

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

MAURICIO LEONARDO MARGINI ROCHA

**DOR DE OUVIDO E AS PERCEPÇÕES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE: ENTRE O SABER POPULAR E AS BARREIRAS AO TRATAMENTO**

BAURU
2009

MAURICIO LEONARDO MARGINI ROCHA

**DOR DE OUVIDO E AS PERCEPÇÕES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE: ENTRE O SABER POPULAR E AS BARREIRAS AO TRATAMENTO**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia de Bauru da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre em
Odontologia

Área de concentração: Odontologia em Saúde
Coletiva
Orientadora: Profª Drª Nilce Emy Tomita

BAURU
2009

Rocha, Mauricio Leonardo Margini

Dor de ouvido e as percepções de Agentes Comunitários de Saúde: entre o saber popular e as barreiras ao tratamento/ Mauricio Leonardo Margini Rocha. -- Bauru, 2009.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientadora: Prof^a Dr^a Nilce Emy Tomita

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 74/2007
Data: 29/08/2007

DADOS CURRICULARES

Mauricio Leonardo Margini Rocha

02 de fevereiro de 1978
São Paulo – SP

Nascimento

Filiação

Flamarion Rocha
Maria Nívea Margini Rocha

1998 - 2004

Curso de Graduação em Fonoaudiologia pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP).

2004 – 2005

Aperfeiçoamento em Saúde Coletiva pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP).

2005 – 2006

Aperfeiçoamento em Perícias Forenses em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

2007 – 2009

Curso de Pós-Graduação em nível de mestrado em Odontologia, área de concentração: Saúde Coletiva, pela Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

Associações

CRFa – São Paulo – Conselho Regional de Fonoaudiologia.

DEDICATÓRIA

À **DEUS**,

À minha esposa **Eliana**,

Por toda sua dedicação durante todos esses anos.

Agradeço todo carinho, paciência, cuidado, estímulo e incondicional apoio.

Meu eterno agradecimento com amor e reconhecimento.

À minha filha **Letícia**,

Que abençoou minha vida e me ilumina o futuro.

Aos meus pais,

Que sempre orientaram, acreditaram e motivaram, passando por cima de todas as dificuldades durante essa e todas as outras caminhadas.

Cheguei até aqui e creio que valeram os esforços.

Este título não seria possível, se não fosse o primeiro, que é o maior e insuperável título da minha vida, ser filho de **Flamarion** e **Nívea**

Ao meu irmão **Marcelo**, minha cunhada **Pétria**, sobrinhos **Gabriel**, **Giulia**, **Beatriz**, **Bianca**, **Morane** e **Catarine**.

Vocês que direta e indiretamente sempre estiveram presente nesta minha trajetória.

Se aqui cheguei, também devo à contribuição e apoio de vocês e foram vários tipos, nenhum menos importante, todos indispensáveis.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. **Nilce Emy Tomita**, por todo ensinamento transmitido, sua paciência, dedicação, empenho e entusiasmo em fazer aquilo que acredita e ama, fazendo com que mesmo os momentos difíceis fossem de imenso prazer e alegria. Nunca me esquecerei dos momentos compartilhados, Obrigado.

À Prof^a. Dr^a. **Magali de Lourdes Caldana** e ao Prof. Dr. **José Roberto de Magalhães Bastos**, que durante todos estes anos foram mais do que professores, dando oportunidades, incentivando, acreditando, lutando e torcendo pelo meu sucesso. Agradeço por vocês me acolherem como parte de sua família e compartilhar comigo o surgimento da minha própria família. Os levarei sempre em meu coração.

À Prof^a. Dr^a. **Maria Cecília Bevilaqua**, por honrar-me com sua participação durante o exame de qualificação, contribuindo valiosamente para a construção desta dissertação.

Aos professores do departamento de Saúde Coletiva da FOB/USP, **Dr. Arsênio Sales-Peres**, **Dr^a. Sílvia H. C. Sales-Peres**, e **Dr. José Roberto P. Lauris**, pela imprescindível contribuição à minha formação e por estarem sempre dispostos a ajudar com muito carinho e amizade.

À professora de Saúde Coletiva do departamento de Fonoaudiologia **Dr^a Maria Aparecida Miranda de Paula Machado**, “**Cidinha**”, pelas contribuições a este trabalho e pelo imenso carinho que sempre me concedeu.

Ao Prof. Dr. **Luis Marcelo de Aranha Camargo**, pela amizade e por proporcionar as condições de minha estada no Instituto de Ciências Biomédicas 5 da USP em Rondônia, onde coletei os dados da pesquisa.

À **Secretária de Saúde** do Município de Monte Negro, por autorizarem a execução desta pesquisa.

Aos **Agentes Comunitários de Saúde** do Município de Monte Negro que participaram da pesquisa.

Aos funcionários do Departamento de Saúde Coletiva da FOB/USP, **Marta, Helena, Rosa, Sílvia e Roque**, pela cordialidade que sempre me atenderam e pela amizade construída.

À **Faculdade de Odontologia de Bauru** da Universidade de São Paulo pela oportunidade de alcançar mais uma etapa em minha carreira.

Aos **funcionários da Pós-Graduação** da FOB/USP, pela atenção e disposição concedida.

Aos amigos do programa de Saúde Coletiva, **Adelson, César, Fábio, Cristiane, Juliane, Suzana, Fernanda, Pianta, Karol, Dine, Tati e Roose**, por tê-los ao meu lado nos momentos de trabalho e também de diversão, que não seriam os mesmos sem vocês.

Ao amigo Prof. Ms. **Ismar Eduardo Martins Filho**, que fez os dias que passei em Bauru serem inesquecíveis, tornando-se um membro da minha família. Apesar da distância imposta pelas oportunidades nunca nos esqueceremos de você.

Aos familiares, amigos e todos aqueles que estiveram enviando apoio e energia positiva, além da paciência em entender e aceitar todos os momentos ausentes.

OBRIGADO

"Ninguém acende uma lâmpada e a coloca num lugar onde ficará escondida, ou sob uma tigela. Ao invés disso, coloca-se ela de pé, assim aquele que entrar pode enxergar a luz."

Jesus Cristo

RESUMO

A otite é uma das morbidades infantis que repercute no desenvolvimento da linguagem, causando sintomatologia dolorosa. No âmbito da atenção primária à saúde, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) atua como elo entre a equipe de saúde e a comunidade. Tendo por objetivo revelar a percepção dos ACS frente às dores de ouvido na zona rural de Monte Negro-RO, o método da pesquisa consistiu em entrevistas com 20 ACS. Utilizou-se a figura metodológica discurso do sujeito coletivo. A partir das respostas dos ACS, foram construídas as categorias: sofrimento, patologia, cuidado e desconhecimento. A percepção dos ACS diante da dor de ouvido constrói noções, que não são claras o bastante para se definirem como conceito. Sendo o relato subjetivo do usuário o principal instrumento para mensurar a dor, o encontro de subjetividades que se produz no relato do ACS se deve ao papel de sujeito que trabalha com as diversidades culturais em que está inserido. A compreensão de seu discurso implica a possibilidade de construção de um enfoque da atenção básica à saúde que leve em consideração o saber popular.

Palavras chave: Dor de ouvido. Agente comunitário de saúde. Atenção primária à saúde. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

EARACHE AND THE PERCEPTION OF HEALTH COMMUNITY AGENTS: BETWEEN THE PEOPLE KNOWLEDGE AND BARRIERS TO ASSISTANCE

Otitis is an infantile morbidity directly interfering in the language development process, causing painful symptoms. The Health Community Agent (HCA) acts as a link between the health team and the community. This work aimed at revealing the perception of HCA as for auditory pain, in rural communities of Monte Negro, RO, Brazil. The research method consisted of interviews with 20 HCA. The study was accomplished by the qualitative method, utilizing methodological figures, as Collective Subject Speech. Out of the HCA` answers, central ideas allowed the building of categories such as: suffering, pathology, care, unawareness. The HCA`s perception of earache leads to notions which are not clear enough to be defined as a concept. Being the patients` subjective report the main tool to measure pain, the subjectivities produced in the HCA`s report owe to the role of the individual who works with the cultural diversities in which he/she is inserted. The understanding of his speech implies the possibility of building a focus to basic health attention, taking into account popular wisdom.

