



LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Otorrinolaringologia

## **Diferentes realidades da Otite Média**

Bianca Gonçalves de Castro

---

**ABRIL'2017**



LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Otorrinolaringologia

## **Diferentes realidades da Otite Média**

Bianca Gonçalves de Castro

**Orientado por:**

Professor Doutor Augusto Cassul

---

**ABRIL'2017**

*“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.”*

- Declaração Universal dos Direitos do Homem -

## Resumo

---

A Otite média aguda surge, habitualmente, associada a uma infecção respiratória alta que resulta na congestão do tracto respiratório superior. É uma doença muito prevalente na população pediátrica e em populações de países subdesenvolvidos.

As complicações graves da OM são incomuns no mundo Ocidental, no entanto, nos países com piores condições socioeconómicas e de habitação, com mau acesso aos cuidados de saúde e elevada densidade populacional, a surdez é um desfecho clínico frequente.

A integração dos cuidados e rastreios auditivos nos cuidados de saúde primários, avaliando desde cedo as alterações patológicas e evitando a sua supuração, pode diminuir os casos de surdez e diminuir os impactos de uma “simples” infecção do ouvido médio na vida de uma criança.

Apesar do direito à saúde ser universal, existem algumas barreiras no acesso aos cuidados, podendo ainda ser visto como um privilégio.

Palavras-chave: Otite média, surdez, países subdesenvolvidos

Acute otitis media is usually associated with a high respiratory infection resulting in congestion of the upper respiratory tract. It is a very prevalent disease in the pediatric population and in populations of underdeveloped countries. Severe complications of OM are uncommon in the Western world; however, in countries with poorer socioeconomic and housing conditions, poor access to health care and high population density, deafness is a frequent clinical outcome. Integrating care and hearing screening into primary health care, assessing pathological changes early and avoiding their suppuration, can reduce deafness and reduce the impact of a "simple" middle ear infection on a child's life. Although the right to health is universal, there are some barriers to access to care, and it can still be seen as a privilege.

Key words: Otitis media, deafness, underdeveloped countries

## Índice

---

Introdução	6
Um espectro de doenças	7
Quem está em risco?	8
Abordagem	11
Complicações	12
Conclusão: Impacto Social	13

## Introdução

---

A Declaração Universal dos Direitos do Homem, redigida em 1948, apresenta-se como baluarte máximo dos direitos dos cidadãos de todo o mundo. Ao apontar direitos, e não menos importante, apelando ao espírito de fraternidade entre todos os cidadãos, chega-se a um caminho de entreaajuda e vivência tranquila em sociedade.

No rescaldo da Segunda Grande Guerra, mas com imensas situações calamitosas já vividas, foi criada a Organização Mundial de Saúde. Surge com o objectivo maior de promover a saúde de todos os povos. Desde o início, para esta organização, o conceito de saúde apresenta-se como o bem-estar físico, mental e social e não exclusivamente ausência de doença. A cooperação internacional entre os membros dos diferentes países constituintes, bem como os diversos especialistas que são parte integrante da organização, pauta-se, desde a fundação, pelo “controlo de epidemias, o estabelecimento de medidas de quarentena, a estandardização de medicamentos, a regulamentação sanitária e o planeamento e execução de campanhas de vacinação, rastreio e prevenção de doenças”.

Pese embora todas as boas intenções explanadas, os cuidados de saúde ainda não estão equalizados nas várias regiões do mundo, havendo sérias diferenças na prevalência de muitas patologias e, conseqüentemente, das suas complicações.

A Otite Média é uma patologia muito comum na infância que, sem tratamento eficaz, pode complicar-se, no extremo, com surdez. Sendo esta uma patologia muito comum nos países subdesenvolvidos, existe ainda um grande caminho a percorrer.

Esta revisão bibliográfica tem como objectivo reunir alguma informação sobre as otites médias, não apenas avaliando o seu contexto médico, como também o seu contexto social, que muito pode influenciar a história da doença a vários níveis.

## Um espectro de doenças

Quando se verifica o início rápido de sinais e sintomas, que acompanham a infecção aguda do território do ouvido médio, estamos perante uma Otite Média Aguda (OMA). A Imagem 1 representa um diagrama que tenta explicar as possíveis evoluções da OMA.

