

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

JORGE LUIS RAMOS LLORENTE

REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE OTITE MÉDIA AGUDA EM CRIANÇAS
MENORES DE UM ANO: UMA PROPOSTA EDUCATIVA

Polo Alfenas/ Minas Gerais

2016

JORGE LUIS RAMOS LLORENTE

**REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE OTITE MÉDIA AGUDA EM CRIANÇAS
MENORES DE UM ANO: UMA PROPOSTA EDUCATIVA**

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

Orientador: Dra. Liliane Da Consolação Campos Ribeiro

Polo Alfenas/ Minas Gerais

2016

JORGE LUIS RAMOS LLORENTE

**REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE OTITE MÉDIA AGUDA EM CRIANÇAS
MENORES DE UM ANO: UMA PROPOSTA EDUCATIVA**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Liliane Da Consolação Campos Ribeiro (Orientadora)

Examinador 2: Profa. Gabriela de Cássia Ribeiro

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

DEDICATORIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e a todos aqueles que de alguma forma, estiveram e estão próximos a mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela minha vida, família e amigos.

À Instituição pelo ambiente criativo e amigável que proporciona.

Aos professores, pela orientação, apoio e confiança.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação.

A verdadeira motivação vem de realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento.

Frederick Herzberg

RESUMO

Piranguçu é um município da microrregião de Itajubá, na parte sul do estado de Minas Gerais, no Brasil. Existe elevada incidência de infecções respiratórias agudas especialmente Otite Média Aguda (OMA). A alta incidência de Otite Média Aguda em crianças menores de um ano, assim também, pelas consequências que a doença pode deixar nas crianças nesta idade, levou à escolha deste problema como tema para o projeto de intervenção. Elaborou-se uma proposta de intervenção, com base no resultado do diagnóstico situacional realizado, com vistas a reduzir a incidência de Otite Média Aguda em crianças menores de um ano. Para o desenvolvimento desta Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES que abordou o nível de informação (pouco conhecimento do usuário sobre a doença), hábitos e estilo de vida da população pouco saudável e deficiência do processo de trabalho da equipe de saúde em relação ao tema (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).

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

ABSTRACT

Piranguçu is a municipality of the microrregião of Itajubá, in the south of the state of Minas Gerais, in Brazil. There is a high incidence of acute respiratory infections especially Acute Otitis Media (AOM). The high incidence of AOM in children under one year so the consequences that the disease can leave the children at this age, led to the choice of this issue as the theme for the intervention project. It was elaborated an intervention proposal aimed at reducing the incidence of AOM in children under one year, the Health Program Family Urbano, city of Piranguçu. For the development of this intervention was used the Strategic Planning Method Situational - PES. Most of the monitoring and evaluation of the effectiveness of the intervention was made by monitoring average Otitis index in children under one year old. They were also made meetings with the population to assess the level of information before and after the educational proposal. The age group most affected by OMA was nine to eleven months among infants, males and artificial feeding were risk factors most keenly reported; most mothers were between 20 and 30 years old and the average level of education was the most reported.

Key words: Acute Otitis. Health Program Family. Breast Feeding. 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	Scientific Electronic Library Online
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo Geral.....	15
3.2 Objetivos Específicos.....	15
4 METODOLOGIA.....	16
4.1 Identificação dos problemas.....	16
4.2 Priorização dos problemas.....	16
4.3 Descrição do problema.....	17
4.4 Explicação do problema.....	17
4.5 Identificação dos “nós críticos”.....	18
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
5.1 Contexto histórico do surgimento da otite.....	19
5.2 Definição.....	19
5.3 Classificação.....	20
5.4 Etiologia.....	20
5.5 Patogênese.....	21
5.6 Epidemiologia.....	21
5.7 Quadro Clínico.....	22
5.8 Diagnóstico.....	22
5.9 Tratamento.....	23
5.9.1 Tratamento médico.....	23
5.9.2 Tratamento cirúrgico.....	24
5.10 Complicações.....	24
5.11 Sequelas.....	24
5.12 Fatores de risco e prevenção.....	24
5.13 Processo de trabalho na ESF.....	26
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

Piranguçu é um município da microrregião de Itajubá, localizado no estado de Minas Gerais - Brasil. Sua população estimada em 2013 era de 5 219 habitantes. A área é de 203,619 km² e a densidade demográfica é de 25,22 habitantes por quilômetro quadrado. Seus municípios limítrofes são Itajubá a norte e nordeste, Wenceslau Braz a sudeste, Campos do Jordão e São Bento do Sapucaí (ambos em São Paulo) a sul, Brasópolis a oeste e Piranguinho a noroeste, segundo informações do IBGE.

A história de Piranguçu começa quando o Senhor Felizardo Ribeiro Cardoso, após casar-se com Dona Inês Maria de Jesus, em Soledade de Itajubá, vem fazer morada nas terras herdadas de seu pai, Manuel Ribeiro Cardoso. Por volta do ano de 1834, o Senhor Felizardo construiu sua fazenda nas terras do Piranga-Uçu, isto é, da “Pedra Vermelha Grande”, como os índios Puri-Coroados-Puri “gente mansa ou tímida”- as chamavam. Os bugres chamavam qualquer pedra elevada, que apresentasse a cor vermelha, em vez de Itapiranga - Pedra Vermelha - simplesmente piranga. A grande Pedra Vermelha, como ainda hoje é chamada, era Piranga-Uçu, que se tornou Piranguçu.