Keywords: Earache. Community health agent. Primary health care. Qualitative research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

MAPAS

Mapa 1- Localização do município de Monte Negro-RO	37
Mapa 2- Localização das linhas do município de Monte Negro-RO	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	23
CAPA DO ARTIGO	25
1 INTRODUÇÃO	27
1.1 Acesso à atenção básica	30
1.2 O papel dos agentes comunitários de saúde	31
1.3 A dor de ouvido e as percepções populares	32
2 MÉTODO	35
2.1 Território	37
2.2 População alvo	39
2.3 Coleta de dados	39
2.4 Análise	39
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
3.1 Sofrimento	43
3.2 Patologia	46
3.3 Cuidado	49
3.4 Desconhecimento	50
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	55
ANEXO	63

APRESENTAÇÃO

Este estudo foi realizado como requisito para obtenção do título de mestre do Programa de Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva, área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva.

Os dados originais são aqui apresentados em forma de artigo científico visando à sua publicação em periódico da área de Saúde Coletiva.

A escolha deste formato para apresentação do trabalho fundamenta-se na necessidade de breve divulgação diante da escassez de estudos sobre este tema, de modo a oferecer contribuições à reorganização da atenção básica que contemple alguns aspectos da saúde auditiva.

**DOR DE OUVIDO E AS PERCEPÇÕES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE: ENTRE O SABER POPULAR E AS BARREIRAS AO TRATAMENTO**

- Dor de ouvido e as percepções de agentes comunitários de saúde -

**EARACHE AND THE PERCEPTION OF HEALTH COMMUNITY AGENTS:
BETWEEN THE PEOPLE KNOWLEDGE AND BARRIERS TO ASSISTANCE**

Earache and the perception of health community agents

Maurício Leonardo Margini ROCHA¹

Magali de Lourdes CALDANA²

Nilce Emy TOMITA³

1. Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva. Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo – USP.
2. Departamento Fonoaudiologia. Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo – USP.
3. Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva. Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo – USP.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

NILCE EMY TOMITA

Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva.

Faculdade de Odontologia de Bauru – USP.

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla 9-75

Bauru – SP. CEP: 17012-901

Email: netomita@usp.br

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A audição representa a principal fonte para aquisição das habilidades de linguagem e fala da criança. A criança portadora de deficiência auditiva nos primeiros meses de vida é privada de estimulação sonora no período mais importante de seu desenvolvimento e conseqüentemente, poderá apresentar alterações emocionais, sociais e lingüísticas ¹.

Estima-se que 1,9% das crianças em idade escolar apresentem redução da capacidade auditiva em um ou nos dois ouvidos. Uma perda auditiva leve em uma criança pequena pode interferir gravemente no desenvolvimento da linguagem e no progresso escolar ². Luotonen et al. ³ verificaram que crianças com história de otite média aguda de repetição nos três primeiros anos de vida tinham aproveitamento escolar insatisfatório na leitura, compreensão de textos, expressão verbal e escrita.

A otite média é uma das morbidades de maior prevalência na infância ^{4,5,6}. Estudos epidemiológicos mostraram que durante a década de 1990 houve um aumento significativo na incidência de otite média em crianças e elevada recorrência destes episódios em bebês com até um ano de idade ⁷. Durante os dois primeiros anos de vida a criança poderá experimentar até nove episódios de otite ao ano ⁸.

A otite média é decorrente do acúmulo de líquido ou secreção na região da orelha média, prejudicando a passagem do som até a cóclea. A otite média aguda geralmente está associada com infecção de vias respiratórias superiores e pode ser ocasionada por vírus ou bactéria, sendo mais freqüente a forma bacteriana. A otite média crônica deriva do quadro agudo e pode ocasionar perfuração da membrana timpânica como seqüela de otite média aguda não tratada completamente ⁹.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia ¹⁰, a otite média recorrente pode ser definida como a ocorrência de três episódios de otite média aguda num período de seis meses ou quatro episódios num período de doze meses, com normalização durante as intercrises. Os possíveis fatores de risco para a otite média recorrente são: infecções de vias aéreas superiores; imaturidade e deficiência imunológica; predisposição familiar; sexo (meninos têm maior predisposição a otite média recorrente); etnia (índios e brancos tem maior predisposição a otite média recorrente); adenóide hipertrofiada; posição inadequada ao aleitamento; crianças (por apresentar tuba auditiva mais horizontalizada quando comparada ao adulto); permanência em creches (maior facilidade de contágio por

infecções respiratórias); e exposição à fumaça de cigarro (possibilidade de irritação do trato respiratório superior).

1.1 Acesso à atenção básica

Carvacho et. al.¹¹ verificaram os fatores determinantes do acesso de 200 adolescentes gestantes a serviços de atenção primária à saúde no município de Indaiatuba-SP em cinco dimensões: geográfico, econômico, administrativo, psicossocial e de informação. Além da barreira geográfica, outros fatores influenciam o acesso a serviços de saúde. Entretanto, a oferta e o uso de serviços de saúde não dependem de sua simples existência, mas das facilidades ou dificuldades de seu acesso. De acordo com a maioria das adolescentes estudadas houve menos barreiras de acesso econômicas e geográficas e mais dificuldades administrativas e associadas à falta de informação. A principal dificuldade de acesso ao serviço esteve relacionada a barreiras psicossociais, identificadas por 77,0% das adolescentes.

Thiede e McIntyre¹² discutiram o acesso equitativo à assistência em saúde, com foco no papel da escolha, baseado em três dimensões do acesso: disponibilidade, acessibilidade financeira e aceitabilidade. Os autores definem que é o grau de informação sobre as escolhas que determina o acesso aos serviços de saúde, analisando a informação e suas características e argumentam que uma política de saúde equitativa deve estimular a ação comunicativa para fortalecer os indivíduos e as comunidades na expansão dos seus conjuntos de escolhas subjetivas. Portanto, acesso é definido como liberdade de utilização.

Travassos et al.¹³ observaram a multiplicidade de fatores que interferem no padrão de consumo de serviços de saúde no Brasil, resultando em um quadro de desigualdades cumulativas que evidenciam o quão distante encontra-se o sistema de saúde do país dos princípios igualitários enunciados na sua formulação. Também se demonstra que as pessoas mais pobres têm menor chance de consumir serviços de saúde comparativamente às mais ricas e que este padrão permanece entre os dois períodos analisados. Além disso, constatam-se que as chances de adoecer diminuem com o aumento da renda, o inverso ocorrendo com o consumo de serviços de saúde, indicando que o sistema de saúde brasileiro permanece apresentando marcadas desigualdades sociais, caracterizadas pelo fato de que as pessoas que mais necessitam têm menor chance de receber atendimento.

A estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica ¹⁴.

1.2 O papel dos agentes comunitários de saúde

O agente comunitário de saúde (ACS) funciona como elo entre a equipe de saúde e a comunidade, propiciando um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção de saúde. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular ¹⁴.

A implementação do PSF ocorreu de maneira bastante diversificada em todo o país. Contribui para isso o fato de ter na territorialização um de seus principais eixos, que orienta tanto o olhar como as intervenções propostas para a resolução dos problemas encontrados na área de adscrição. Em virtude dessas diferenças, diversos modelos de atuação do PSF vêm sendo desenvolvidos, bem como uma multiplicidade de experiências na formação do ACS, em razão das especificidades regionais ¹⁵.

Os ACS se sentem responsáveis não só pelos problemas identificados na comunidade, mas se solidarizam com o sofrimento das pessoas, ouvindo as queixas, buscando compreendê-las e realizando parcerias no sentido de encontrar soluções criativas e originais. O espaço em que vivem é o mesmo onde atuam e as pessoas de suas realidades sociais são as mesmas para quem dirigem suas ações de cuidado ¹⁵.

Na formação do ACS, a educação é permanente, visto que o lugar é dinâmico e as ações desenvolvidas nesse espaço são transitórias. O território, portanto, é considerado um espaço privilegiado de interação, diálogo, reflexão, tessitura do conhecimento, do “ainda não sei, mas busco”, do exercício da dúvida e da investigação como possibilidade de apropriação e compreensão da realidade. Neste espaço são observados respeito e trabalho com as diferentes culturas, cultivando valores solidários e movimentos emancipatórios, onde os ACS se assumem como sujeitos transformadores ¹⁵.