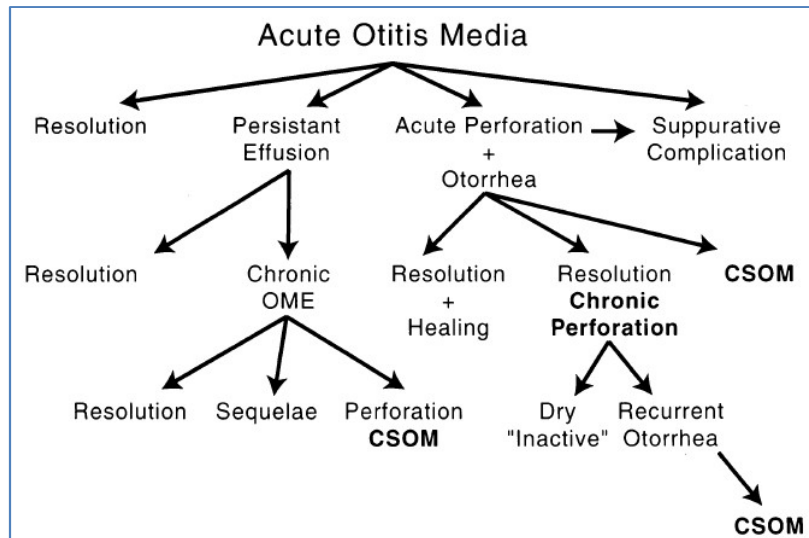


Imagem 1: Evolução OMA<sup>1</sup>

A OMA surge, habitualmente, associada a uma infecção respiratória alta que resulta na congestão do tracto respiratório superior. Fisiopatologicamente, há congestão consequente da nasofaringe e da Trompa de Eustáquio (TE), desenvolvendo-se uma pressão negativa no ouvido médio que potencia a aspiração de potenciais patogéneos da mucosa do tracto respiratório. Verifica-se uma resolução espontânea da maioria dos casos de OMA, embora alguns grupos de pacientes tenham indicação para realizar antibioterapia, há várias questões em torno utilização indiscriminada dos antibióticos<sup>2</sup>. A Otite Média Supurativa (OMS) é definida como a presença de fluido no ouvido médio, na ausência de sinais ou sintomas de OMA<sup>3</sup>.

A Otite Média Crónica Supurativa (OMCS) é, segundo a Organização Mundial de Saúde<sup>4</sup>, definida como inflamação crónica do ouvido médio e das células mastóideias, caracterizada por secreções recorrentes do canal auricular ou otorreia recorrente, na presença de perfuração timpânica. A doença começa, geralmente durante a infância, como uma perfuração timpânica espontânea devido a uma OMA ou como sequela de uma OMS. Ainda existe controvérsia em relação ao ponto de transição entre a OMA e a OMCS, em especial, não existe um consenso relativamente à duração da otorreia para que deva ser considerada crónica<sup>1</sup>.

Em termos bacteriológicos, existem diferenças entre a OMA e a OMCS. Na OMA, as bactérias encontradas no ouvido médio são maioritariamente patogéneos respiratórios, provenientes da nasofaringe, insuflados através das TE durante uma infecção respiratória alta. Incluem *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis*<sup>5</sup>. Na OCMS, a perfuração crónica

justifica o facto de poderem ser encontradas bactérias aeróbias, como *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *S. aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Proteus mirabilis*, ou anaeróbias, por exemplo *Bacteroides* e *Propionibacterium*.

## Quem está em risco?

---

A OMA é uma doença muito prevalente na *população pediátrica*. Estima-se que, aos 3 anos, 50-85%<sup>6</sup> das crianças tenham tido uma OM, sendo o pico de incidência entre os 6 e os 11 meses.

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde<sup>4</sup>, estimam-se que 51000 crianças com idade inferior a 5 anos, morram anualmente devido a complicações associadas à OMA.

Por outro lado, estima-se que a OMCS esteja presente em 65 a 330 milhões de pessoas, 60% das quais sofrerão de deficiência auditiva, uma das complicações mais frequentes desta patologia.

