



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

VANESSA ROLIM BARRETO CAVALCANTE

**ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS DE FORMAÇÃO E DO  
CONHECIMENTO SOBRE DOENÇAS VESTIBULARES DE MÉDICOS  
NO SERTÃO PARAIBANO**

Santos/SP

2014

VANESSA ROLIM BARRETO CAVALCANTE

**ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS DE FORMAÇÃO E DO  
CONHECIMENTO SOBRE DOENÇAS VESTIBULARES DE MÉDICOS  
NO SERTÃO PARAIBANO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Ambiente e Saúde

**Orientador: Prof. Dr. Alféio Luís Ferreira Braga**

Santos/SP

2014

Dados Internacionais de Catalogação  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos  
*SibiU*

---

C376a Cavalcante, Vanessa Rolim Barreto

Análise das características de formação e do conhecimento sobre doenças vestibulares de médicos no Sertão Paraibano / Vanessa Rolim Barreto Cavalcante ; orientador Alfésio Luís Ferreira Braga – Santos : [s.n.], 2014.

90 f. ; 30 cm (Dissertação de Mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

1. Epidemiologia. 2. Meio ambiente. I. Braga, Alfésio Luís Ferreira (Orientador).  
II. Universidade Católica de Santos. III. Título.

CDU 614 (043.3)

---

**VANESSA ROLIM BARRETO CAVALCANTE**

**ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS DE FORMAÇÃO E DO  
CONHECIMENTO SOBRE DOENÇAS VESTIBULARES DE MÉDICOS  
NO SERTÃO PARAIBANO**

**Aprovado em:** \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Alfésio Luís Ferreira Braga (Membro nato)**  
**Presidente da Banca**

---

**Prof. Dr. Ubiratan de Paula Santos (Membro externo)**

---

**Prof. Dr. Luiz Alberto Amador Pereira (Membro interno)**

Dedico este trabalho ao meu pai, João Batista Braga Barreto, que não pôde acompanhar meu crescimento pessoal ou profissional, mas que, certamente, está orgulhoso nesse momento, e àqueles que, de alguma forma ou em algum momento, foram um pouco pais para mim.

## AGRADECIMENTOS

A **minha filhinha**, que, com apenas oito anos, incentivou-me a enfrentar esse desafio e me apoiou sempre, mesmo sabendo que eu me ausentaria por muitos momentos;

Ao **meu esposo**, que consegue entender minha necessidade de subir os degraus da vida;

À **minha mãe**, por me ensinar o valor da educação;

Aos **meus colegas de Mestrado**, que tornaram esse período mais agradável, amenizando a saudade da minha família;

Ao **meu orientador, Prof. Dr. Alfésio**, que muito me ensinou e que soube aceitar meus argumentos. Agradeço por sua paciência, benevolência, seriedade, compromisso e respeito;

Aos **professores** que, generosamente, contribuíram com o meu aprendizado;

Aos **colegas médicos** que, ao responder aos questionários, tornaram esta tese possível;

Por fim, agradeço aos **amigos** que me apoiaram, ajudaram-me e me incentivaram.

*“Viver é isso: ficar se equilibrando o tempo todo,  
entre escolhas e consequências.”*

*(Jean-Paul Sartre)*

## RESUMO

CAVALCANTE, Vanessa Rolim Barreto. Análise das Características de Formação e do Conhecimento sobre Doenças Vestibulares no Sertão Paraibano. [Dissertação]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2014.

**INTRODUÇÃO:** O termo labirintite é usado frequentemente para designar tonturas de forma generalista. Essa atitude viciosa e errônea, quando praticada pela classe médica, pode resultar em erros no diagnóstico, na terapêutica, na orientação a ser dada ao paciente e no prognóstico.

**OBJETIVOS:** Analisar as características de formação e o conhecimento acerca das doenças vestibulares (especialmente sobre labirintite) dos médicos que trabalham no sertão paraibano.