Na nova fazenda que compreendia as terras entre o ribeirão Piranguçu, o das Anhumas e as terras do vale São Bernardo, o senhor Felizardo construiu a casa-grande, adquiriu muitos escravos, iniciou a criação de rebanho e cuidou de muitas plantações, entre elas a cultura do fumo, que era a principal fonte de riqueza de todo o sul de Minas.

Junto à fazenda de Felizardo Cardoso, outros posseiros foram se estabelecendo, entre eles Inácio Lemes da Silva, que em 1838 fez a doação de um terreno no alto do morro para a construção de uma capela consagrada a Santo Antônio. Construída a capelinha, as primeiras missas foram celebradas pelo Padre Lourenço da Costa Moreira, fundador da cidade de Itajubá. Anos depois, o Senhor Felizardo demoliu essa pequena ermida e construiu em seu lugar uma igreja maior e toda ornamentada. A benção do novo templo realizou-se em 21 de agosto de 1853, e era Felizardo Cardoso quem mantinha um capelão às suas expensas. Ao sopé desse morro, cujo alto era coroado pela igreja, nasceu a pequena cidade de Piranguçu.

Por força da lei nº1668 de 17 de setembro de 1870, o lugar foi elevado a Distrito de Paz e, no ano seguinte, passou a categoria de freguesia, desmembrando-se da Paróquia de Itajubá, conforme rezava a lei nº1789 de 22 de setembro de 1871.

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDH de Piranguçu é considerado baixo quando comparado com outros municípios. Seu valor absoluto é de 0,692 (PNUD/2000).

Piranguçu possui bons indicadores sociais, como: baixos índices de mortalidade infantil, que tem tido pouca variação nos últimos anos, bons índices de cobertura dos serviços de esgotamento sanitário – SECRETARIA DE OBRAS (83%) e de abastecimento de água – COPASA (98%), baixas taxas de analfabetismo da população com mais de 15 anos, com tendência de queda crescente.

Dados do último Censo Agropecuário do ano de 2006, mostram que atualmente há um aumento significativo no número e na área total de estabelecimentos rurais bem como no desenvolvimento agropecuário, com o aumento da produtividade de verduras e legumes, cafeicultura, cultura de banana e hortifruti.

O Conselho Municipal de Saúde é instrumento deliberativo e consultivo; as reuniões são mensais. Composição: 50% de usuários, 25% Trabalhadores da Saúde e 25% Governo e Prestadores. Sem sede própria, sem secretária executiva.

A Estratégia Saúde da família tem 98,45% de cobertura e quatro 4 pontos de consultas na zona rural.

Não existe um serviço específico para Referência e Contra Referência no município, as especialidades são encaminhadas para os municípios de acordo com as necessidades e são divididos entre os municípios de Itajubá, Pouso Alegre e Poços de Caldas. Porém não há uma contra referência desses municípios para o município de Piranguçu.

A média e alta complexidade do município também se dirige para os municípios de Itajubá, Pouso Alegre e Poços de Caldas

A população mora em casas confortáveis, com aparelhos eletrodomésticos como TV, ventiladores, equipo de sons, geladeira. Algumas não confortáveis com pouco equipamento, por exemplo, TV e geladeira. Aprecia se falta de higiene em

algumas vivendas. Gostam de musica, esporte como futebol. Existe transporte da prefeitura para escola. Morrem principalmente de doenças crônicas, idosos e acidentes conforme dados do Relatório Anual de Gestão-RAG de 2014..

A comunidade conta também com consultórios odontológicos privados, duas escolas publicas, uma creche, três igrejas Católicas e protestantes. Além tem uma biblioteca pública

Dentre os vários problemas identificados pela equipe do PSF Bonfim, quando da realização do diagnóstico situacional, a alta incidência de doenças respiratórias, principalmente a otite média aguda, foi considerada a mais importante. Esse trabalho tem o objetivo de realizar uma revisão de literatura sobre Otite Media Aguda e elaborar uma proposta de intervenção com vistas a reduzir a incidência dessa doença em crianças menores de um ano, no PSF Urbano, município de Piranguçu.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta incidência de Otite Média Aguda em crianças menores de um ano assim também pelas consequências que a doença pode deixar nas crianças nesta idade.

A otite média aguda se constitui em um problema de grande importância devido a sua grande prevalência e a gravidade do quadro, representada por eventuais complicações infecciosas. Além disso, a hipoacusia condutiva, que se estabelece nos períodos de crise, pode apresentar impacto negativo sobre as habilidades auditivas e linguísticas (CRUZ; SOUZA; ALVARENGA, 2008).