A Organização Mundial de Saúde classificou os países de acordo com a prevalência de OMCS:

- Máxima (>4%) – Tanzania, Índia, Ilhas Solomon, Guam, Gronolândia e populações nativas da Austrália
- Elevada (2-4%) – Nigéria, Angola, Moçambique, Coreia, Tailândia, Filipinas, Malásia, Vietname, Micronésia, China e populações esquimós
- Baixa (1-2%) – Brasil e Quênia
- Mínima (<1%) – Gâmbia, Arábia Saudita, Israel, Austrália, Reino Unido, Dinamarca, Finlândia e Indianos americanos

A Nigéria é uma das regiões do planeta com elevada prevalência de OMCS, cerca de 4%<sup>1</sup> da população sofre desta patologia. Este país pode ser utilizado como espelho do que acontece noutras regiões do continente africano. Um estudo<sup>7</sup> realizado na Nigéria, tirou algumas conclusões acerca do estilo de vida e das manifestações da doença numa população de 160 casos de OMCS. A maioria dos pacientes com OMCS vivia em zonas rurais, com acesso precário a cuidados de saúde e baixos rendimentos. Os doentes apresentam-se tardiamente aos cuidados de saúde e, por outro lado, a baixa condição económica leva a que já tivessem recorrido a soluções mais cómodas e próximas da comunidade, frequentemente ilegais. Nesse mesmo estudo, é afirmado que a venda indiscriminada de antibióticos por traficantes promove a resistência antibiótica.

A explicação para as diferenças na prevalência da OM pode passar pela identificação dos factores de risco (FR) para esta patologia, uma metanálise<sup>8</sup> redigida em 2014 tentou estabelecer alguns dos FR já conhecidos. A evolução para OMCS pode ser explicada pela presença de factores de risco, sendo possível identificar pelo menos um<sup>9</sup> nos pacientes com doença crónica.

A imagem 2 ajuda a compreender a heterogeneidade dos FR para esta patologia, no entanto verifica-se a sua profunda interligação, o que não permite que não sejam dissociados.

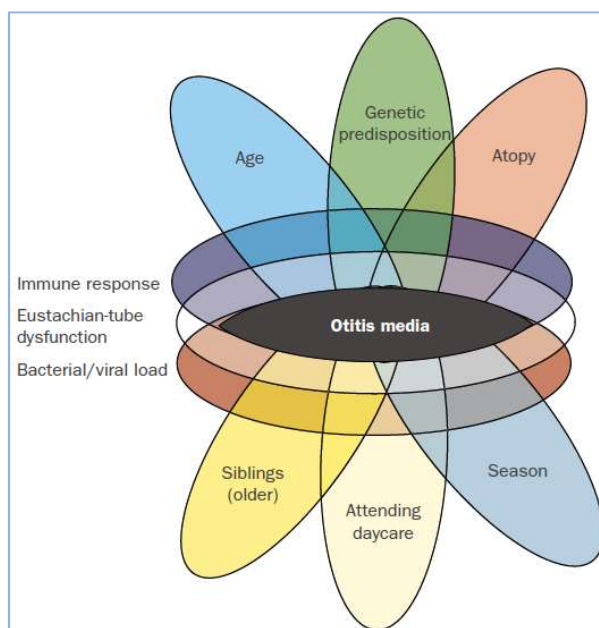


Imagem 2: Factores de risco para Otite Média<sup>6</sup>

### Atopia ou alergia

Identificou-se a existência de atopia ou sensibilidade a alérgenos habitacionais como FR para OM. A prevalência de condições atópicas, tais como Rinite alérgica, está presente em 24% e 89% dos pacientes com OM.

### Infecções respiratórias altas

A presença de tosse ou rinorreia, para além de ser um FR para OM, pode também ser encarado como um significativo factor de prognóstico para a evolução da patologia, a sua recorrência ou transformação em OMCS. Uma Infecção respiratória alta (IRA) anterior ou concomitante é considerado um dos FR para a evolução da OM, promove a replicação bacteriana e aumenta a inflamação da nasofaringe e da TE.

### Roncopatia

A roncopatia é um sintoma muito comum em crianças, sendo definida como a presença de roncos audíveis, pelo menos 3 vezes por semana. A roncopatia é fisiopatologicamente definida pelo tamanho das adenóides<sup>10</sup>. O mecanismo subjacente à roncopatia parece aumentar a resistência da via área superior, assim como a disfunção da TE. A avaliação e tratamento precoces das crianças com roncopatia identificada pode prevenir o desenvolvimento de OM.