**MÉTODO:** O desenho do estudo foi transversal, em que o conhecimento e a formação dos médicos que atuam nas cidades de São João do Rio do Peixe, Bom Jesus, Cachoeira dos Índios, Cajazeiras, Carrapateira, Santa Helena e São José de Piranhas foram avaliados através de questionário específico com perguntas objetivas, aplicado presencialmente. Realizou-se uma análise descritiva dos dados e se investigou a presença de fatores de risco para desempenho insuficiente (percentual de acerto das questões específicas inferior a 60%), utilizando-se regressão logística. **RESULTADOS:** A maioria dos médicos (77,1%) se graduou há mais de cinco anos. As instituições de ensino da Paraíba e de estados do Nordeste do Brasil foram as maiores formadoras dos médicos da região, todavia, 6,9% dos participantes se graduaram fora do país. Quase três quartos dos participantes eram pós-graduados, sendo que 26,7% haviam feito residência médica e especialização simultaneamente. A maioria dos profissionais respondeu ter diagnosticado mais de um caso de labirintite no último ano (66,4%) e afirmou que tontura rotatória incapacitante, zumbido e vômitos são os sintomas dessa patologia. A diminuição da acuidade auditiva foi pouco relacionada à labirintite (6,1%), e o tratamento mais escolhido para essa enfermidade foi o uso de supressor vestibular (82,4%). A maior parte dos entrevistados respondeu que a labirintite é a causa mais frequente de tontura (32,8%), a qual é tipicamente rotatória, crônica e benigna (48,1%). Medicamentos depressoras vestibulares são prescritas em demasia e por tempo prolongado. O único fator de risco para insuficiência no questionário aplicado foi ter sido formado a partir de 2006 (razão de chances de 5,13 com intervalo de confiança de 1,05 a 24,92). Os conhecimentos sobre tontura foram em sua maioria adquiridos na graduação em Medicina, contudo 26% dos entrevistados referem que têm conceitos advindos de fontes não científicas. **CONCLUSÕES:** A maioria dos médicos tem boa experiência clínica, realizou a graduação na região em que trabalha e cursou pós-graduação. Há insuficiência no conhecimento dos médicos que

participaram deste estudo em relação às vestibulopatias. O desempenho inferior dos formados há menos tempo exige uma reflexão sobre a forma como o conhecimento vem sendo difundido recentemente. A expressiva origem não científica das informações sobre tontura entre esses profissionais é preocupante.

**Descritores:** Labirintite. Conhecimento. Tontura. Vestibulopatia.

## SUMMARY

CAVALCANTE, Vanessa Rolim Barreto. Analysis of the Training Characteristics and Knowledge about Vestibular Diseases of the Physicians Working in the Paraíba Hinterland. [Dissertation]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2014.

**INTRODUCTION:** The term labyrinthitis is often used to designate general dizziness. This vicious and faulty attitude, when performed by medical professionals, can result in errors in diagnosis, therapy, orientation given to the patient and prognosis. **OBJECTIVES:** To analyze the training characteristics and knowledge on vestibular diseases (especially labyrinthitis) of the physicians working in the hinterland of Paraíba. **METHOD:** The study design was cross-sectional, in which the knowledge and training characteristics of physicians working in the cities of São João do Rio do Peixe, Bom Jesus, Cachoeira dos Índios, Cajazeiras, Carrapateira, Santa Helena and São José de Piranhas were evaluated by means of specific questionnaire with objective questions, directly applied. A descriptive analysis of the data was conducted and the presence of risk factors for poor performance (percentage of correct answers to the specific questions below 60%) was investigated, using logistic regression. **RESULTS:** Most physicians (77.1%) graduated more than five years ago. Most of them graduated in educational institutions in Paraíba or other northeastern states; however, 6.9% of participants graduated abroad. Nearly three-quarters of the respondents had postgraduation and 26.7% had attended residency program and specialization simultaneously. Most professionals (66.4%) have diagnosed more than one case of labyrinthitis in the last year and stated that disabling rotator dizziness, tinnitus and vomiting are symptoms of this pathology. Hearing acuity reduction was less related to labyrinthitis (6.1%), and the treatment more often chosen for this disease was the use of vestibular suppressant (82.4%). Most respondents replied that labyrinthitis is the most frequent cause of dizziness (32.8%), which is typically rotational, chronic and benign (48.1%). Vestibular suppressant drugs are widely prescribed and for a long time. The only risk factor for failure in the questionnaire was to have graduated after 2006 (odds ratio of 5.13 with a confidence interval 1.05 to 24.92). Knowledge of dizziness was mostly acquired during Medicine school; however 26% of respondents state that they had notions from non-scientific sources. **CONCLUSIONS:** Most physicians have good clinical experience, attended graduation within their working region and have done a post graduation. There is insufficient knowledge of the physicians who participated in this study in relation to vestibular disorders. The lower performance of the recently graduated