Alvarenga et al. ¹⁶ ressaltam que a capacitação dos ACS, quando inserido em um programa de saúde auditiva neonatal, auxiliará na prevenção da deficiência auditiva, assim como, no acompanhamento do desenvolvimento de linguagem e audição de todas as crianças,

já que nos programas de triagem auditiva, mesmo que universal, existe uma porcentagem de recém-nascidos que não são submetidos à triagem auditiva por dificuldades inerentes a este tipo de programa e também a ocorrência de evasão das famílias durante as etapas de identificação, diagnóstico ou tratamento, assim como, a ocorrência de perda auditiva adquirida ou de início tardio.

Bachilli et al.¹⁷ verificaram os fatores psicossociais, segundo as perspectivas de agentes comunitários de saúde, que são significativos na construção de sua identidade. No desenvolvimento de suas atividades os ACS percebem-se transformados, tanto em sua identidade privada quanto social, ao se verem como representantes do sistema de saúde, construindo uma identidade profissional, nova também para o Brasil. Há que se empenhar nesse empoderamento, o do conhecimento, de forma democrática, como nos solicita a sociedade brasileira no papel personificado pelos agentes comunitários de saúde.

1.3 A dor de ouvido e as percepções populares

Segundo Minayo¹⁸, os grupos populares em seus conhecimentos e ações no campo da saúde-doença revelam saber médico, conjuntamente com elementos da história passada, de acordo com cada cultura.

Estudo conduzido com mulheres brasileiras de grupo socioeconômico desfavorecido mostrou a utilização de um conjunto variado de recursos e estratégias em saúde, que incluíam, além da utilização de serviços de saúde públicos e privados, o uso de medidas "populares" como a medicina caseira, de práticas médico-religiosas, de auto-medicação, de consulta ao "farmacêutico" e aos agentes locais de saúde. Além disso, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a qualidade que não responde às expectativas e demandas, os custos econômicos para o deslocamento para serviços mais completos e execução dos tratamentos indicados, são "superados" pelo uso de medidas e remédios caseiros, recursos encontrados mais facilmente e economicamente mais acessíveis¹⁹.

Carrara²⁰, Laplatine e Rabeyron²¹, discutindo as práticas medicinais populares, reconhecem que seu sucesso, em parte, decorre das carências e fracassos da medicina tradicional.

Em estudo realizado por Siqueira et al.²² foi relatado pelos clientes dos serviços de saúde o uso de recursos populares tais como chás caseiros, benzeduras, banhos e emplastos para prevenção e tratamento de doenças. Durante a análise identificaram-se duas categorias de resultados: Recursos populares em saúde e Práticas populares e medicina oficial. Evidenciaram-se na categoria Recursos populares em saúde, construtos sócio-culturais, onde se constatou que as pessoas que utilizam práticas populares não se preocupam com a cientificidade dos recursos utilizados no tratamento de doenças e sim com as respostas às suas necessidades em determinado momento. O convívio de saberes distintos, mostrando que a maioria dos profissionais de saúde não direciona orientações nesse sentido foi evidenciado na categoria Práticas populares e medicina oficial. Ao invés de combatido pelos profissionais de saúde, o saber popular deve ser compreendido e acrescido de conhecimentos e atitudes respaldadas pelo saber científico, contemplando aspectos sócio-culturais e se desenvolver de forma respeitosa e livre de preconceitos²².

No estudo de Botrel et al.²³ os fatores que influenciam a opção pelo uso de plantas terapêuticas estão o econômico e a pouca estrutura que o município possui para tratar os seus enfermos²³.

Nogueira et al.²⁴ analisaram diferentes plantas medicinais, usadas na cultura popular para o tratamento das otites externas, dentre elas a *Ruta graveolens*, conhecida popularmente como arruda, com objetivo de avaliar a atividade antimicrobiana *in vitro* de óleos essenciais e extratos de plantas medicinais, sobre microrganismos obtidos de pacientes portadores de otite externa aguda. O óleo essencial de *R. graveolens* (arruda) a 4% inibiu quatro cepas de *Staphylococcus* e todas as cepas de *Cândida*, mostrando resultados promissores do uso destas plantas no combate às otites externas, evidenciando a possibilidade de uma alternativa terapêutica, sobretudo para as populações sem acesso a cuidados à saúde²⁴.

Leite e Vasconcellos²⁵ observaram os itinerários terapêuticos na prática familiar diária, considerando o uso dos mais diversos recursos no enfrentamento de episódios de doenças no cotidiano, tanto em ações isoladas, como nas interações sociais. Para buscar um maior entendimento delimitou-se o que se entende por doença e o papel da família como foco de assistência à saúde, já que entre 70 e 90 por cento dos tratamentos de saúde se iniciam através de recursos terapêuticos familiares. A dimensão cultural dos cuidados de saúde mostra que ao optar por um curandeiro popular, o indivíduo estaria optando por uma explicação sobre a doença que lhe é inteligível, com termos e conceitos sobre saúde, sobre a causa da doença, sobre o tratamento necessário e sobre o próprio corpo que condizem com a

sua percepção, ou que ele possa compreender e aceitar. O processo individual de escolha terapêutica são frutos de operações racionais, baseadas em uma lógica econômica, de avaliação de custo-benefício, bem com a influência da cultura local e macro social, que fornecem para os grupos sociais as referências para interpretar as experiências e guiar suas ações ²⁵.

Amorozo ²⁶ verificou em Santo Antônio do Leverger-MT que a população local conta com facilidades médicas, como um Centro de Saúde e um Hospital Municipal, e, embora o emprego das plantas com fins terapêuticos ainda seja parte importante do cotidiano da maioria, existem outras opções disponíveis de tratamento. Um dos fatores que influencia o conhecimento e uso de plantas medicinais é a disponibilidade de espécies a serem utilizadas, já que, de modo geral, a floresta amazônica é mais rica em espécies do que o cerrado. O autor sugere que quando comunidades tradicionais se tornam mais expostas à sociedade nacional, a tendência será que as plantas usadas com fins terapêuticos restrinjam-se às espécies cultivadas e invasoras cosmopolitas ²⁶.

A escassez de estudos sobre dor de ouvido e seus enfrentamentos motiva a compreensão de relatos sobre este tema, conhecendo mitos e crenças de uma população, de forma a oferecer subsídios a um enfoque de atenção à saúde que leve em consideração o saber popular.

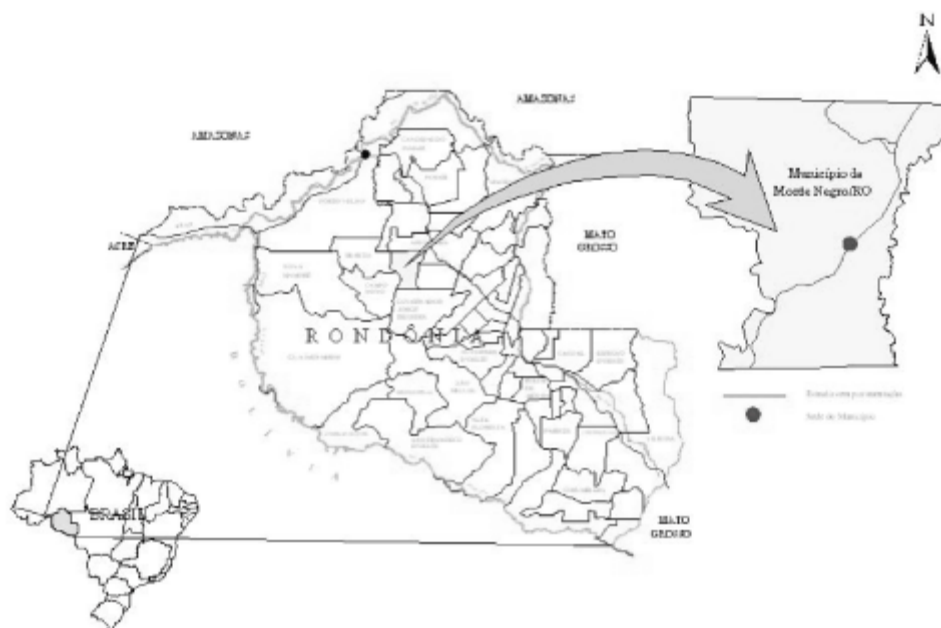
Partindo do pressuposto que o ACS não tem o conhecimento necessário para a orientação da população quanto à saúde auditiva, este estudo teve por objetivo descrever sua compreensão sobre a dor de ouvido, bem como sua percepção sobre as práticas cotidianas de saúde no contexto da zona rural do município de Monte Negro-RO.