### OM recorrentes

Tal qual a maioria das doenças infecciosas, também a OM é potenciada pela presença de OM prévias. Este FR é muito significativo para o desenvolvimento de patologia recorrente do ouvido médio, assim como de OMCS.

### Tabagismo passivo

O fumo do tabaco foi associado a uma maior prevalência e morbilidade da patologia do ouvido médio. As crianças filhas de pais fumadores têm maior probabilidade de desenvolver OMA. A nicotina e outros produtos existentes no tabaco podem tornar os sujeitos mais susceptíveis às infecções do ouvido e à invasão do ouvido médio por microorganismos. Por outro lado, a diminuição da função mucociliar da TE associada ao fumo do tabaco, induz a inflamação da parede das vias aéreas superiores com consequente edema da parede e disfunção ciliar.

O tabagismo passivo é uma realidade muito viva nos países desenvolvidos e, ainda que a prevalência desta patologia esteja a diminuir nestes territórios, devem ser implementadas medidas que controlem a exposição ao fumo do tabaco.

### Condições económicas e habitacionais

A possível associação da OM às condições sócio-económicas foi largamente debatida e será tema de discussão neste trabalho.

A prevalência da OMCS depende das condições socioeconómicas, das condições de habitação, da densidade populacional e do acesso aos cuidados de saúde<sup>11</sup>, havendo uma prevalência mais elevada das patologias do ouvido médio em populações rurais ou semi-rurais, em alguns países como a Nigéria<sup>12</sup>.

### Amamentação

Os benefícios da amamentação são largamente conhecidos e publicitados. O leite materno é constituído por várias agentes antimicrobianos, anti-inflamatórios e imunomoduladores que contribuem para a optimização do sistema imune. A amamentação durante, pelo menos, 3 meses, pode diminuir o risco de OMA em crianças<sup>13</sup>.

### Infantários

A entrada das crianças na creche induz o seu contacto com outras crianças e adultos, potenciando o desenvolvimento de IRA pelo contacto com um maior número de patogéneos respiratórios, havendo, consequentemente, um maior risco de OM<sup>13</sup>.

Nos ambientes mais pobres, a convivência das crianças em meios menos higienizados, com falta de água e saneamento básico, também aumenta o contacto com mais patogéneos.

### Predisposição genética

Durante a investigação de uma OM, a história familiar deve ser cuidadosamente avaliada para todas as crianças. Doentes com história familiar de OM<sup>6</sup> devem ser

tratados precocemente, particularmente se outros factores de risco estiverem presentes, por exemplo frequência na creche ou tabagismo parental.

Nas últimas décadas, foram realizados vários estudos genéticos com o objectivo de identificar factores de risco herdados para a OM<sup>14</sup>. No entanto, ainda não existem conclusões acerca dos testes genéticos a realizar numa criança com OM.

### Anormalidades da Trompa de Eustáquio

As anormalidades anatómicas ou fisiológicas da TE presentes em crianças com episódios recorrentes de OMA ou OMS, parecem ser o factor mais importante na determinação da evolução da patologia<sup>1</sup>. A presença de anormalidades também acentua o risco de recorrência.

## **Abordagem**

---

O diagnóstico correcto e atempado da OM é o passo primordial para a sua correcta abordagem. Deverá ser colhida a história clínica com especial enfoque nos problemas otológicos, os tratamentos usados e qualquer intervenção prévia. Uma história prévia de infecção do ouvido médio e/ou otorreia persistente devem levantar suspeita de cronicidade.

Ao longo dos anos, a patogenia da OMA tem vindo a alterar-se e cerca de 80%<sup>15</sup> dos episódios verificam resolução espontânea, de modo que as orientações clínicas de vários países recomendam a adopção de uma atitude de vigilância ou de uma prescrição antibiótica inicial apenas em doentes seleccionados.

A limpeza do ouvido<sup>4</sup> é fundamental uma vez que pode reduzir, mesmo que temporariamente, a quantidade de material infectado presente no ouvido médio e facilitará a acção dos antibióticos tópicos.