calls for a reflection on how knowledge has been disseminated recently. The significant non-scientific source of information on dizziness among these professionals is a matter of concern.

**Keywords:** Labyrinthitis. Knowledge. Dizziness. Vestibular Disorders.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa do estado da Paraíba – Destaque da cidade de Cajazeiras em vermelho-----	35
Figura 2	Algoritmo da população e da amostra do estudo -----	40
Figura 3	Distribuição do número de médicos participantes do estudo de acordo com a idade -----	41
Figura 4	Distribuição da porcentagem de médicos por cidades de residência -----	42
Figura 5	Distribuição da porcentagem de médicos por número de cidades em que trabalham -----	43
Figura 6	Distribuição do número de médicos de acordo com o ano de graduação em Medicina -----	44
Figura 7	Distribuição do número de médicos de acordo com a instituição de graduação em Medicina -----	44
Figura 8	Distribuição das áreas de residência médica -----	46
Figura 9	Instituições onde os médicos participantes do estudo realizaram as residências médicas-----	47
Figura 10	Distribuição das especializações médicas encontradas -----	48
Figura 11	Distribuição das instituições de especializações médicas -----	49
Figura 12	Distribuição do número de casos de labirintite diagnosticados pelos participantes nos últimos 12 meses de atendimento -----	50
Figura 13	Distribuição de acordo com os sinais e os sintomas sugestivos de labirintite	51
Figura 14	Distribuição de acordo com a conduta frente a um caso de labirintite -----	52
Figura 15	Distribuição de acordo com as causas mais frequentes de tontura -----	53
Figura 16	Gráfico sobre o significado de vertigem -----	54
Figura 17	Distribuição sobre o significado de labirintite -----	55
Figura 18	Distribuição de acordo com a conduta diante da queixa de tontura -----	56

Figura 19	Distribuição de acordo com a prescrição de medicações supressoras vestibulares -----	57
Figura 20	Distribuição de acordo com a posologia orientada para os supressores vestibulares -----	58
Figura 21	Distribuição de acordo com a suspeita diagnóstica em paciente com sintomas de vertigem postural paroxística benigna -----	59
Figura 22	Distribuição de acordo com a suspeita diagnóstica em paciente com sintomas de enxaqueca -----	60
Figura 23	Distribuição de acordo com a suspeita diagnóstica em paciente com distúrbio do metabolismo dos carboidratos e/ou lipídeos -----	61
Figura 24	Distribuição de acordo com a origem dos conhecimentos sobre tontura -----	62
Figura 25	Distribuição de acordo com a autoavaliação sobre o tema labirintite -----	62

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Valores absolutos e relativos da distribuição de pós-graduação entre os participantes da pesquisa -----	45
Tabela 2	Valores absolutos e relativos da distribuição de participantes em relação ao diagnóstico de labirintite nos últimos 12 meses -----	49
Tabela 3	Números absolutos e relativos da distribuição do reconhecimento de zumbido como sintoma de labirintite entre participantes com e sem pós-graduação -----	51
Tabela 4	Números absolutos e relativos da distribuição de respostas certas e erradas sobre o conceito de vertigem entre os participantes do estudo com e sem pós-graduação -----	54
Tabela 5	Números absolutos e relativos da distribuição da escolha pela investigação da etiologia diante de um paciente com queixa de tontura de acordo com o ano de graduação em Medicina -----	57
Tabela 6	Razões de chances prevalentes para desempenho insuficiente de acordo com o sexo, o tipo de instituição onde se formou e período de formatura-----	63

