição do Problema

O tema que escolhemos para ser abordado é a elevada incidência de infecções respiratórias agudas especialmente Otite Média Aguda em crianças menores de dois anos. As questões que levantamos mais relevantes para justificar esse problema é o fato de que 80% dos menores de dois anos de nossa área de abrangência apresentaram Otite Média Aguda no ano 2016.

Quarto Passo: Explicação do problema

As infecções respiratórias agudas constituem as principais causas de doenças em crianças e têm destaque tanto em morbidade quanto mortalidade. A OMA é a mais comum sendo também uma das principais causas de uso indiscriminado dos antibióticos em todas as idades da infância, especialmente crianças menores de dois anos.

Segundo Maranhão *et al.*(2013), estima-se que todos os anos são feitas mais de 500 milhões de consultas pediátricas e dentre as principais encontram-se a otite média aguda, fundamentalmente devido a uma combinação de fatores como uma mudança do padrão da doença, maior conscientização do problema por parte dos médicos no que diz respeito ao diagnóstico oportuno e tratamento adequado das crianças com essas patologias, tanto nas formas agudas como crônicas, assim como as complicações secundárias frequentes e sequelas que comprometem o futuro das crianças. No Brasil, as estatísticas são elevadas tanto das infecções respiratórias em geral quanto otite média nas crianças até os dois anos de vida.

Quinto passo: Identificação dos nós críticos

Foram identificados como nós críticos os seguintes:

- Nível de informação (pouco conhecimento do usuário sobre a doença).
- Hábitos e estilo de vida da população pouco saudáveis.

- Deficiência do processo de trabalho da equipe de saúde em relação ao tema (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).

Sexto passo: Desenho das operações.

Os objetivos principais neste passo são: descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações que mostra o seguinte quadro três.

Quadro 3-Desenho das operações do nó crítico número 1.

Nó crítico 1	Operação/ projeto	Resultado esperados	Produtos	Recursos necessários
<i>Hábitos e estilos de vida inadequados</i>	<p>+ Saúde</p> <p>Modificar estilos de vida mediante capacitação de mães de crianças menores de quatro anos</p> <p>Avaliar o conhecimento adquirido pelas mães das crianças menores de dois anos.</p>	<p>Mães conscientes sobre a importância da amamentação.</p> <p>Cuidados efetivos com crianças em uso de mamadeiras.</p> <p>Cuidados com o ambiente da criança, como por exemplo, não fumar próximo dela.</p>	<p>Mães das crianças menores de dois anos com melhor preparação para prevenir e enfrentar a doença.</p>	<p>Organizacional: organização de agenda do trabalho</p> <p>Cognitivo: Capacitar as mães e comunidade sobre o tema em questão.</p> <p>Político/ Intersetorial: Mobilização social interssetorial.</p> <p>Financeiros: Preparação de recursos audiovisuais e projetos educativos</p>

Quadro 4-Desenho das operações do nó crítico 2

Nó crítico 2	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
<i>Pouco nível de informação das mães sobre OMA.</i>	Aprendendo + Aumentar o nível de informação das mães e população sobre a OMA, seus sintomas, sinais e ações preventivas	Mães e população com melhor nível de informação sobre a OMA, sua prevenção, tratamento e os riscos de crianças menores de dois anos apresentarem otite média aguda.	Equipe de saúde capacitada para orientar/educar as mães e população sobre a OMA. Campanha educativa nos grupos operativos. municipal.	Cognitivo: maior conhecimento sobre OMA. Organizacional: organizar agenda e espaços para grupos operativos. Político: organização intersetorial

Quadro 5 - Desenho das operações do nó crítico 3

Nó crítico 3	Operação/ projeto	Resultado esperados	Produtos	Recursos necessários
Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado.	Linha de cuidado Implantar a linha de cuidado para as crianças menores de dois anos de enfermar de otite média aguda	Cobertura dos 100 % das mães de crianças menores de dois anos com risco incrementado de presentarem otite media aguda.	Linha de cuidado para risco de otite media aguda em crianças menores de dois anos implantadas. Protocolos /regulação implantados. Recursos humanos capacitados. Gestão da linha de cuidado.	Cognitivo. Elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolo. Político. Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Organizacional. Organização de

				fluxos de atenção e de grupos de capacitação da equipe de saúde
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos.

O objetivo deste passo é a identificação dos recursos críticos que devem ser usados em cada operação o que mostra se no quadro seis.

Quadro 6-Identificação dos recursos críticos.

Organização projeto	
+ saúde	<p>Político: Conseguir o espaço para grupos operativos e Mobilização social</p> <p>Financeiros: Aquisição de folhetos educativos panfletos, folhetos (folder), cartaz e cartinha) referentes ao tema por médio da secretaria de saúde.</p>
Aprendendo +	<p>Organizacional: Mobilização social em torno da capacitação para o melhor conhecimento do tema em questão e espaços físicos;</p> <p>Político: articulação intersetorial</p> <p>Financeiro: financiamento do projeto por meio da secretaria de saúde e governo municipal.</p>
Linha de cuidado	<p>Financeiros: oferecer os recursos necessários para o diagnóstico da doença no próprio PSF</p> <p>Político: garantir articular entre os trabalhadores e adesão dos profissionais.</p>

Oitavo passo: análise da viabilidade do plano:

Nossa equipe identificou os atores que têm o controle sobre os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar aos atores identificados o qual identificamos no quadro 7.