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um projeto de intervenção, portanto a proposta é viável.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Elaborar uma proposta de intervenção com vistas a reduzir a incidência de Otite Média Aguda em crianças menores de um ano, no PSF Urbano, município de Piranguçu.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar uma revisão de literatura sobre o tema;
- Realizar promoção em saúde junto a população;
- Elaborar um material didático dobrável (Folder) destinado às mães de lactantes com OMA para ajudar a levantar e aprofundar os conhecimentos desta doença;
- Organizar o processo de trabalho.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção realizado no município de Piranguçu. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES proposto por CAMPOS, FARIA E SANTOS (2010): identificação dos problemas, priorização do problema, descrição do problema, explicação do problema, identificação dos nós críticos.

4.1 Identificação dos problemas

Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- Elevada incidência de doenças respiratórias especialmente Otite Média Aguda.
- Alta prevalência de Hipertensão Arterial.
- Alta prevalência de Diabetes Mellitus.
- Alta dependência a psicofármacos.
- Hiperlipidemia.
- Baixa adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento.
- Alcoolismo.
- Incidência elevada de gravidez na adolescência.

4.2 Priorização dos Problemas

Quadro 1: Priorização dos problemas da Equipe de Saúde da Família Urbano, em Piranguçu, Minas Gerais.

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	Alta	5	Dentro
Alcoolismo	Média	2	Parcialmente
Alta dependência a psicofármacos	Alta	3	Dentro
Incidência elevada de gravidez na adolescência	Média	2	Fora
Alta prevalência de Diabetes Mellitus	Alta	4	Dentro

Fonte: Próprio autor, 2015.

Foi acordada a seguinte ordem de prioridade:

1. Elevada incidência de infecções respiratórias agudas especialmente Otite Média Aguda.
2. Alta prevalência de Hipertensão Arterial.
3. Alta prevalência de Diabetes Mellitus.
4. Baixa adesão de Hipertensos e diabéticos ao tratamento.
5. Hiperlipidemia.
6. Alta dependência a psicofármacos.
7. Alcoolismo
8. Incidência elevada de gravidez na adolescência

4.3 Descrição do Problema

O tema escolhido para ser abordado foi a elevada incidência de infecções respiratórias agudas especialmente Otite Média Aguda. As questões mais relevantes que se levantou para justificar esse desajuste foi o fato de que 70% dos lactentes da área de abrangência apresentar Otite Média Aguda no ano de 2014.

4.4 Explicação do problema

Entre os principais problemas que afetam as nossas crianças, as infecções respiratórias agudas, ocupam um papel de destaque, tanto em morbidade quanto

em mortalidade. Dentre elas a Otite Média Aguda, não é só a patologia mais comum, mas também a causa mais frequente do uso de antibióticos na infância.

Estima-se que todos os anos 25 milhões de consultas pediátricas associadas à Otite Média Aguda são feitas. Isto é provavelmente devido a uma combinação de fatores que vão desde uma verdadeira mudança no padrão da doença para uma maior conscientização do problema por parte dos médicos, que são responsáveis por diagnosticar e tratar corretamente a doença, não só por ser uma doença comum, mas também porque ela é seguida de grandes complicações. No Brasil as estatísticas indicam um aumento da morbidade dessa doença em pacientes pediátricos com maior incidência em lactentes e de transição, situação também registrada na cidade de Piranguçu, como evidenciado no estudo de MARANHÃO; ANDRADE; GODOFREDO; MATOS; PENIDO, 2013.

É o propósito do Ministério da Saúde, seguindo os parâmetros da Reunião Mundial da Criança, tomar ações para o controle das infecções respiratórias agudas com extensão ao domicílio (YONAMINE; TUMA; SOARES; TESTA, 2009).

4.5 Identificação dos “nós críticos”

- Nível de informação (pouco conhecimento do usuário sobre a doença);
- Hábitos e estilo de vida da população pouco saudável;
- Deficiência do processo de trabalho da equipe de saúde em relação ao tema (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).

Foi realizada a partir daí uma revisão de literatura sobre o tema em questão por meio de levantamento bibliográfico publicados nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), entre os anos de 2000 e 2015, onde foram selecionados artigos na língua portuguesa. Foram pesquisados, também, sites de pesquisa para coleta de dados tais como o IBGE. Os seguintes descritores foram utilizados: Otite Média, Programa de Saúde da Família, Aleitamento Materno, Educação em Saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Contexto histórico do surgimento da otite

A otite média aguda é uma condição patológica aguda do ouvido médio, caracterizada pela presença na caixa timpânica de exsudado, cujas características variam de acordo com sua etiologia. Hoje em dia sabe-se que esta entidade é uma das doenças infecciosas mais comuns na infância, devido à frequentes infecções das vias aéreas superiores; a presença de uma tuba de Eustáquio curta, reta e larga que facilita o acesso aos germes no ouvido; alimentação em decúbito dorsal, que tende a facilitar a regurgitação de alimentos para a tuba de Eustáquio e ouvido médio e; finalmente, a abundância de tecido linfóide que obstrui a tuba de Eustáquio (PEREIRA; RAMOS, 2000).

Estudos nos Estados Unidos, Finlândia, Alemanha e outros países relataram um aumento na incidência desta doença, especialmente em crianças e adultos jovens, a partir do ano de 1965, sendo, mais dramático, nos últimos 15 anos. Durante este período, o número de visitas ao médico por esse motivo aumentou 9,91 milhões em 1975 para 24,5 milhões em 2001 (ROBAINA; CAMPILLO, 2003).