Para controlo da otalgia, recomenda-se paracetamol ou ibuprofeno, como complemento da terapêutica antibiótica, caso se verifique necessária. Não existe consenso na abordagem antibiótica a fazer às OM<sup>16</sup>, habitualmente o fármaco de eleição é a Amoxicilina<sup>17</sup>. As normas da DGES<sup>2</sup>, semelhantes às da American Academy of Pediatrics, recomendam a prescrição imediata de antibiótico em:

- (1) lactentes menores de 6 meses de idade, ou
- (2) quadro clínico grave, ou
- (3) presença de otorreia, ou
- (4) otite bilateral (em menores de 2 anos de idade).

Nos doentes mais velhos, as recomendações são mais permissivas, é aconselhado um período de vigilância de 48-72 horas, assegurando-se que há possibilidade de reavaliação clínica, em caso de persistência ou agravamento de sintomas.

A antibioticoterapia inicial implica um benefício na progressão da doença, mas com um aumento de efeitos adversos<sup>18</sup>. Ainda não se esclareceu o papel da antibioterapia na prevenção de recorrências e evolução para a cronicidade. Um estudo prospectivo<sup>19</sup> a 3 anos e 6 meses mostrou que as crianças cuja otite foi tratada com Amoxicilina tiveram

maior incidência de novos episódios de otite que aquelas que não foram medicadas com antibiótico. Ainda que a prescrição antibiótica possa diminuir o tempo de OMA activa, o aumento do número de prescrições aumentará a resistência das bactérias.

Existem alguns procedimentos que podem complementar a abordagem medicamentosa das OM. Na presença de otorreia, deve ser realizada uma timpanocentese<sup>17</sup>, através de um fino cateter, possibilitando a realização de exame microbiológico. A miringocentese é utilizada para efectuar a drenagem e a ventilação do ouvido médio, através de uma incisão na membrana timpânica. É habitualmente precedida da timpanocentese e está indicada em casos de otalgia severa, otites de repetição que não cedem à terapêutica médica, ou complicações como a paralisia facial ou a meningite.

Na sequência da drenagem de exsudados e da miringocentese, é necessário assegurar a ventilação da caixa do tímpano, através da colocação de um tubo transtimpânico.

Quando ocorre perfuração da membrana do tímpano, deve realizar-se miringoplastia. As três principais indicações para a miringoplastia<sup>20</sup> são:

- (1) otorreia recorrente
- (2) desejo de nadar sem impermeabilizar a orelha
- (3) melhorar a perda auditiva

Os benefícios da abordagem cirúrgica incluem a redução da perda auditiva, diminuição da recorrência e da necessidade de reoperação<sup>6</sup>. Contudo, os pacientes devem ser bem avaliados antes da intervenção.

A abordagem ainda não é uniforme, a nível mundial. A prevenção<sup>16</sup> parece ser a intervenção consensual entre as várias recomendações clínicas existentes. Podem ser implementados planos de ensino nas escolas<sup>7</sup> para um reconhecimento precoce das patologias, nomeadamente em locais com menos acesso a cuidados de saúde, como a Nigéria. A implementação de cuidados de higiene mais específicos e condições sanitárias mais favoráveis<sup>4</sup>, pode melhorar a abordagem da OM e diminuir as complicações inerentes.

## **Complicações**

---

As complicações de OMCS afectam mais frequentemente as crianças, provavelmente pela imaturidade do seu sistema imunitário e maior negligência pelo auto-cuidado e higiene<sup>11</sup>. Existem ainda outras variáveis que influenciam a ocorrência de complicações, nomeadamente a condição socioeconómica, condições de habitação, densidade populacional e acesso aos cuidados de saúde<sup>21</sup>.

Os exsudados no interior do ouvido médio podem persistir, em crianças entre os 2 e os 6 anos, até dois meses após a OMA, com o aumento da deficiência auditiva e também com potenciais complicações infecciosas<sup>22</sup>.

Podem ocorrer várias complicações extracranianas, como mastoidite, abscesso do subperiósteo, paralisia do nervo facial, inflamação do labirinto e do rochedo temporal com osteonecrose. As relações anatómicas estabelecidas pelo ouvido médio tornam as infecções complicadas deste território potencialmente fatais<sup>16</sup> por envolvimento intracraniano. As muitas complicações intracranianas englobam abscessos extradurais,

subdurais, meningite, encefalite, abscesso cerebral e trombose do seio lateral. Após a Era antibiótica<sup>23</sup>, tem-se assistido a uma diminuição dos desfechos mais complicados, diminuindo assim a mortalidade e morbidade associada à OM.