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIB-Redentor	Faculdade Redentor
CE	Ceará
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DP	Desvio-padrão
Dr.	Doutor
ed.	Edição
ELAM	Escola Latino Americana de Medicina
et al.	E outros
f.	Folha
FAMENE-PB	Faculdade de Medicina Nova Esperança
FCM-PB	Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
FCM-PE	Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco
FM Juazeiro do Norte	Faculdade de Medicina do Juazeiro do Norte
FM Valença	Faculdade de Medicina de Valença
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ISBRAE	Instituto Brasileiro de Ensino
Nº	Número
p.	Página
PB	Paraíba
Prof.	Professor
RN	Rio Grande do Norte
RNM	Ressonância Nuclear Magnética
SP	São Paulo

TC	Tomografia Computadorizada
UEAM	Universidade Estadual do Amazonas
UFAC	Universidade Federal do Acre
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
UNIG	Universidade Iguazu
UNISANTOS	Universidade Católica de Santos
UNISUL	Universidade do Sul de Santa Catarina
UN Trujillo-Peru	Universidad Nacional de Trujillo
UPE	Universidade de Pernambuco
v.	Volume
VPPB	Vertigem Postural Paroxística Benigna

## LISTA DE SÍMBOLOS

%	Por cento
$\mu$	Média
>	Maior que
®	Marca registrada

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
1.1 Anatomia e Fisiologia .....	20
1.2 Doenças vestibulares e pseudovertigens .....	21
1.2.1 <i>Labirintite</i> .....	21
1.2.2 <i>Pseudovertigens</i> .....	27
1.2.3 <i>Vertigem postural paroxística benigna</i> .....	28
1.2.4 <i>Doença de Ménière</i> .....	28
1.2.5 <i>Neurinite vestibular</i> .....	29
1.2.6 <i>Ototoxicose</i> .....	29
1.2.7 <i>Deiscência do canal semicircular anterior</i> .....	29
1.3 Tratamento e prognóstico .....	29
1.4 Justificativa .....	30
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>33</b>
2.1 Objetivo geral.....	33
2.2 Objetivos específicos .....	33
<b>3 MÉTODOS .....</b>	<b>35</b>
3.1 Tipo de estudo.....	35
3.2 Local da pesquisa .....	35
3.3 População e amostra .....	36
3.4 Instrumento e coleta dos dados .....	36
3.5 Análise estatística.....	37
3.6 Posicionamento ético .....	38
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>40</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>65</b>
<b>6 CONCLUSÕES.....</b>	<b>75</b>

<b>7 BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>90</b>

## ***1 INTRODUÇÃO***

---

## 1 INTRODUÇÃO

Cerca de cinco por cento das consultas médicas cotidianas envolvem distúrbios do equilíbrio (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011). Contudo o paciente informa sua queixa de acordo com seus conhecimentos, sua cultura e sua habilidade para descrever sensações. A tontura pode ser referida como a sensação de que o mundo está rodando, cabeça oca, cabeça cheia ou pesada, cabeça leve, instabilidade, desequilíbrio, turvação ou distorção visual, sensação de andar sobre ovos, mareio, sensação de embriaguez, falta de coordenação, flutuação, oscilação, afundamento ou simplesmente mal-estar. Cabe ao médico assistente converter as palavras utilizadas pelo paciente para expressar seu sintoma em termos médicos que auxiliarão ao raciocínio clínico (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011). Para isso, deve conhecer o verdadeiro significado dos sintomas do paciente, assim como o real conceito dos vocábulos médicos utilizados. A vertigem, por exemplo, não é uma doença, mas um sintoma e, por isso, esse termo não deve ser usado como sinônimo de labirintite (FILGUEIRAS, 2013). A palavra vestibulopatia designa, genericamente, distúrbios do equilíbrio cuja origem esteja no sistema vestibular periférico ou central. E labirintopatia é uma afecção que compromete o ouvido interno (GANANÇA, 1998).