No Brasil as estatísticas mostram um aumento da morbidade desta doença em idade pediátrica, com maior incidência em lactentes, situação que a cidade Medina não está isenta, fato que tem sido observado em consultas de médico de família e consulta especializada de Pediatria (COSTA, 2005).

Por esse motivo e por fazer cumprir as finalidades do Ministério da Saúde, para elevar o nível de promoção da saúde da população brasileira, prevenção e reabilitação, se decidiu realizar esta proposta de intervenção a fim de identificar os fatores de risco desta doença em nossos lactentes, para assim agir sobre eles e garantir a saúde deles.

5.2 Definição

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) é complicada com a OMA (MOORE; HUTCHINGS; MEYER, 2007).

É um processo infeccioso causado por inflamação do ouvido médio e cujos sintomas incluem: otalgia, surdez, febre e mal-estar, geralmente é um processo com uma duração de 2 semanas ou menos (MOORE; HUTCHINGS; MEYER, 2007).

5.3 Classificação

De acordo com seu tempo de evolução, a doença pode ser subdividida em agudas, quando o processo leva não mais que três semanas; subaguda, quando infecção dura de três semanas a três meses e; crônica, quando a doença dura mais de três meses (MAXSON; YAMAUCHI, 2006).

Segundo Burnstein (2006) o IV Simpósio de otite média, que teve lugar em Bal Harbour, Florida, propôs a seguinte classificação:

- Miringite: quando é uma inflamação da camada exterior da membrana timpânica que pode ocorrer isoladamente ou associada a uma inflamação do canal auditivo externo;
- Otite média aguda supurativa: é uma infecção aguda do ouvido com exsudado e de curta duração;
- Otite média secretora (otite média serosa, otite média crônica com derrame): quando há fluido no ouvido médio por trás de uma membrana timpânica integral sem sintomas ou sinais agudos;
- Otite média supurativa crônica (otite média crônica): quando há presença de descarga crônica do ouvido médio através de uma perfuração da membrana timpânica.

5.4 Etiologia

Uma grande porcentagem de crianças menores de sete anos de idade teve pelo menos um episódio de otite média aguda. Aproximadamente 10% das crianças com menos de três meses apresentam um episódio de otite média aguda e sua incidência de pico varia entre seis e 15 meses de idade. Os germes que estão envolvidos na patogênese desta entidade são: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella branhamella* vírus como rinovírus e adenovírus (RAMOS, 2001).

5.5 Patogênese

A patogênese se sustenta, em primeiro lugar, na disfunção da tuba auditiva. Este duto conecta o ouvido médio com a nasofaringe e permite a ventilação e a drenagem de secreções, isso desencadeia uma série de eventos fisiopatológicos, começando com uma progressiva diminuição da pressão dos gases dentro do ouvido médio, produto de difusão de CO₂, O₂ e N₂ para o espaço vascular, criando uma pressão negativa na cavidade da orelha que traz um aumento da permeabilidade vascular e extravasamento de líquido seroso. Como ela evolui, a permeabilidade capilar torna-se mais grave, o fluido seroso torna-se um exsudado e se produz um aumento da pressão hidrostática que leva a uma perfuração da membrana timpânica (YONAMINE *et al.*, 2009).

Os vírus desempenham um papel na patogênese, porque eles alteram os receptores epiteliais respiratórios e promovem a adesão bacteriana, reduzindo a resposta imune, que promove o desenvolvimento de infecção bacteriana secundária por bactérias que colonizam a nasofaringe. Estudos de otite média demonstraram a resolução espontânea em mais de metade das crianças dentro dos três primeiros meses (YONAMINE *et al.*, 2009).

5.6 Epidemiologia

Quase 85% dos pacientes sofreram pelo menos um episódio de OMA chegando aos três anos de idade e, 50% das crianças sofreram dois ou mais episódios. Lactentes e crianças jovens têm um risco aumentado de otite média. Crianças que sofrem de otite média no primeiro ano de vida têm um risco maior de desenvolver a doença aguda, recorrente ou crônica (FREITAS *et al.*, 2014).

As evidências mostraram que os seguintes fatores ambientais podem aumentar o risco potencial de adquirir otite média crônica, eles são: crianças alimentando-se com fórmulas em lugar de leite materno e tabagismo passivo. A exposição secundária à fumaça do cigarro está associada com aumento do risco de otite média (FREITAS *et al.*, 2014).

Em estudos realizados em crianças com otite média, que são cuidados no domicílio, em comparação com aqueles que frequentam creches, verificou-se que as crianças na creche têm um maior risco de aquisição. (FREITAS *et al.*, 2014).

5.7 Quadro clínico

Segundo Cruz, Souza e Alvarenga (2008) a tubo-timpanite é o estágio mais adiantado da OMA e ocorre devido à obstrução da tuba de Eustáquio. Ao exame do ouvido médio, observa-se a membrana timpânica com o reflexo da luz e mobilidade diminuída através da aplicação de pressão do ar externo, pode haver um derrame seroso e retração da membrana, pode desaparecer completamente o reflexo da luz e a membrana ser menos transparente ou opaca. Na fase de hiperemia, o paciente experimenta sintomas de mal-estar, febre > 39°C e dor de ouvido. Injeção dos vasos ao redor da margem da membrana timpânica é observada no exame. Podem-se ver com destaque os vasos sanguíneos na parte superior do canal auditivo externo.