Existem ainda complicações relacionadas com o tratamento: as condições iatrogênicas e a resistência antibiótica. Como consequência da colocação de tubos transtimpânicos, podem ocorrer três complicações: a timpanosclerose, a perfuração e o colesteatoma<sup>17</sup>.

Quanto à utilização antibiótica, podem ser verificados efeitos adversos comuns, como vômitos, diarreia ou rashes cutâneos<sup>24</sup>. No entanto, a verdadeira questão em torno da utilização antibiótica em contexto de OM, prende-se com a resistência desenvolvida pelas bactérias, resultando em tratamentos mais prolongados e menos eficazes. A resistência bacteriana é um importante problema na prática clínica, esquematicamente explicado na Imagem 3, de modo que a prescrição deve consciente e restrita às situações referidas anteriormente.

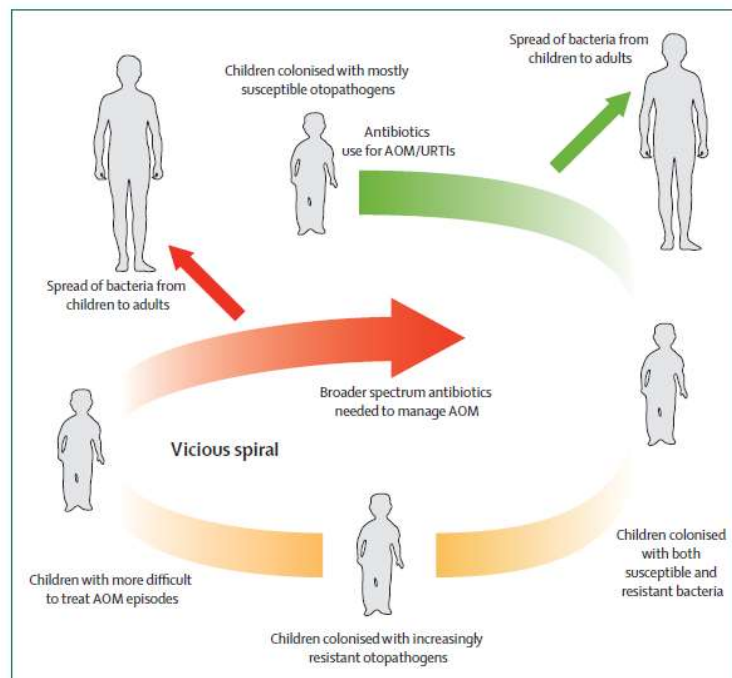


Imagem 3: Resistência antibiótica

## Conclusão: Impacto social

As complicações graves da OM são incomuns no mundo Ocidental, no entanto, nos países com piores condições socioeconômicas e de habitação, com mau acesso aos cuidados de saúde e elevada densidade populacional, a surdez é um desfecho clínico frequente. Conforme referido anteriormente, a população pediátrica é a mais afectada pelas complicações da OM, o que resulta na existência de um grande número de crianças surdas nos países subdesenvolvidos.

A surdez como consequência de OM não induz nenhuma alteração cognitiva na criança, de modo que é esperado que haja um normal desenvolvimento intelectual, permitindo a

aquisição das aptidões necessárias para viver autonomamente e integrado na sociedade. Contudo, caso não haja desenvolvimento de processos que permitam a comunicação com terceiros, como por exemplo a linguagem gestual, as competências sociais não serão desenvolvidas. E com isto todos os riscos associados ao subdesenvolvimento das crianças, à estigmatização social e de alguma forma, frequentemente, à discriminação.