Quadro 7-Proposta das ações para motivação dos autores.

Operações/ projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas.
		Ator que controla	Motivação	
+ saúde	Político Conseguir o espaço para grupos operativos e Mobilização social Financeiros: aquisição de recursos tanto como folhetos, audiovisuais.	Médico e enfermeiro	Tem motivação favorável	Adequar horários para os grupos operativos
Aprendendo +	Político: Articulação Trabalho intersetorial	Secretaria de saúde e educação.	Tem motivação favorável	Adequar horários para os grupos operativos
Linha de cuidado	Político: articular entre os trabalhadores e adesão dos profissionais.	Médico e enfermeiro	Favorável	Obtenção de material e insumos para o diagnóstico e tratamento da OMA. Adequar horários para capacitação da equipe de saúde.

Nono passo: elaboração do plano operativo.

Neste passo designamos o responsável por cada operação e definimos os prazos para a execução das operações que mostramos no quadro 8

Quadro 8-Plano operativo

Operações	Resultados	Ações estratégicas.	Responsável	Prazo
+ Saúde.	Diminuir um 90 % as Otites medias agudas em crianças menores de dois anos.	Apresentar o projeto pela equipe de saúde	Médico do PSF	Dois meses para o inicio das atividades
Aprendendo +	Incrementar o conhecimento sobre a otite media e diminuição da incidência de casos e evitar as complicações e sequelas.	Apresentar o projeto com apoio de toda a equipe	Enfermeira Responsável do PSF	Apresentar o projeto em quatro meses; cinco meses para início das atividades
Linha de cuidado	Cobertura de 100% da população com risco de otite media aguda.	Apresentar o projeto	Médico e enfermeira do PSF	Início em três meses e finalização em seis meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho pretende organizar mais o trabalho da equipe de saúde do PSF General Dutra ampliando os conhecimentos e forma de atuação dos agentes comunitários de saúde; a ensinar as mães de crianças menores de dois anos e outros familiares e população em geral sobre as principais causas de OMA. Ressalta também a importância de que em crianças, as formas de transmissão e cuidados gerais a ter; destacando o uso da lactância materna exclusiva até os seis meses e sua extensão de forma mista com outros alimentos, se possível aos dois anos de vida, como forma de manter a imunidade das crianças. Conhecer também os principais sintomas e sinais, modo de atuação no caso que apresentarem alguns desses sintomas.

A forma de ensino utilizada é principalmente por meio de atividades de promoção e educação para a saúde, mediante a elaboração de material de informação e orientação tais como: mosquitinhos, panfletos, folhetos, cartaz e cartinha, informação pelo rádio, trabalho Intersetorial com ajuda da prefeitura municipal que é muito positiva.

Além disso, com a ajuda financeira oferecida temos obtido recursos materiais necessários incluindo medicamentos e melhor organização para o local de atendimento.

A avaliação da efetividade da intervenção será feita através do acompanhamento de índice de otite média em crianças menores de dois anos. Serão feitos encontros com a população antes e depois das atividades para avaliar o nível de conhecimento e a posterior aprendizagem com as intervenções, o nível de impacto.

O mérito deste projeto são os conhecimentos adquiridos mediante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, que aportou os elementos necessários para incentivar e empreender o trabalho para melhorar o estado de saúde da população em geral e as crianças em particular, tendo em conta que muitas crianças sofrem anualmente de OMA em todo o mundo, tem uso

indiscriminado de antibióticos e outros sofrem as sequelas agudas e crônicas que podem causar invalidez para toda a sua vida, o qual é já um problema na área de abrangência ou população adstrita ao PSF.

Os resultados do projeto serão divulgados à população para incentivar a participação da mesma quanto ao município de forma geral. Terá uma avaliação aos dois, três, quatro, cinco e seis meses segundo planejamento das atividades.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

DI FRANCESCO, R.C.; MORICZ, R. D.; MARONE, S. Otite Média Aguda em Pediatria: diagnóstico e tratamento. **Boletim da Sociedade de pediatria**. São Paulo. V.1, n. 3, Jul/2016.

FARIA, H. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. Brasília,[online], 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>

MARANHAO, A. S. A. et al . Complicações intratemporais das otites médias. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, v. 79, n. 2, p. 141-149, abr. 2013

NOZZA, R. *et al.* Infant speech sound discrimination in noise. **Jornal Acoust Society New York**. n.87, p.338-350, 2006.

OYAMADA L., H. *et al.* Otite Média aguda. **Jornal of urgery and Clínica/Research-BJSCR**. v. 6, n. 1, p. 63-66, 2014.

PEREIRA, M. B. R.; RAMOS, B. D. Otite média aguda e secretora .**J Pediatr** v.74(Supl.1), p. S21-S30, 1998.

PINHEIRO, P. **Otite Media**: Causas, Sintomas e Tratamento. 2017. Disponível em <https://www.mdsaude.com> > Otorrinolaringologia > Doenças do ouvido

PREFEITURA MUNICIPAL DE MEDINA. Disponível em <www.medina.mg.gov.br>. 2016. Acesso em: 25 de maio de 2017.

SAKANO, E. *et al.* Tratamento da otite média aguda na infância. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 52, n. 2, p. 72-73, Apr. 2006

SIH, T. M.; BRICKS, L. F.. Otimizando o diagnóstico para o tratamento adequado das principais infecções agudas em otorrinopediatria: tonsilite, sinusite e otite média. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, v. 74, n. 5, p. 755-762, out. 2008