O clínico geral deve estar capacitado para conduzir corretamente casos de tontura. Por isso, é indispensável definir sua etiologia para implementar o melhor tratamento possível para cada paciente. No entanto, as doenças vestibulares têm sido tratadas de modo pouco sistemático, já que, raramente, a verdadeira causa da tontura é identificada. Assim, os pacientes são erroneamente submetidos a tratamentos parciais, insuficientes, paliativos e puramente sintomáticos, que ocasionam frequentes insucessos terapêuticos (GANANÇA, 1998).

Para entender o funcionamento do labirinto, é preciso apresentar seus aspectos anatômicos e funcionais.

## 1.1 Anatomia e Fisiologia

A orelha interna foi chamada de labirinto pelos primeiros anatomistas por ser um órgão com muitos canais interligados entre si, que se assemelha ao labirinto de Creta, da mitologia grega (BENTO, 2013). Ela é formada por estruturas membranosas e ósseas presentes dentro da porção petrosa de cada osso temporal (MINOR, 1998). Funcionalmente, o labirinto pode ser dividido em anterior e posterior. O labirinto anterior é constituído pela cóclea, pertencente ao sistema auditivo; o posterior envolve o vestíbulo e os canais semicirculares que pertencem ao sistema do equilíbrio (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011).

A cóclea é um canal de formato cônico com dois giros e meio a dois giros e três quartos, que mede cerca de quatro a cinco milímetros de altura e oito a nove milímetros de diâmetro em sua base, e cujo diâmetro diminui gradativamente da base para a cúpula (ápice). Ela apresenta três aberturas: a janela da cóclea, fechada pela membrana secundária do tímpano; a fissura vestibular, que se comunica com o vestíbulo, e o óstio do aqueduto coclear (ducto perilinfático), que conduz a um pequeno canal que se abre na face inferior da porção petrosa do temporal e comunica o espaço subaracnóideo com a rampa timpânica da cóclea (CALDAS NETO, 2011).

Os canais semicirculares são três túneis ósseos em semicírculo perpendiculares, localizados póstero-superiormente ao vestíbulo, classificados em anterior, posterior e horizontal e orientados nos três planos do espaço. Os canais estão situados de modo que os canais horizontais (ou laterais) de cada lado se encontram em um mesmo plano, assim como o canal superior (também denominado de anterior) de um lado está no mesmo plano do canal posterior contralateral e vice-versa (MINOR, 1998). Esse arranjo coplanar contribui para uma redundância sensorial. Assim, sempre que um canal estiver sendo estimulado, seu coplanar será inibido (BENTO, 2013). O canal horizontal é inclinado cerca de 30 graus superiormente em relação ao plano horizontal, e cada canal vertical é orientado cerca de 45 graus em relação ao plano sagital (MINOR, 1998). Os canais semicirculares se comunicam com o vestíbulo por cinco orifícios, um deles comum aos canais anterior e posterior (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013). Cada canal apresenta uma dilatação em uma de suas extremidades, chamada de ampola, que abriga o receptor ampular, sensível às acelerações angulares

(CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011). O vestibulo se comunica com a cóclea, anteriormente, com os canais semicirculares, posteriormente, e com a fossa posterior do crânio (espaço subaracnóideo), através do aqueduto vestibular e contém o sáculo e o utrículo, receptores sensíveis às acelerações lineares (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011; ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013). Esses cinco órgãos vestibulares (sáculo, utrículo e canais semicirculares) de cada lado estão contidos em um labirinto membranoso, que é preenchido por endolinfa e rodeado, entre o labirinto membranoso e ósseo, por perilinfa (MINOR, 1998). A perilinfa se comunica com a superfície interna da dura-máter pelos aquedutos vestibular e coclear (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013).