Ainda segundo Cruz, Souza e Alvarenga (2008), numerosos estudos concluíram que é possível reduzir a incidência de OMA, agindo ao nível da família, educando a família na erradicação de alguns fatores ambientais que podem atuar como fatores de risco. Além disso, é sabido, que a identificação de sintomas e tratamento precoce reduz o risco de complicações.

5.8 Diagnóstico

Diagnóstico OMA deve incluir uma história médica adequada e um exame físico completo, com destaque na inspeção do ouvido médio, que só pode ser obtido através do uso de um otoscópio. O exame clínico deve ser feito com a máxima suavidade e cuidados, tanto para evitar dor e maior ansiedade no paciente, como para permitir a observação de qualquer alteração das estruturas. O exame físico não é simples em pacientes pediátricos, motivo pelo qual deve se ter paciência e habilidade adquirida ao longo do tempo para fazê-lo. A OMA manifesta-se clinicamente com retração, eritema, diminuição do reflexo da luz e diminuição da movimentação da membrana timpânica; também pode se apresentar uma diminuição da audição (PEREIRA; RAMOS, 2000).

Em um estado avançado de inflamação pode haver ruptura de membrana timpânica, geralmente na parte tensa, com saída de material francamente purulenta, sanguinolenta ou serosa; a perfuração é geralmente pequena, o que a distingue de etiologias mais raras (otite necrosante crônica, tuberculose, recorrência aguda de otite), e uma vez que o pus drena, os sintomas diminuem significativamente (PEREIRA; RAMOS, 2000).

Idealmente a Timpanometria é necessária para identificar as diferenças de pressão dentro e fora da orelha e confirmar a presença de líquido; também a reflectometria acústica é um método não invasivo para identificar derrame no meio através da reflexão do som ouvido. Testes de audiometria estabelecem o grau de envolvimento na acuidade auditiva (PEREIRA; RAMOS, 2000).

5.9 Tratamento

5.9.1 Tratamento médico

Otite média aguda é considerada um problema clínico que exige uma manipulação adequada e a seleção de antibióticos. É importante notar que existem algumas ferramentas que ajudam ao pediatra a formular uma estratégia de tratamento adequado. No entanto, em revisões recentes, tem sido observado que o uso precoce de antibióticoterapia melhora o curso clínico da OMA, reduzindo os sintomas e a incidência de complicações supurativa como mastoidite (FEIGIN; KLINE, 2007).

No entanto, na era pré-antibiótica, alguns casos curavam espontaneamente. Foram observadas, em 3% dos casos, graves complicações intracranianas, que caíram até 0,15% com a introdução de antibióticos (SAKANO *et al.*, 2006).

A maioria dos especialistas continua recomendando a amoxicilina para iniciar tratamento empírico de todos os episódios de otite aguda, no entanto, a ação do antibiótico pode ser limitada, uma vez que entre 25 e 30% dos casos apresenta organismos produtores de betalactamasa (SIH, 2008).

A administração de cefalexina e amoxicilina em doses terapêuticas excede a concentração inibitória mínima de gram-positivas e a maioria das cepas de *H. influenzae*. Então, estes antibióticos, são a primeira escolha e, nos casos de resistência, recomenda-se o uso de TMP-SMX ou Amoxicilina/Clavulanato. Recomenda-se tratamento conservador de 10 dias de terapia com antibióticos, embora alguns estudos tenham tido resultados aceitáveis com 5 a 7 dias de tratamento. Quando um paciente não melhora após 72 horas de tratamento com amoxicilina, deve ser trocado o antibiótico (METER; ROLAN, 2006).

Outras terapias recomendadas são: analgésicos, antipiréticos, descongestionantes e anti-histamínicos. Os pacientes devem ser reexaminados em até três ou quatro semanas. É muito provável que 40% deles ainda tenham líquido, mas em três meses, a porcentagem deve ser inferior a 10%.

É importante se certificar de que o vazamento seja resolvido, pois caso contrário pode causar diminuição da acuidade auditiva e necessidade de drenagem, profilaxia ou adenoidectomia (METER; ROLAN, 2006).

5.9.2 Tratamento cirúrgico

Tratamento cirúrgico da otite média vai de procedimentos que facilitam a drenagem do ouvido (miringotomia) para otimizar o regulamento da pressão no ouvido médio (tubos de ventilação) até a total erradicação da infecção (mastoidectomia) (WALL; GUERRA, 2006).

5.10 Complicações

Segundo Wall e Guerra (2006) as complicações podem ser intratemporais e intracranianas. Dentro das intratemporais temos a perda de audição, perfuração da membrana timpânica, mastoidite aguda, labirintite, paralisia facial e colesteatoma. As complicações intracranianas são a meningite, abscesso epidural, empiema subdural, encefalite focal otogênica, abscesso cerebral e trombose do seio lateral.