2 Método

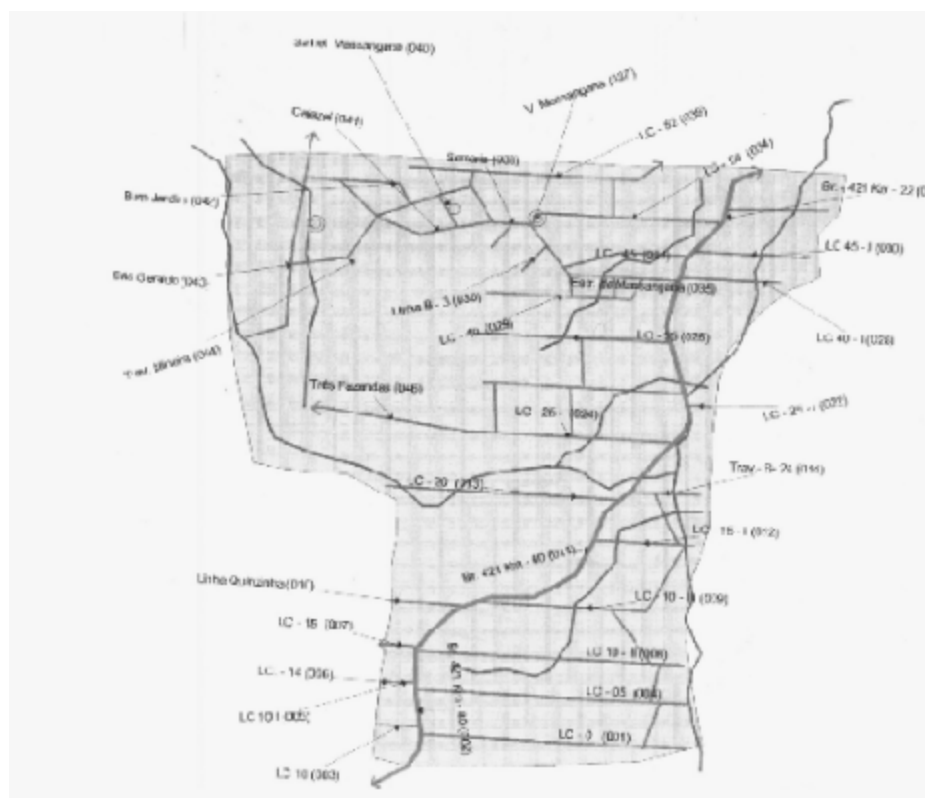
2 MÉTODO

2.1 Território

O município de Monte Negro (S 10° 15'35", W 63° 18'06") localiza-se na região central e dista 250 km a sudoeste da capital do Estado de Rondônia fazendo parte da Amazônia Ocidental. Sua população é estimada em 16.874 habitantes (60% em área rural) e ocupa uma área de 1.931 Km² (densidade populacional de 8,7 hab/Km²)²⁷. O município de Monte Negro é composto por 15 linhas (estradas vicinais que cortam a BR 421 e outras linhas menores denominadas “travessão”, que surgem de cortes em linhas de maior porte), como mostram os mapas 1 e 2.



Mapa 1 – Localização do município de Monte Negro/ RO
Map 1 – Location of the municipality of Monte Negro/RO



Fonte: FUNASA

Mapa 2 - Localização das linhas do município de Monte Negro, Rondônia.

Map 2 - Location of the roads of the municipality of Monte Negro, Rondonia.

O município tem como média anual de precipitação pluviométrica 1800 a 2200 mm, maior que a do estado, e temperatura média de 25,8°C, próxima à do Estado, oscilando entre 12 e 37°C, e umidade relativa entre 70 a 80% durante o ano. A economia do município é fortemente embasada na derrubada/beneficiamento de madeira (450 empregos diretos), seguido do comércio local (1.000 empregos diretos e 30% do ICMS), agricultura (principalmente café, milho, arroz) e pecuária (90.000 cabeças de gado de corte e de leite). Tal economia, associada aos tributos municipais e repasses de outras esferas, gera uma receita bruta mensal média de R\$ 3.000.000,00 onde 10% a 20% são aplicados na área de saúde²⁷.

Considerando dados obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²⁸ (IBGE) através do censo realizado em 2000, o município de Monte Negro-RO possui 2.233 habitantes com idade entre 0 e 6 anos e 7.171 habitantes com idade superior a 18 anos. Com relação à renda, 4.657 habitantes não apresentam renda e 3.807 habitantes estão no estrato de 1 a 3 salários-mínimos. Somente 160 habitantes apresentam renda superior a 10 salários-mínimos.

A Universidade de São Paulo possui um centro de pesquisas, o Instituto de Ciências Biomédicas V (ICB5USP/MONTE NEGRO-RO), localizado no município de Monte Negro-RO, viabilizando a realização deste estudo.

2.2 População alvo

A população de estudo foi constituída por 20 ACS que trabalham no município de Monte Negro-RO, dentre os 44 ACS contratados. Constituiu critério de inclusão a atuação na zona rural do município de Monte Negro-RO.

2.3 Coleta de dados

O método da pesquisa consistiu em entrevistar os ACS em suas casas ou durante suas visitas domiciliares na zona rural do município de Monte Negro-RO, visando realizar uma análise etnográfica para melhor conhecer a realidade desta população e seu ambiente de trabalho. As entrevistas foram realizadas após a leitura minuciosa da carta de informação e o consentimento dos indivíduos em participar desta pesquisa. A entrevista foi apoiada por um roteiro semi-estruturado e utilizou-se o gravador Sony Portable minidisc recorder mz-n510® para registro das respostas e depoimentos. As gravações receberam transcrição literal para organização e análise dos dados.

2.4 Análise

Para a análise do discurso, foi feito o uso das figuras metodológicas **Idéias Centrais** (IC), **Expressões-Chave** (EC) e **Discurso do Sujeito Coletivo** (DSC) ^{29,30} para auxiliar a organização dos depoimentos.

O sujeito social é discursivamente equivalente ao sujeito individual, portador e emissor de um discurso concreto. É equivalente, ainda que não idêntico, na medida em que o sujeito discursivo coletivo também é passível de ser visto como portador de um dado discurso, ainda que não exista concretamente como emissor deste discurso, já que se trata de um sujeito abstrato, reconstruído. O DSC pode até conter contradições internas que, neste caso, estão refletindo as tensões dialéticas internas ao setor³⁰.

“Em termos metodológicos, o processo da construção do DSC deve ser transparente, aparecendo, sempre que possível, ao lado dos discursos individuais dos sujeitos, com vistas a que a necessária arbitrariedade presente na sua construção possa ser avaliada e, se for o caso, refutada pelo leitor”³⁰.

A ordenação dos dados permitiu uma abordagem descritiva do material empírico. Foram destacados alguns trechos dos depoimentos que fazem referência às categorias construídas. Guardando a confidencialidade, a transcrição de algumas expressões é feita a seguir, com objetivo de subsidiar a discussão, utilizando-se letras dispostas aleatoriamente para referenciar as falas dos diferentes sujeitos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP (processo n° 74/2007), conforme determinação do Conselho Nacional da Saúde³¹.

3 Resultados e Discussão

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das respostas dos ACS, as idéias centrais possibilitaram a construção das categorias: sofrimento, patologia, cuidado e desconhecimento.

3.1 Sofrimento

A complexidade do sofrimento pode ter componentes físicos, cognitivos, afetivos, sociais e espirituais. Além disso, o sofrimento envolve grande senso de perda da integridade pessoal, da autonomia ou do controle total de sua situação ou da vida³².

No meio clínico, sobressaem os instrumentos que consideram o relato subjetivo do paciente como principal indicativo de sua dor o que, certamente, deve-se à subjetividade dessa experiência que só pode ser avaliada com maior precisão mediante o relato de quem a sente³³.

A dor pode estar associada a imagens negativas, tais como sofrimento prolongado, transtornos psiquiátricos, inexistência de tratamento e abuso de medicamentos, tornando-se um problema para o indivíduo, a família e a sociedade, uma vez que direciona e limita as condições e o comportamento daquele que a vivencia, aumentando a morbidade e onerando o Sistema de Saúde³⁴.