O labirinto vestibular engloba o sáculo, o utrículo, os ductos semicirculares e o ducto utriculosacular e é responsável pela percepção da posição e do movimento da cabeça no espaço. O sáculo e o utrículo informam quanto à posição exata do corpo e da cabeça no espaço (controle postural e aceleração linear). Os ductos semicirculares informam os estímulos desencadeados por movimentos de rotação da cabeça (aceleração angular) (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013). Cada labirinto contém cinco receptores sensoriais (duas máculas dos órgãos otolíticos e as cristas dos três canais semicirculares) com células ciliadas capazes de converter forças mecânicas em impulsos nervosos. Qualquer força paralela ao topo da célula ciliada que ocasione a deflexão dos cílios modifica o disparo neural. Porém há condução nervosa contínua mesmo durante o repouso (BENTO, 2013).

O sistema vestibular é responsável pela detecção e pelo controle do movimento. Sinais vestibulares são combinados com informações do sistema visual e dos receptores proprioceptivos para manter o equilíbrio e compensar os movimentos cefálicos (MINOR, 1998).

## **1.2 Doenças vestibulares e pseudovertigens**

### ***1.2.1 Labirintite***

A labirintite, ou otite interna, é um processo inflamatório ou infeccioso do labirinto. Esse processo infeccioso pode ter uma etiologia bacteriana, viral ou raramente fúngica (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013).

As labirintites podem ser classificadas em agudas (serosas ou supurativas), subagudas (fibrosas) e crônicas (ossificantes). Quando a inflamação aguda da orelha interna é estéril, denomina-se labirintite serosa. Já quando há invasão bacteriana na orelha interna, chama-se labirintite supurativa. Na primeira, o paciente se recupera com pouca ou nenhuma seqüela. Na última, o quadro é bem mais intenso e grave e causa lesões vestibulares e cocleares graves (CALDAS NETO et. al, 2011). A distinção entre labirintite serosa e supurativa é feita retrospectivamente após a resolução do quadro. A labirintite supurativa geralmente resulta em perda auditiva total e da função labiríntica permanente decorrente da destruição do labirinto membranoso. A proliferação de fibroblastos, na orelha interna, resulta em labirintite fibrosa (CALDAS NETO, 2011). A labirintite crônica decorre de uma osteíte progressiva do osso labiríntico (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013). Nesse estágio de ossificação, há formação osteoblástica e, posteriormente, mineralização (CALDAS NETO, 2011). A presença de labirintite ossificante dificulta a realização do implante coclear para o tratamento da perda auditiva, o que pode comprometer o resultado cirúrgico em longo prazo (BALOH, 2003).

A labirintite também pode ser classificada em uni ou bilateral. Nos casos unilaterais, há disseminação de infecções da orelha média através da membrana da janela redonda. Entretanto, raramente uma otite média aguda evolui para labirintite, em virtude de seu manejo estar mais fácil atualmente. Assim, complicações ocorrem com menos frequência com os melhores métodos diagnósticos radiológicos e os novos antibióticos. Contudo, em alguns casos, a labirintite ocorre e requer reconhecimento precoce e intervenção eficaz e urgente a fim de evitar um dano permanente (CARVALHO et al, 2003).

Nos casos bilaterais, a infecção se dissemina para a orelha interna, através do meato auditivo interno ou aqueduto coclear (resultante de uma meningite), ou por via hematogênica (como consequência de septicemia) (CALDAS NETO et. al, 2011. KESSER ET al, 1999). A perda auditiva após um episódio de meningite bacteriana é um fenômeno bem documentado, com uma incidência que varia de cinco a 35% (VERNON, 1967. DODGE et. al, 1984. FORTNUM, 1992. NADOL,1978). Os pacientes que desenvolvem perda auditiva profunda bilateral podem se beneficiar com a opção terapêutica do implante coclear (HARTNICK et. al, 2001). Fístulas labirínticas decorrentes de alterações do desenvolvimento da cápsula ótica, de erosões ósseas (colesteatomas) ou de fraturas também podem servir de acesso aos agentes agressores ao espaço perilinfático (LAVINSKY, 2006).