5.11 Sequelas

Se a perda auditiva é a complicação mais comum da otite média, as consequências desta doença significam déficit no desenvolvimento da linguagem, por isso bebês requerem maior sonoridade que crianças pré-escolares ou adultas em ambientes silenciosos (NOZZA *et al.*, 2006).

Tem sido demonstrado, também, que mesmo quando a audição melhora com tubos de ventilação, pacientes podem mostrar ainda mudanças na percepção da linguagem, é preciso tempo para normalizar. Foi postulado que os mecanismos centrais da audição não amadurecem quando um ou os dois ouvidos têm déficit auditivos. Mas em teste psicológico, que mede a inteligência global, não foi demonstrado que as crianças com otite média recorrente são menos inteligentes, menos persistentes e/ou menos atenciosas, mas mostraram menos entusiasmo em suas respostas em geral (NOZZA *et al.*, 2006).

5.12 Fatores de risco e prevenção

Entre os fatores de risco desta doença, na área de saúde do PSF Bonfim estão o sexo masculino e a amamentação artificial, seguido do fumo passivo em casa.

Estes dados são consistentes com outros autores, segundo Lubianca, Hemb e Silva (2006), existe uma relação à ocorrência de OMA em crianças com o desmame precoce, provando, mais uma vez, a importância da amamentação, especialmente o seu poder imunológico e antibacteriano.

Por outro lado, a fumaça do cigarro inclui vários contaminantes que danificam o trato respiratório e tem mostrado uma associação entre a ocorrência de doenças e exposição à fumaça, principalmente em bebês e crianças em que a mãe é fumante do que para o pai fumante. E preciso que as mães conheçam os fatores de risco para padecer OMA, pois isto permite realizar medidas preventivas no lar, dirigidas a melhorar o manejo dos casos (LUBIANCA; HEMB; SILVA, 2006).

Vários autores têm desenvolvido estratégias para aumentar o conhecimento das famílias em relação aos principais fatores de risco desencadeantes como condições socioeconômicas, demográficas e ambientais, risco nutricional entre outros. Os fatores de riscos demográficos e socioeconômicos não podem mudar mediante programas de saúde pública, mas seu conhecimento é importante, pois permite identificar a situação de risco (LUBIANCA; HEMB; SILVA, 2006).

Ainda segundo Lubianca, Hemb e Silva (2006), é muito importante para as mães a procura de atendimento médico ante a evidência dos primeiros sinais e sintomas sugestivos de estágios iniciais ou fases da história natural da OMA, como é a fase de hiperemia, e não quando já tenham se estabelecido as fases de drenagem ou mastoidite aguda, pois, nestas fases, há maior chance de complicações e sequelas. Uma avaliação médica precoce melhora o resultado e o prognóstico destes pacientes. Daí a importância de elevar o nível de conhecimento das mães em relação à OMA.

É comum as mães aplicarem remédios caseiros para aliviar os sintomas da OMA. O fato de elas possuírem mais conhecimento sobre a ineficácia deste procedimento, dominarem o tempo da duração do tratamento, conhecerem a importância das medidas sintomáticas respiratórias e das complicações que poderiam ocorrer com o descumprimento destas medidas terapêuticas, proporciona uma melhor evolução para a recuperação do paciente com esta doença (LUBIANCA; HEMB; SILVA, 2006).

Outro elemento importante na prevenção da OMA são as vacinas. A vacina antipneumocócica heptavalente, apesar de não provocar uma redução importante na incidência geral da otite média aguda, irá alterar o perfil microbiológico desta

enfermidade, com menor incidência de sorotipos de pneumococo com resistência antibiótica, menor incidência de otite média recorrente e otite média com efusão. Além disso, uma possível redução na necessidade do uso de antibióticos pode ser esperada, já que microorganismos de menor virulência terão um aumento importante na etiologia da OMA (FELIX *et al.*, 2008).

Com relação à vacina antivírus Influenza atualmente disponível no país, foi mostrada redução na incidência de otite média aguda sazonalmente, no período anual de maior infecção pelo vírus. No entanto, fora desse período e em crianças sem fatores de risco para Influenza, não apresentou alteração (FELIX *et al.*, 2008).

5.13 Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família

A implantação da Estratégia Saúde da Família é uma forma de propiciar saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente. Nesta visão é preciso conhecer aspectos específicos como a estrutura e funcionalidade das famílias, visando o desenvolvimento de intervenções positivas no processo de saúde doença das crianças menores de um ano. Isso implica na ampliação da compreensão do processo saúde doença e vai além do desenvolvimento de práticas curativas da OMA. É preciso uma abordagem multidisciplinar, processo diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização do processo de trabalho (FARIA *et al.*, 2010).

A equipe de saúde deve estar capacitada e acreditada em atenção à saúde da família, possuir adequada comunicação com a população e realizar o diagnóstico de saúde da área de abrangência para assim identificar os fatores de risco de aparição da OMA e poder modificá-los. Devem-se também desenvolver atividades em grupo com as mães dos lactentes onde participarem todos os membros da equipe tendo como objetivo melhorar a qualidade e a efetividade destas atividades, melhorando assim a assistência a ser oferecida à população. Deve-se insistir na criação de uma cultura propicia a mudança e a implementação de um modelo de atenção com prioridade para ações de promoção de saúde (FARIA *et al.*, 2010).