A criança surda deve ser preparada para as dificuldades que terá durante a sua vida, sendo importante que a sociedade lhe ofereça meios para a sua integração. A implementação de escolas bilingues, de modo a valorizar a linguagem gestual e a incrementar a participação da comunidade surda no processo educacional. A adoção do ensino bilingue ou a presença de um tradutor são medidas importantes para a capacitação das crianças surdas, permitindo iniciar uma intervenção precoce que é crucial para minimizar o impacto da perda auditiva. Outra vertente desta medida é a inserção de professores surdos no quotidiano de escolas especiais, abrindo portas a uma carreira profissional para pessoas com deficiência auditiva. Mas, e em consonância com aquilo que frequentemente tem vindo a ser dito ao longo da presente dissertação, estas medidas dependem necessariamente do quotidiano das pessoas. Enquanto que há países, nomeadamente os ocidentais, em que os agrupamentos escolares estão vinculados a medidas integradoras, existem, em países marcados pela escassez económica, uma total inoperância, e de certa forma, alheamento a estas questões, dificultando a intervenção junto das populações.

A divulgação de informação e o acompanhamento das populações também podem diminuir as consequências das OM, através do ensino das mães, por exemplo. A realização de palestras e a distribuição de panfletos ilustrados podem ser formas de aliar os cuidadores à prevenção da doença, capacitando-os de conhecimentos que lhes permitam reconhecer os sinais de doença e agir

O défice de desenvolvimento, verificado em países maioritariamente com poucas condições financeiras, reflete-se em fatores diversos mas geralmente, populações menos instruídas, com problemas de fome, guerras, poucas condições sanitárias de saúde, e com um nível de saúde bastante mais baixo. O ambiente social adverso dificulta a implementação de bons sistemas de saúde e educação, tornando difícil integrar as pessoas com surdez. A melhor forma de lidar com este problema é investir na prevenção do seu desenvolvimento, equacionando medidas que permitam diminuir a incidência de OM nas populações dos países subdesenvolvidos.

A equação nos países subdesenvolvidos integra variáveis bastantes diferentes do mundo ocidental, o que obriga a encarar as OM de outra forma. Num país como Portugal, que segue normas da DGES, uma OMA é vista como uma patologia benigna, de tratamento e resolução simples, contudo as diferentes realidades sócio sanitárias influenciam muito o desfecho das OM.

Ao longo dos anos, e dado que estamos num mundo cada vez mais globalizado, a perceção que os problemas deixaram de ser locais para serem considerados globais, existiu, por parte de altas esferas com influência na saúde, uma política orquestrada no sentido de serem adotadas estratégias globais e eficazes no combate às diversas doenças e epidemias que foram surgindo. A Organização Mundial de Saúde foi um desses exemplos. O lançamento sistemático de programas que visaram equiparar os

cuidados de saúde a nível mundial é disso exemplo. O Departamento de Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente, juntamente com a Equipa de Prevenção da Cegueira e Surdez, avaliou os cuidados prestados aos doentes com OMCS, redigindo o documento “Chronic suppurative otitis media - Burden of Illness and Management Options”. A distribuição e publicitação destas publicações junto das comunidades médicas dos países subdesenvolvidos poderia ser uma forma de equiparar os cuidados de saúde, procurando que os clínicos transmitissem às populações as medidas básicas que podem tomar para minimizar o risco de recorrência e cronicidade das OM. O diagnóstico clínico da OMA pode ser dificultado pela coexistência dos sintomas e sinais típicos com sintomas de outras infeções respiratórias, no entanto, é facilitado pela cuidadosa colheita da história clínica e exame objectivo completo. A abordagem clínica correcta é essencial para garantir a certeza e a precocidade do diagnóstico, os clínicos devem estar sensibilizados para a necessidade de realizar otoscopia ou, em casos de impossibilidade, despite de sintomas e sinais do ouvido médio.

É importante avaliar as patologias no seu contexto médico. No entanto, também é importante não esquecer o contexto social, que muito pode influenciar a clínica, a vários níveis, por exemplo, no tratamento ou na capacidade de educação e intervenção junto No caso das OM, a integração dos cuidados e rastreios auditivos nos cuidados de saúde primários, avaliando desde cedo as OMA e evitando a sua supuração, pode diminuir os casos de surdez e diminuir os impactos de uma “simples” infecção do ouvido médio na vida de uma criança.