A dor está entre os principais fatores que podem impactar negativamente a qualidade de vida dos indivíduos, pois limita suas atividades, aumenta a agitação, o risco para estresse e o isolamento social³⁴.

Em concordância com a literatura, observa-se que o discurso do ACS revela na dor de origem auditiva um fator causador de grande sofrimento, evidenciado na descrição de sua experiência pessoal, bem como no relato dos episódios vivenciados pela população atendida.

Eu acho que é uma coisa muito péssima, que prejudica o bem estar da pessoa^A, é uma dor muito forte, né, dói muito e incomoda bastante, né^{D,E,G}. perde o sono^J. Ah, é uma doença que incomoda muito^{O,P}, né, é por que a pessoa com dor de ouvido, ela não é capaz de nada^L.

Ah, é horroroso, né, eu convivo com isso^D é uma dor muito ruim sabe, por que eu tenho já há bastante tempo^K ah, é uma dor insuportável^M, uma doencinha assim muito desagradável, triste^C é irritante, além de incomodar^S. Mas eu acho assim, pelo amor de Deus uma dor de ouvido, né, triste, né^C.

Eu já tive muito quando era criança, ah, é horrível, e é uma dor que eu me lembro até hoje^{M,S}.

A experiência dolorosa é influenciada por fatores étnicos, culturais, demográficos, espirituais, sociais e familiares que interferem na sua expressão, podendo levar à interpretação errônea da magnitude da experiência vivenciada como a denominação que idosos dão à experiência dolorosa, utilizando palavras para descrevê-la que aparentemente não significam dor, como "chaga", "queimação", "ofensa", "ferida" ou "peso"³⁴.

A descrição das experiências dolorosas pelo ACS mostra a repercussão da dor no cotidiano dos indivíduos, bem como as regiões do corpo afetadas por ela.

Neste estudo, as referências utilizadas pelo ACS para descrever a experiência de dor de ouvido constroem o DSC abaixo:

Dá ferroada, dá febre, dá mal estar, ataca muito a cabeça, né, atrás do ouvido, na garganta, na cabeça^B porque atinge diretamente a cabeça, né, o que a pessoa mais reclama são dores próxima da garganta e muita dor de cabeça em região dos olhos^O.

No tratamento de queimados a dor pode ser relacionada às suas complicações, em razão de situações como depressão, perda do apetite, distúrbios do padrão do sono e ansiedade³². O relato sobre a dor de ouvido também oferece um vislumbre de seus impactos sobre o cotidiano.

E eu me lembro direitinho, detalhe por detalhe como é a dor, até hoje, ah, é uma dor assim que é sem explicação (...) você não tem fome, você não tem sede, você não tem nada, nada, nada, nada, só aquela dor que parece que vai te enlouquecer, dói cérebro, dói tudo né, é difícil^M é o purgamento, uma zuneira na cabeça direto, faz muito barulho e dói muito também^S e deixa mau cheiro^T.

É interessante observar que o ACS faz referência à dor de ouvido como um fenômeno de magnitude superior à dor de dente.

Avaliando as representações sociais do cuidado à saúde bucal, Ferreira et al.³⁵ buscaram compreender o saber construído na prática vivida para o conhecimento das implicações psicossociais da prática odontológica nos serviços de saúde. A experiência de dor de dente indica o acesso restrito aos serviços odontológicos, sendo um sintoma presente nas classes sociais desfavorecidas. Por outro lado a perda dentária denuncia a existência de uma prática mutiladora imposta pelos serviços de saúde pública para solucionar a dor³⁵.

...é pior que uma dor de dente, eu acho^l olha, eu já sofri muito de dor de ouvido quando era pequena, é horrível. Nunca tive dor de dente, mas eles falam muito que dor de dente dói muito, né, eu acho que é quase a mesma coisa, dói que Deus o livre^Q.

A dor de origem dentária é um sintoma que causa desordem, mas que ao mesmo tempo suscita uma ordem, pois faz com que os homens se organizem socialmente para enfrentá-la, seja utilizando conhecimentos de ordem científica, ou de ordem simbólica³⁵. A dor de ouvido não encontra, no território de vivência do ACS, uma perspectiva de resolução.

Às vezes uma dor de dente a gente tem e vai lá no dentista, trata aquele dente, a gente esquece, agora a dor de ouvido é inesquecível, é, eu me lembro que, olha quando criança eu sofria tanto dor de ouvido^M.

Segundo Furtado e Lima³⁶, a existência de uma doença crônica infantil, como a fibrose cística, afeta toda a família e gera momentos difíceis com avanços e retrocessos nas relações entre seus membros. O cuidado à criança consome da família energia e tempo e retira sua privacidade. Em contrapartida, se a família tem conhecimento sobre a doença, o tratamento e os recursos disponíveis, seus níveis de estresse e ansiedade podem diminuir significativamente³⁶.

De forma análoga, a dor de ouvido causa transtornos na dinâmica familiar devido à dor de quem a sente e aos cuidados que a mesma demanda para seu tratamento.

Se for em uma criança, a criança não consegue dormir, não consegue mamar, fica muito inquieta^{A,I,P} criança com a dor de ouvido a mãe não dorme, ninguém dorme por causa do nervosismo, né^F.

A doença crônica infantil afeta toda a família, sendo que a sobrecarga recai sobre a figura materna, tanto no que diz respeito aos cuidados prestados como na atenção constante na evolução desse paciente ³⁶. Ainda que a dor de ouvido não se apresente predominantemente na forma crônica, a recorrência de episódios de dor em alguns casos pode apresentar características de cronificação.

O relato do ACS evidencia a dimensão de membro da comunidade que vive a experiência de ter em sua família uma criança com dor de ouvido. Sob alguns aspectos, o discurso sobrepõe o papel materno ao do agente de saúde.

Eu no meu caso, eu nunca senti, né, mas eu tenho uma filha que sentiu, quase me deixou louca, até descobrir o quê que era que ela tava sentindo, foi difícil, ela chorava muito, aí eu descobri na hora que eu fui dar banho que eu fui lavar a orelha dela, aí ela encolheu o pescocinho, aí gritou muito, aí que eu sai a procura de recurso ^L.

3.2 Patologia

A incidência das otites médias em crianças tem aumentado consideravelmente nos últimos 20 anos. Cerca de 80% das crianças têm pelo menos um episódio de otite média secretora até os oito anos de idade, o que pode ocorrer sem sintomatologia dolorosa. Das crianças afetadas, aproximadamente 55% têm perda auditiva leve ³⁷.

Lubianca Neto e Silva ³⁸ abordaram a otite média aguda recorrente, definida como associação do surgimento rápido de sintomas locais e sistêmicos com sinais de inflamação aguda da orelha média, que pode ter etiologia viral ou bacteriana. A otite externa difusa aguda consiste na inflamação aguda e difusa do revestimento cutâneo e tecidos subcutâneos da orelha externa, causada predominantemente por bactérias, tendo como sintoma principal a otalgia, que pode ser bastante intensa ³⁹.

As referências utilizadas para a discussão do estudo descrevem diferentes tipos de otites, uma vez que se tem como marco norteador a descrição da sintomatologia dolorosa, independente de suas características clínicas.

Os ACS descrevem um conhecimento da relação entre infecção e dor de ouvido, além da possibilidade de alteração da capacidade de audição, durante estes episódios.

Fala de dor de ouvido, já fala de infecção^P, eu acho que é uma infecção no ouvido, através de um resfriado, uma água que entra no ouvido, é uma coisa, né, uma infecção que foi mal tratada, uma gripe forte que dá^B. Problema de audição é o primeiro, né, pode ter. Aí infecção na garganta, (...) um reumatismo mais tarde, por causa da infecção que é causada pela dor de ouvido^F.

Lubianca Neto e Silva³⁸ identificaram nove fatores de risco ligados ao hospedeiro e oito ligados ao ambiente. Do primeiro grupo, classificaram-se como modificáveis a alergia, anormalidades craniofaciais, refluxo gastroesofágico e presença de adenóides. Na segunda categoria, incluíram-se infecção de vias aéreas superiores, cuidados em creches, presença de irmãos/tamanho da família, fumo passivo, aleitamento materno e uso de chupetas.