Realmente precisam-se fortalecer as equipes de trabalho para que haja mudanças necessárias á construção do modelo assistencial que a população necessita. Embora exista uma cultura e vontade a essa mudança, ainda persistem nas instituições, questões no processo de trabalho que precisam mudar, e, o que se

percebe, é uma resistência, devido a que foram perpetuadas ao longo de anos (FARIA *et al.*, 2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Quadro 2 – Operações sobre o Nível de informação (pouco conhecimento do usuário sobre a doença), relacionado ao problema: Elevada incidência de infecções respiratórias agudas especialmente Otite Média Aguda, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Urbano, em Piranguçu, Minas Gerais

Nó crítico 1	Nível de informação (pouco conhecimento do usuário sobre a doença).
Operação	Saber mais
Projeto	Avaliação do nível de informação das mães dos lactentes sobre a Otite Média Aguda. Capacitação aos membros da ESF sobre Otite Média Aguda.
Resultados esperados	Aumentar o nível de informação das mães de lactentes em relação com a Otite Média Aguda. Profissionais de saúde sabendo melhor o assunto e como transmiti-lo
Produtos esperados	Mães de lactentes mais informadas sobre Otite Média Aguda. Membros da ESF capacitados sobre Otite Média Aguda.
Atores sociais/ responsabilidades	ESF, mães de lactentes, líderes da comunidade, monitoras da creche.
Recursos necessários	Estrutural: Organização da agenda. Cognitivo: Conhecimento de estratégias de comunicação. Financeiro: - Político: articulação intersetorial.
Recursos críticos	Político > articulação intersetorial.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Educação. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Avaliação do nível de informação das mães dos lactentes sobre a Otite Média Aguda Capacitação da equipe

Responsáveis:	Médico
Cronograma / Prazo	Três meses para a capacitação dos profissionais de saúde Três meses para iniciar as atividades educativas para a população
Gestão, acompanhamento e avaliação	Início em 4 meses e término em 6 meses.

Fonte: Próprio autor, 2015.

Quadro 3 – Operações sobre os Hábitos e estilo de vida da população pouco saudável, relacionado ao problema: Elevada incidência de infecções respiratórias agudas especialmente Otite Média Aguda”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Urbano, em Piranguçu, Minas Gerais

Nó crítico 2	Hábitos e estilo de vida da população pouco saudável.
Operação	Mais saúde
Projeto	Modificar estilos
Resultados esperados	Diminuir os casos de Otites Média Aguda em lactentes.
Produtos esperados	Material educativo (folheto) voltado para mães de lactentes para ajudar a elevar e aprofundar o conhecimento sobre esta doença.
Atores sociais/ responsabilidades	ESF, mães de lactentes, líderes da comunidade, monitoras da creche.
Recursos necessários	Organizacional: para fazer grupos de mães dos lactentes. Cognitivo: nível de informação do tema. Político: conseguir o local para as reuniões com os grupos de mães de lactentes. Mobilização social intersetorial com a rede. Financeiro: para folheto educativo.
Recursos críticos	Político > conseguir o espaço ou local para reuniões com os grupos de mães de lactentes. Financeiro > para aquisição de recursos, folhetos educativos, etc.
Controle dos recursos	Ator que controla: Secretário de Saúde

críticos / Viabilidade	Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Desenhar material educativo (folheto) voltado para mães de lactentes para ajudar a elevar e aprofundar o conhecimento sobre esta doença. Reuniões com grupos de mães de lactentes para aprofundar sobre a Otite Média Aguda.
Responsáveis:	Médico e enfermeira.
Cronograma / Prazo	Três meses para o início das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Três meses para o início das atividades.

Fonte: próprio autor, 2015.

Quadro 4 – Operações sobre a deficiência do processo de trabalho da equipe de saúde em relação ao tema (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo), relacionado ao problema: Elevada incidência de infecções respiratórias agudas especialmente Otite Média Aguda, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Urbano, em Piranguçu, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Deficiência do processo de trabalho da equipe de saúde em relação ao tema (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).
Operação	Cuidar Melhor Linha de Cuidado
Projeto	Implantar linha de cuidado para pacientes com Otite Média Aguda incluindo os mecanismos de referência e contra-referência.
Resultados esperados	Cobertura ao 100% dos pacientes com Otite Meia Aguda.
Produtos esperados	Linha de cuidados implantada. Protocolos implantados. Pessoal capacitado.

Atores sociais/ responsabilidades	ESF, mães de lactantes, líderes da comunidade, monitoras da creche.
Recursos necessários	Cognitivo: Elaboração de projetos de linha de cuidados e protocolos. Políticos: articulação entre os setores da saúde, adesão dos profissionais. Organizacional: adequação de fluxos (referencia e contra referencia)
Recursos críticos	Financeiro > recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos). Político > articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Linha de cuidado para lactantes com Otite Média Aguda implantada, protocolos implantados, de recursos humanos capacitados, gestão da linha de cuidado implantada.
Responsáveis:	Médico e coordenador de ABS.
Cronograma / Prazo	Início em 3 meses e finalização em 12 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Três meses para o início das atividades.