Apesar do direito à saúde ser universal, existem algumas barreiras no acesso aos cuidados, podendo ainda ser visto como um privilégio. Se pensarmos além do espaço geográfico a que pertencemos, apercebemo-nos que as realidades são bastante diferentes. Para além das precárias condições médico-sanitárias; para além do crescimento económico, que sustenta o desenvolvimento, ser inexistente; para além de falhas na abordagem a diversas doenças; as constantes guerras e disputas internas; entre tantos outros fatores, poder-se-á concluir que o impacto de uma OM ainda é bastante diferente nos quatro cantos do mundo e depende fortemente do contexto regional em que estejamos inseridos.

## Referências

---

1. Bluestone CD. Epidemiology and pathogenesis of chronic suppurative otitis media: implications for prevention and treatment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1998
2. Pinto S, Costa J, Vaz Carneiro A, Fernandes R. Análise da revisão Cochrane: Antibioticoterapia na otite média aguda da criança. *Cochrane database syst rev.* 2013. *Acta Med Port.* 2013
3. Wolleswinkel-van den Bosch JH, Stolk EA, Francois M, Gasparini R, Brosa M. The health care burden and societal impact of acute otitis media in seven European countries: Results of an Internet survey. *Vaccine.* 2010
4. WHO. Chronic suppurative otitis media - Burden of Illness and Management Options. *WHO Libr Cat Data.* 2004
5. Vergison A. Microbiology of otitis media: A moving target. *Vaccine.* 2008
6. Rovers MM, Schilder AGM, Zielhuis GA, Rosenfeld RM. Otitis media. 2004
7. Akinpelu O V, Amusa YB, Komolafe EO, Adeolu AA, Oladele AO, Ameye SA. Challenges in management of chronic suppurative otitis media in a developing country. *J Laryngol Otol.* 2008
8. Zhang Y, Xu M, Zhang J, Zeng L, Wang Y, Zheng QY. Risk factors for chronic and recurrent otitis media-A meta-analysis. *PLoS One.* 2014
9. Yousef YE, El-magd EAA, El-asheer OM, Kotb S. Impact of Educational Program on the Management of Chronic Suppurative Otitis Media among Children. 2015
10. Szőke H, Maródi M, Sallay Z, Székely B, Sterner M-G, Hegyi G. Integrative versus Conventional Therapy of Chronic Otitis Media with Effusion and Adenoid Hypertrophy in Children: A Prospective Observational Study. *Forschende Komplementärmedizin.* 2016
11. Wahid FI, Khan A, Khan IA. Complications of chronic suppurative otitis media: challenge for a developing country. *Kulak burun boğaz İhtis Derg KBB = J ear, nose, throat.* 2014
12. Orji F. A survey of the burden of management of chronic suppurative otitis media in a developing country. *Ann Med Health Sci Res.* 2013
13. Daly KA, Selvius RE, Lindgren B. Knowledge and attitudes about otitis media risk: implications for prevention. *Pediatrics.* 1997
14. Post JC. Genetics of Otitis Media. *Adv Otorhinolaryngol.* 2011

15. Venekamp RP, Sanders S, Glasziou PP, Del Mar CB RM. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013
16. Vergison A, Dagan R, Arguedas A, et al. Otitis media and its consequences: beyond the earache. *Lancet Infect Dis*. 2010;
17. Paço J. Otites na Prática Clínica. Guia de Diagnóstico e Tratamento. 2010.
18. Como A, Linha P, Otite NA, Aguda DIA, Abordagem UMA, Controversa A. clubedeleitura 219. 2011:219-221.
19. Bezakova N, Damoiseaux RAMJ, Hoes AW, et al. Recurrence up to 3.5 years after antibiotic treatment of acute otitis media in very young Dutch children: survey of trial participants. *Bmj*. 2009
20. Aggarwal R, Saeed SR, Green KJM. Myringoplasty. *J Laryngol Otol*. 2006
21. Nieman CL, Tunkel DE, Boss EF. Do race/ethnicity or socioeconomic status affect why we place ear tubes in children? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2016
22. Santosh U. Study of Myringoplasty in Wet and Dry Ears in Mucosal Type of Chronic Otitis Media. *J Clin Diagnostic Res*. 2016
23. Yeoh XY, Lim PS, Pua KC. Case of Chronic Otitis Media with Intracranial Complication and Contralateral Extracranial Presentation. *Case Rep Otolaryngol*. 2016
24. O'Neill P. Clinical evidence: Acute otitis media. *Bmj*. 1999