Os sintomas da labirintite são vertigem periférica intensa incapacitante, associada a náuseas, vômitos, perda auditiva neurossensorial profunda uni ou bilateral e zumbido. A vertigem se desenvolve por um período de minutos a horas, é severa, durante alguns dias, e regride por um curso de algumas semanas (BALOH, 2003). Alguns pacientes podem persistir com tontura inespecífica residual e desequilíbrio por meses (BALOH, 2003).

No exame físico, observa-se redução da acuidade auditiva e nistagmo espontâneo periférico para o lado da orelha afetada na fase aguda, com inversão do nistagmo nas fases mais avançadas (CALDAS NETO, 2011. BALOH, 2003). No teste de impulso cefálico, notam-se sacadas apenas em uma direção, que indicam uma lesão vestibular periférica (BALOH, 2003). O paciente consegue ficar em pé, embora se desvie para o lado lesionado, e não apresenta sinais neurológicos associados, como disartria, incoordenação ou torpor (BALOH, 2003). Crianças com perda auditiva pós-meningite apresentam alteração do sistema vestibular, mesmo que nenhuma manifestação de tontura ou de distúrbio do equilíbrio tenha sido observada ou relatada (SELZ et al, 1996).

Os patógenos bacterianos mais encontrados são: *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, bactérias anaeróbias (*Bacteroides fragilis*, *peptococcus sp*) e *Pseudomonas aeruginosa* (CALDAS NETO, 2011). Quando a labirintite é advinda de otite média crônica, a *Pseudomonas aeruginosa* é mais prevalente.

O *Treponema pallidum* é um patógeno bacteriano que raramente ocasiona labirintite, mas que deve ser lembrado devido ao recente ressurgimento das doenças transmitidas sexualmente. Sua pesquisa é feita através de exames sorológicos (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011). A labirintite sífilítica acomete adultos em torno dos 50 anos, ocasiona lesão coclear geralmente bilateral, com curva audiométrica tonal plana e presença do sinal da fístula (sinal de Hennebert). Pode ser confundida com doença de Mènière. A terapêutica antibiótica pode eliminar a tontura, mas a perda auditiva é definitiva (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011).

Os vírus que mais provocam labirintites são os da gripe, da parotidite, do sarampo, da rubéola, do herpes, da mononucleose (vírus de Epstein-Barr) e da hepatite (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011).

Na labirintite ocasionada pelo vírus da caxumba, a perda auditiva usualmente ocorre a partir do final da primeira semana de parotidite, tempo consistente com a disseminação do vírus a partir do líquido infectado pela via do aqueduto coclear e escala timpânica (CALDAS

NETO, 2011). Outra possível via de disseminação seria através do VIII nervo craniano, via conduto auditivo interno e gânglio espiral (CALDAS NETO, 2011). O diagnóstico de caxumba é feito através do isolamento do vírus em saliva ou em líquido, pela detecção do RNA viral ou da detecção de elevação de quatro vezes ou mais dos títulos séricos de anticorpos anticaxumba entre amostras da fase aguda e do período de convalescença (CALDAS NETO, 2011). A caxumba é uma patologia prevenível através de vacinoterapia, sendo que uma dose da vacina apresenta uma eficácia de 80% contra a doença (HVIID; RUBIN; MUHLEMANN, 2008).

Há labirintites cuja etiologia não é infecciosa, como a hemorrágica, que decorre da presença de sangue no interior do labirinto ósseo resultante de traumas, coagulopatias ou neoplasias, e a labirintite autoimune, em que há reação imunológica contra antígenos próprios da orelha interna (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013).