Fonte: Próprio autor, 2015.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maior parte do acompanhamento e avaliação da efetividade da intervenção será feita através do acompanhamento do índice de Otite Média em crianças menores de um ano. Também serão feitos encontros com a população para avaliar o nível de informação antes e depois da proposta educativa e colher sua opinião sobre o impacto da intervenção em sua vida diária, em princípio após seis meses do início do projeto, e novamente, após um ano.

Os resultados serão divulgados para a população, como forma de incentivar sua participação. O grande mérito desse projeto de intervenção foi, aproveitando os conhecimentos ministrados pelo Curso de Especialização, criar um projeto de intervenção de fácil execução pela equipe de saúde da família e baixo custo geral, mas com um grande impacto positivo sobre a vida e a saúde da população adstrita.

Espera-se com este plano de ação elevar o nível de conhecimento das mães de crianças menores de um ano sobre os fatores de risco da OMA, assim como, lhes ensinar a identificar os sinais e sintomas precoces e a conduta a seguir. Espera-se, também organizar o processo de trabalho na Equipe de Saúde da Família eliminando as deficiências existentes no atendimento e acompanhamento do paciente com OMA. Com todas estas ações, pretende-se reduzir a incidência de OMA nos lactentes dando solução, desta forma, a uns dos problemas de saúde da área de abrangência da equipe.

REFERÊNCIAS

BURNSTEIN, J. A. Otitis media in children. New England. **Journal of Medicine**. New England, England n.17, p.1151-1152, 2006.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. nescon/ufmg - curso de especialização em atenção básica em saúde da família 2ed. Belo Horizonte: nescon/ufmg, p.110, 2010.

CENSO POPULACIONAL 2010. **Censo Populacional 2010**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010.

COSTA, S. Otite média: problema antigo, polêmica atual. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro vol.81, no. 2, p.97-98, 2005.

CRUZ, O. ; SOUZA, M. M.; ALVARENGA, E. Estudo clínico de crianças com otite aguda. **Revista Brasileira de Medicina Otorrinolaringologia**, São Paulo v.5, n.3, p.92-95, 2008.

FARIA, H. ; *et al.* **O Processo de Trabalho e seus Componentes**: Nescon/UFMG; Coopmed, 2010.

FEIGIN, R. D. ; KLINE M. V. ; SPECTOR G. **Otitis Media-Infectins Disease**. Philadelphia: W.B.Saunders, 2007.

FELIX, F *et al.* O papel de novas vacinas na prevenção da otite média. **Revista Brasileira Otorrinolaringologia**, vol.74, no.4, p.613-616, 2008.

FREITAS, C *et al.* **Saúde da criança. Atenção primária à saúde. Políticas públicas**. UNA-SUS/UFMA, 2014.

LUBIANCA, J. ; HEMB, L.; SILVA, D. Fatores de risco para otite média aguda recorrente: onde podemos intervir? - uma revisão sistemática da literatura. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro vol.82, no.2, p.87-96, 2006.

MARANHÃO, A *et al.* Complicações intratemporais das otites médias. **Revista Brasileira de Medicina Otorrinolaringologia**, São Paulo vol.79, no.2, p.141-149, 2013.

MAXSON, S.; YAMAUCHI, T. Acute otitis media. **Pediatric Rev**, New York v.17, n.6, p.191-195, 2006.

METER, S.; ROLAN, H. Otitis Media Aguda em Lactantes. **Pediatric Rev**, New York, v.20, n.1, p.72-124, 2006.

MOORE, D. R.; HUTCHINGS, M. E.; MEYER, S. E. Binaural masking level differences in children with a history of otitis media. **Hear Res**, New York n.63, p.71-78, 2007.

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

PEREIRA, M.; RAMOS, B. Otite média aguda e secretora. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro v.74, n.1, p.21-30, 2000.

RAMOS, B. Tratamento da otite média aguda e otite média aguda recorrente. **Jornal de Otorrinolaringologia Pediátrica**, Rio de Janeiro n. 21, p.7-14, 2001.

ROBAINA, G.; CAMPILLO, R.; Morbilidad y manejo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. **Revista Cubana Pediatría**, La Habana v.75, n.3, 2003.

SAKANO, E *et al.* Atualização em tratamento da otite média aguda na infância, baseada em evidências e centrada no paciente. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo vol.52, no.4, p.201-201, 2006.

SIH, T. Paradoxos na abordagem das infecções mais prevalentes na área ORL: tonsilite, sinusite e otite média. **Revista Brasileira Otorrinolaringologia**, São Paulo vol.74, no.5, p.642-642, 2008.

WALL, D. R.; GUERRA, N. Upper Respiratory Tract infection in young Children. **Pediatrics Journal**, Philadelphia v.87, p.129-133, 2006.

YONAMINE, F *et al.* Paralisia facial associada à otite média aguda. **Revista Brasileira Otorrinolaringologia**, São Paulo vol.75, no. 2, 2009.