Os fatores de risco estabelecidos para otite média aguda recorrente e passíveis de intervenção foram o uso de chupetas e cuidados em creche. Os fatores de risco prováveis foram privação do leite materno, presença de irmãos, anormalidades craniofaciais, fumo passivo e presença de adenóides³⁸.

A otite externa difusa aguda é uma afecção extremamente comum em países tropicais, respondendo por um grande número de atendimentos nas emergências de Otorrinolaringologia, especialmente no verão. Os principais fatores predisponentes foram banho de mar e piscina e uso de cotonetes. A possível contaminação da água de praias e piscinas pode ter alguma influência na sua patogênese³⁹.

Quanto aos fatores de risco, verificou-se que a presença do tabagismo passivo, refluxo gastroesofágico e alergia respiratória estiveram relacionados à recorrência de efusão de líquido purulento da orelha⁴⁰.

Observa-se no discurso construído pelos ACS a presença de variáveis de exposição para as otites por condições externas, por falta de cuidados pessoais, como a higiene, e por falta de conhecimentos para evitá-las, como o uso indiscriminado de cotonetes.

Usa bastante cotonete, e isso causa bastante dor de ouvido^K.

Eu acho assim, que tem vários fatores, porque principalmente no sítio, tem mãe que meio relaxadinha, não cuida mesmo, sai de madrugada

com a criança quando nasce tampa tudo, aí depois vai e, né, sai e aí toma muito vento e então acho que pode ser isso, falta de cuidado mesmo, de higiene da mãe, pode ser uma causa até natural^T.

Muitas vezes quando tem secreção e quando a criança tá com dor de ouvido e a mãe não cuida, essa secreção a mosca senta, a varejeira senta e aí ali dá bichinho porque a gente vê muito isso, muito caso de criança com bicho e adulto também, com bicho dentro do ouvido, isso é comum aqui em Rondônia^T.

Hoje, nós aqui no estado é calor, temperatura alta, quando dá aqueles friozinho que chega lá do Sul, aqueles vento, eu sinto uma dorzinha de ouvido^D.

Assim, causado às vezes por fungos, né, por que o que mais que a gente vê é pessoas que tem coceiras no ouvido, né, que segundo que os médico fala pra gente que é um fungos, que inclusive meu marido tem essa dor de ouvido, né, causado pelo fungos, que coça o ouvido, as vezes deixa sem lavar, sem secar, né, molha e não seca^G.

A reatividade à dor envolve aspectos básicos do temperamento. Níveis altos de atividade e humor negativo e baixos de adaptabilidade foram relacionados à maior reatividade à dor⁴¹.

A detecção precoce de características individuais que podem influenciar o desenvolvimento da criança, bem como a compreensão entre os fatores constitucionais e ambientais do mesmo, contribui para a promoção do desenvolvimento da criança⁴¹.

O nervosismo também causa dor de ouvido, por que, enfim eu tinha uma irmã que ela tinha dor de ouvido, ela tinha um nervoso que não tinha, aí foi tratado, né, feito cirurgia, acalmou, acabou aquilo, ela tinha um nervosismo que não suportava nada, aí foi extraído um tumor, ela ficou normalmente^F.

Em mim aconteceu por que eu sofria de bronquite, aí por banhar em rio e várias outras coisa inflamou mais ainda, é, também quando eu ouço muito barulho, tempo de frio assim ele dói muito^K.

Eu acho que assim é muitas pessoas, principalmente a minha irmã, ela ouve muita, muito barulho, sabe, é aqueles fone de ouvido, sei lá, então, é aí ela fica reclamando que tem dor de ouvido^K.

3.3 Cuidado

Com relação à saúde auditiva, a presença de dor gera a demanda reprimida pelo tratamento, requerendo uma organização da atenção para ofertar respostas no plano imediato da mitigação do sofrimento.

É fundamental não somente tratar, mas também prevenir as otites e suas seqüelas na infância através do combate à desnutrição, melhora nas condições sociais e de higiene da população e acesso universal aos serviços de saúde. Balbani e Montovani³⁷ sugerem inclusive a aplicação de vacinas contra o *Haemophilus influenzae* não-tipável e o pneumococo, pois esses agentes etiológicos das otites médias vêm apresentando número crescente de cepas resistentes a antibióticos.

O discurso dos ACS mostra sua preocupação com os cuidados requeridos pela dor de ouvido a fim de evitarem-se complicações com a saúde auditiva dos indivíduos, indicando cuidados do saber popular.

Ah, eu acho um problema que a gente tem que tomar providência, a ser cuidado^{F,N}, por que pode causar problemas mais grave mais tarde^F.

Golz et al.⁴ referiram que as crianças que tiveram otite média aguda recorrente foram prejudicadas no seu desempenho escolar e apresentaram déficits no desenvolvimento de suas habilidades lingüísticas.

Kinding e Richards⁴² observaram que crianças com história de otite média apresentaram pobre compreensão verbal e prejuízo na habilidade de leitura.

Crianças com histórico de otite média podem apresentar sérios comprometimentos na discriminação da fala, o que seria mais preocupante na fase de aquisição da linguagem. Mesmo quando a discriminação da fala parece normal em situações sem ruído ambiental, é provável que o desempenho seja reduzido na presença de ruído ambiental, fazendo com que a criança não perceba sutis diferenças quanto aos traços acústicos inerentes a sua língua ⁴³.

Os efeitos nocivos da otite média podem ser ainda mais severos quando uma criança encontra-se particularmente vulnerável, no sentido de desenvolver distúrbios de linguagem, em razão da predisposição genética, ambiente não propício ou lesão cerebral ⁴⁴.

Eu acho um caso sério, que muitas pessoas acha que é simples, é, coloca um remedinho em casa mesmo, já encontrei pessoas que falava assim: Ah, põe alho frito, óleo. Esses negócio, esses tipo de coisa de em casa (...) eu penso que se a pessoa não cuida de início é muito fácil de uma criança perder a audição, por causa de um cuidado incorreto ^{R,F}.

3.4 Desconhecimento

Ainda que a construção do discurso hegemônico aponte para o relato de sofrimento decorrente de uma experiência pessoal e /ou familiar de dor de ouvido, pode-se observar que alguns ACS expressam desconhecimento sobre o assunto, tido como complexo.

Ah, a dor de ouvido é uma coisa muito complicada, né, eu acho que é muito complicada. É uma coisa (...) sensível, né, parte de dentro da orelha é uma coisa complicada, muito sensível pra mexer essas coisas ^H eu acho assim, um, ah, não sei nem explicar ^C.

Contudo, Carlucci et al. ³² ressaltam que “é importante entender a dor, porque essa pode dificultar a recuperação”. São fundamentais a prevenção, a detecção e o acompanhamento de doenças otológicas, principalmente daquelas que acometem as crianças nos primeiros anos de vida ³⁶.

4 Considerações Finais

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do discurso dos ACS sobre as dores auditivas construiu-se a partir das Idéias Centrais categorizadas como sofrimento, patologia, cuidado e desconhecimento, oferecendo a possibilidade de adentrar a realidade e partilhar suas percepções da experiência da dor de ouvido.

O discurso construído por este sujeito coletivo remete a um sofrimento decorrente de uma experiência familiar ou pessoal. Sob alguns aspectos, o discurso sobrepõe o papel materno ao do agente de saúde, no relato da experiência de ter em sua família uma criança com dor de ouvido. A percepção dos ACS diante da dor de ouvido constrói noções, que segundo Minayo⁴⁵, não são claras o bastante para se definirem como conceito, sendo usadas como imagens para a aproximação do real.

O ACS é o elo de ligação entre a comunidade e o serviço de saúde e para muitas famílias seu único contato. Sua compreensão se faz de forma objetiva, mostrando o profundo sofrimento, bem como os transtornos adjacentes inseridos no contexto da experimentação da dor.

O ACS tem na sua área de atuação profissional também as pessoas de seu convívio e relacionamento pessoal, fazendo que se sinta não só responsável pelos problemas ali encontrados, mas busquem condições de solucioná-los, sendo solidário ao sofrimento do usuário.

A questão da precária acessibilidade aos serviços de saúde seja de origem geográfica, financeira, de transporte, de demanda de tempo ou de acesso a um serviço de qualidade, denotam o invariável transtorno encontrado pela população no enfrentamento das dores de ouvido.

Diante das carências e fracassos da acessibilidade aos serviços de saúde, a comunidade e os próprios ACS buscam no saber popular a explicação para seus sofrimentos e dores. Compreender a inter-relação entre ACS e comunidade implica a possibilidade de construção de um enfoque à atenção básica à saúde que leve em consideração o saber popular.

A dor de ouvido gera uma necessidade de organização do serviço de saúde para oferecer tratamento, de forma a mitigar o sofrimento com maior brevidade. Diante das impossibilidades encontradas, o ACS assume em sua comunidade o papel de sujeito

transformador, respeitando e trabalhando com as diversidades culturais, buscando favorecer a solidariedade e emancipação entre seus moradores.

A educação permanente dos ACS se faz necessária levando-se em conta seu papel fundamental no processo de efetivação do serviço de saúde, para que possa compreender alguns elementos de saúde otológica e assim desenvolver ações de promoção, proteção e educação em saúde. Sendo assim, o ACS requer uma capacitação na temática dor de ouvido e seus enfrentamentos, de modo que esta questão se faça presente no processo interativo das suas relações cotidianas, firmando compromissos éticos que resultem em um maior acolhimento da população e também maior autonomia dos usuários, à medida que o saber popular tenha seus espaços devidos.

Referências

REFERÊNCIAS

1. Silva LPA, Queiros F, Lima I. Fatores etiológicos da deficiência auditiva em crianças e adolescentes de um centro de referência APADA em Salvador-BA. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2006; 72(1): 33-6.
 2. Andrade CRF. Fonoaudiologia preventiva: teoria e vocabulário técnico-científico. São Paulo: Lovise;1996.
 3. Luotonen M, Uhari M, Aitola L, Lukkaroinen AM, Luotonen J, Uhari M. A nationwide, population-based survey of otitis media and school achievement. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1998; 43:41-51.
 4. Golz A, Netzer A, Westerman T, Westerman LM, Gilbert G, Joachims H, et al. Reading performance in children with otitis media. *Otolaryngology* 2005; 132 (3):495-9.
 5. Cripps A, Otczyk D, Kyd JM. Bacterial otitis media: a vaccine preventable disease? *Vaccine* 2005; (23):2304-10.
 6. Felix F, Gomes GA, Cabral GAPS, Cordeiro JR, Tomita S. O papel de novas vacinas na prevenção da otite média. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2008 Aug; 74(4): 613-16.
 7. Pelton S. Prevention of acute and recurrent otitis media. *The Lancet* 2000; 356 (1):1370-1.
 8. Ukkonen P, Varis K, Jernfors M, Herva E, Jokinen J, Ruokokoski E, et al. Treatment of acute otitis media with an antiadhesive oligosaccharide: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet* 2000; 356 (21):1398-402.
 9. Katz J. Tratado de audiologia clínica. 4. ed. São Paulo: Ed. Manole; 1999.
 10. Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. Consenso sobre otites médias. Revisão 2001; p. 3-13.
-

11. Carvacho IE, Mello MB, Morais SS, Silva JLP. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Rev. Saúde Pública*. 2008 Oct; 42(5): 886-894.
 12. Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad. Saúde Pública*. 2008 Mai; 24(5): 1168-1173.
 13. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000; 5(1): 133-149.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Cadernos de atenção básica. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2000.
 15. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(6):1304-13.
 16. Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Martinez MANS, Melo TM, Blasca WQ, Taga MFL. Proposta para capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* 2008 Set; 20(3): 171-176.
 17. Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008 Fev; 13(1): 51-60.
 18. Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad Saúde Pública* 1988; 4(4):356-62.
 19. Mandu ENT, Silva GB. Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2000; 8(4):15-21.
 20. Carrara D. A medicina popular. In: Melo CG, Carrara D. *Saúde oficial: medicina popular*. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero; 1982.
 21. Laplatine F, Rabeyron PL. *Medicinas paralelas*. São Paulo: Brasiliense; 1989.
 22. Siqueira KM, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira LMC, Andraus LMS. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. *Texto contexto - enferm.* 2006/2008 03; 15(1): 68-73.
-

-
23. Botrel RT, Rodrigues LA, Gomes LJ, Carvalho DA, Fontes MAL. Uso da vegetação nativa pela população local no município de Ingaí, MG, Brasil. *Acta Bot. Bras.* 2006 Mar; 20(1): 143-56.
 24. Nogueira JCR, Diniz MFM, Lima EO. Atividade antimicrobiana in vitro de produtos vegetais em otite externa aguda. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2008 Feb; 74(1): 118-24.
 25. Leite SN, Vasconcellos MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2008 Jan/Mar; Rio de Janeiro, 13(1): 113-28.
 26. Amorozo MCM. Uso e diversidade de plantas medicinais em Santo Antonio do Leverger, MT, Brasil. *Acta Bot. Bras.* 2002 Abr; 16(2): 189-203.
 27. Universidade de São Paulo. Instituto de Ciências Biomédicas [homepage na internet]. Monte Negro: Instituto de Ciências Biomédicas; c2006 [acessado em 2007 maio 05]. Disponível em: <http://www.icb5usp.med.br/montenegro.htm>
 28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. [texto na internet] Rio de Janeiro:IBGE; 2000 [Acessado em 2007 jun 06]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
 29. Simioni AMC. O gerenciamento de recursos humanos em saúde como processo social [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1996.
 30. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Novas abordagens metodológicas em pesquisa qualitativa. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1999.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. CNS (Conselho Nacional de Saúde). Resolução n.196/96 regulamenta e estabelece as diretrizes para as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Brasília DF: 1996 [acessado em 2008 set 02]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/>
 32. Carlucci VDS, Rossi LA, Ficher AMFT, Ferreira E, Carvalho EC. A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(1):21-8.
-

33. Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. *Rev Latino-Am Enfermagem* 1998; 6(3):77-84.
 34. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2006; 14(2):271-6.
 35. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(1):211-8.
 36. Furtado MCC, Lima RAG. O cotidiano da família com filhos portadores de fibrose cística: subsídios para a enfermagem pediátrica. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2003; 11(1):66-73.
 37. Balbani APS, Montovani JC. Impacto das otites médias na aquisição da linguagem em crianças. *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79(5):391-6.
 38. Lubianca Neto JF, Hemb L, Silva DB. Fatores de risco para otite média aguda recorrente: onde podemos intervir? Uma revisão sistemática da literatura. *J. Pediatr (Rio J.)* 2006; 82(2):87-96.
 39. Figueiredo RR, Fabri ML, Machado WS. Otite externa difusa aguda: um estudo prospectivo no verão do Rio de Janeiro. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004; 70(2):226-31.
 40. Saes SO, Goldberg TBL, Montovani JC. Secreção na orelha média em lactentes: ocorrência, recorrência e aspectos relacionados. *J Pediatr (Rio J.)* 2005; 81(2):133-8.
 41. Klein VC, Linhares MBM. Temperamento, comportamento e experiência dolorosa na trajetória de desenvolvimento da criança. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 2007; 17 (36): 33-44.
 42. Kinding JS, Richards HC. Otitis média: precursor of delayed reading. *J Pediatr Psychol* 2000; 25(1):15-8.
 43. Jerger S, Jerger J, Alford, BR, Abrams S. Development of speech intelligibility in children with recurrent otitis media. *Ear Hear* 1983; 4:138-45.
-

44. Bishop DVM, Edmundson A. Is otitis media a major cause of specific developmental language disorders? *Br J Disord Commun* 1986; 21:321-38.

45. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

Anexo

O que você acha da dor de ouvido?			
ACS	Idéia Central	Expressão Chave	Ancoragem
A	Sufrimento	"Eu acho que é uma coisa muito péssima, que prejudica o bem estar da pessoa, se for em uma criança, a criança não consegue dormir, não consegue mamar, fica muito inquieta."	Sufrimento Infantil Inquietude Incômodo
B	Patologia Sufrimento	"Eu acho que é uma infecção no ouvido, através de um resfriado, uma água que entra no ouvido, é uma coisa, né, uma infecção que foi mal tratada, uma gripe forte que dá." "É ruim, muito ruim, dói, dá ferroadada, dá febre, da mal estar, ataca muito a cabeça, né, atrás do ouvido, na garganta, na cabeça."	Infecção Experiência de dor
C	Desconhecimento Sufrimento	"Eu acho assim, um, ah, não sei nem explicar..." "...uma doenzinha assim muito desagradável, né, triste, né. Mas eu acho assim, pelo amor de deus uma dor de ouvido, né, triste, né."	Experiência de dor
D	Sufrimento Causalidade	"Ah, é horroroso, né, eu convivo com isso meu marido sente, minha filha hoje, né, até os 17 anos foi com frequência..." "...hoje, nós aqui no estado é calor, temperatura alta, quando dá aqueles friozinho que chega lá do Sul, aqueles vento, eu sinto uma dorzinha de ouvido."	Experiência de dor Clima (oscilação de temperatura)
E	Sufrimento	"Eu acho que é uma dor muito forte, né, dói muito e incomoda bastante, né."	Incômodo intenso
F	Cuidado Patologia Sufrimento	"Ah, eu acho um problema que a gente tem que tomar providência, a ser cuidado, por que pode causar problemas mais grave mais tarde. Ah, sobre que a gente tem, sempre tem tido alguns treinamento..." "...é, problema de audição é o primeiro, né, pode ter. Aí infecção na garganta, que nem o doutor Marcelo passou pra gente, um reumatismo mais tarde, por causa da infecção que é causada pela dor de ouvido..." "... e mais, mais problema que a	Infecção Sufrimento

	Causalidade	<p>gente né, tá, e incomoda muito né, a criança com a dor de ouvido a mãe não dorme, ninguém dorme por causa do nervosismo, né...”</p> <p>“...o nervosismo também causa dor de ouvido, por que, enfim eu tinha uma irmã que ela tinha dor de ouvido, ela tinha um nervoso que não tinha, aí foi tratado, né, feito cirurgia, acalmo, acabou aquilo, ela tinha um nervosismo que não suportava nada, aí foi extraído um tumor, ela ficou normalmente.”</p>	<p>Infantil Incômodo Intenso Envolvimento Familiar</p> <p>Nervosismo</p>
G	Sufrimento Causalidade	<p>“É uma doença que incomoda muito, né, é uma dor que incomoda.”</p> <p>“Assim, causado às vezes por fungos, né, por que o que mais que a gente vê é pessoas que tem coceiras no ouvido, né, que segundo que os médico fala pra gente que é um fungos, né, que, causado pelo um fungos, que inclusive meu marido tem essa dor de ouvido, né, causado pelo um fungos, que coça o ouvido, as vezes deixa sem lavar, sem secar, né, molha e não seca, então, é isso.”</p>	<p>Incômodo Intenso Fungos (molha e não seca)</p>
H	Desconhecimento	<p>“Ah, a dor de ouvido é uma coisa muito complicada, né, eu acho que é muito complicada. É uma coisa que a gente, difícil de, é uma coisa sensível, né, parte de dentro da orelha é uma coisa complicada, muito sensível pra mexer essas coisas.”</p>	
I	Sufrimento	<p>“Eu acho muito ruim sabe por quê? Incomoda muito a criança, tanto a criança como o adulto, incomoda muito, é pior que uma dor de dente, eu acho.”</p>	<p>Inquietude Infantil Incômodo Intenso Pior que dor de dente</p>
J	Sufrimento	<p>“É muito ruim. Ah, incomoda, né, perde o sono, né, dor, né, muita dor, mais ou menos isso.</p>	<p>Incômodo Intenso Experiência de dor</p>
K	Sufrimento Causalidade	<p>“É uma dor muito ruim sabe, por que eu tenho já a bastante tempo...”</p> <p>“... em mim aconteceu por que eu sofria de bronquite, aí por banhar em rio e várias outras coisa inflamou mais ainda, é, também quando eu ouço muito barulho, tempo de frio assim ele dói muito. Eu acho que assim é muitas pessoas, principalmente a minha irmã, ela</p>	<p>Experiência de dor Barulho Oscilação de temperatura</p>

		ouve muita, muito barulho, sabe, é aqueles fone de ouvido, sei lá, então, é aí ela fica reclamando que tem dor de ouvido, usa bastante cotonete, e isso causa bastante dor de ouvido."	
L	Sufrimento	"Ah, é uma doença que incomoda muito, né, é por que a pessoa com dor de ouvido, ele não é capaz de nada. Eu no meu caso, eu nunca senti, né, mas eu tenho uma filha que sentiu, quase me deixou louca, até descobrir o que que era que ela tava sentindo, foi difícil, ela chorava muito, aí eu descobri na hora que eu fui dar banho que eu fui lavar a orelha dela, aí ela encolheu o pescozinho, aí gritou muito, aí que eu sai a procura de recurso."	Sufrimento Infantil Incômodo Intenso Envolvimento Familiar
M	Sufrimento	"Ah, é uma dor insuportável, eu já tive muito quando era criança, ah, é horrível, e é uma dor que eu me lembro até hoje, às vezes uma dor de dente a gente tem e vai lá no dentista, trata aquele dente, a gente esquece, agora a dor de ouvido é inesquecível, é, eu me lembro que, olha quando criança eu sofria tanto dor de ouvido, e eu me lembro direitinho, detalhe por detalhe como é a dor, até hoje, ah, é uma dor assim que é sem explicação, sabe parece que a gente não, você não tem fome, você não tem sede, você não tem nada, nada, nada, nada, só aquela dor que parece que vai te enlouquecer, dói cérebro, dói tudo né, é difícil."	Experiência de dor
N	Sufrimento	"Eu acho que é uma coisa que incomoda muito as pessoas que sente esse problema, é assim, tem que tomar alguns cuidados."	Incômodo Intenso
O	Sufrimento Patologia	"Ah, eu acho que é uma coisa que incomoda né..." "...porque atinge diretamente a cabeça, né, o que a pessoa mais reclama são dores próxima garganta e muita dor de cabeça em região dos olhos."	Incômodo Intenso Infecção na garganta Sintomatologia
P	Sufrimento Patologia	"Olha, a dor de ouvido é uma coisa que incomoda, atrapalha..." "...então é uma coisa muito incomodada pra pessoa, muito menos pra uma criança, né? A dor de ouvido." "... e até mesmo que seja, que fala de dor de ouvido, já fala de infecção..."	Incômodo Intenso Sufrimento Infantil Infecção

Q	Sofrimento	<p>“Olha, eu já sofri muito de dor de ouvido quando era pequena, é horrível. Nunca tive dor de dente, mas eles falam muito que dor de dente dói muito, né, eu acho que é quase a mesma coisa, dói que Deus o livre. Sei lá, é um incomodo, é incomodo, sei lá, é muito, muito chato.”</p>	<p>Experiência de dor Incomodo Intenso</p>
R	Cuidado	<p>“Eu acho um caso sério, que muitas pessoas acha que é simples, é, coloca um remedinho em casa mesmo, já encontrei pessoas que falava assim: Ah, põe alho frito, óleo. Esses negócio, esses tipo de coisa de em casa. É um, é um caso que acho, eu penso que se a pessoa não cuida de início é muito fácil de uma criança perde a audição, pó causa de um cuidado incorreto.”</p>	
S	Sofrimento	<p>“Ah, a dor de ouvido eu próprio senti dor de ouvido, assim desde a infância, até fui curar depois trabalhando com o professor Marcelo, né, já como ACS, depois de vinte e seis anos de idade, é irritante, além de incomoda, é o purgamento, uma zuneira na cabeça direto, faz muito barulho e dói muito também, né.”</p>	<p>Incômodo Intenso Experiência de dor</p>
T	Causalidade	<p>“Eu acho assim, que tem vários fatores, porque principalmente no sítio, tem mãe que meio relaxadinha, não cuida mesmo, sai de madrugada com a criança quando nasce tampa tudo, aí depois vai e, né, sai e aí toma muito vento e então acho que pode ser isso, falta de cuidado mesmo, de higiene da mãe as vezes e as vezes não, pode ser uma causa até natural...”</p> <p>“...muitas vezes quando tem secreção e quando a criança tá com dor de ouvido e a mãe não cuida, essa secreção a mosca senta, a varejeira senta e aí ali dá bichinho porque a gente vê muito isso, muito caso de criança com bicho e adulto também, com bicho dentro do ouvido, isso é comum aqui em Rondônia.”</p>	<p>Frio Higiene Varejeira</p>
	Sofrimento	<p>“...Eu acho ruim porque incomoda, eu acho muito ruim, incomoda muito, né, então é isso assim, uma coisa que incomoda, deixa mal cheiro...”</p>	<p>Incômodo Intenso</p>