Os exames complementares podem auxiliar no diagnóstico, na evolução e na identificação de sequelas, entretanto a pesquisa viral (sorologias) não é recomendada atualmente, em virtude de não ser possível provar uma relação causal entre a infecção viral e a alteração vestibular (BALOH, 2003). O audiograma revela uma surdez do tipo neurosensorial, com grave comprometimento da percepção, que pode levar à anacusia (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011. BALOH, 2003). A eletroneistagmografia revela hipoexcitabilidade calórica e pode até evidenciar arreflexia vestibular no ouvido afetado (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011. BALOH, 2003).

A ressonância nuclear magnética (RNM) do ouvido interno pode ser útil na crise, porquanto detecta alterações desde a fase inflamatória, como a obliteração do labirinto membranáceo por tecido fibroso. Na fase subaguda da doença, é possível visualizar, através da RNM, áreas de realce linear pelo gadolínio no labirinto. Ainda na RNM, é possível se observar uma hiperintensidade da imagem ponderada em T1, uma hipointensidade da imagem ponderada em T2 e realce no interior do labirinto com o uso de contraste (DUNNEBIER, 2012). Porém um exame negativo pode ser obtido após o uso de corticosteroide ou quando se realiza tardiamente a RNM (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013).

A tomografia computadorizada (TC) não é capaz de evidenciar qualquer alteração labiríntica nos estágios iniciais e só mostra alterações quando já existe mineralização completa (CALDAS NETO, 2011). O exame tomográfico pode identificar ossificação ou

calcificação no interior da cóclea na fase final da doença, evidenciar a presença de colesteatoma e, eventualmente, suspeitar de uma fístula de canal semicircular lateral (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011). A labirintite ossificante caracteriza-se tomograficamente pelo apagamento da anatomia coclear e dos canais semicirculares, que se encontram preenchidos por neoformação óssea (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013). Exames de imagem cerebrais são normais (BALOH, 2003).

A labirintite é uma urgência otorrinolaringológica, que requer hospitalização imediata pelo médico assistente (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011). O reconhecimento precoce e o tratamento imediato ajudam a preservar a função do órgão (CARVALHO, 2003). Inicialmente o tratamento é clínico, feito com antibióticos que atravessem a barreira hemato-encefálica por via parenteral, associados a corticoides, a antieméticos e a antivertiginosos (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011. CALDAS NETO, 2011). O objetivo é de proteger o epitélio sensorial da orelha interna. O antibiótico de primeira escolha é a ceftazidima, seguida de cefotaxima e cefuroxima. Para o tratamento contra bactérias anaeróbias, acrescenta-se metronidazol (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013). Quando não há resposta ao tratamento clínico, indica-se a abordagem cirúrgica. Pode ser necessário, por exemplo, realizar miringotomia para drenar secreção da orelha média e para coletar material para cultura (CALDAS NETO, 2011). Quando há a presença de fístula labiríntica em infecção crônica, indica-se tratamento cirúrgico para fechá-la. A labirintectomia pode ser realizada em infecções crônicas da orelha média e mastoide, com invasão labiríntica e audição intensamente comprometida (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013). Ocasionalmente, a audição pode ser recuperada, porém a arreflexia vestibular, muitas vezes, é definitiva (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011).

Para o tratamento da labirintite sífilítica, utilizam-se penicilina benzatina e corticosteroide. A eritromicina e a tetraciclina são antibióticos indicados para os alérgicos à penicilina (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013). Para tratar as labirintites de etiologia autoimune, usa-se corticoterapia, sendo que a prednisona é a droga mais utilizada na dose de 1mg/kg/dia até estabilizar o quadro clínico, quando se inicia uma redução gradativa da medicação. Nos casos que não melhoram com o uso de corticoides, indica-se a imunossupressão com ciclofosfamida na dosagem de 1mg/kg/dia (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013).

Quanto ao tratamento para a labirintite ocasionada pelo vírus da caxumba, até o presente momento, não existe medicação antiviral específica para tratar a perda auditiva. Contudo, o uso de corticosteroides, como terapia inespecífica, tem sido associado à melhora auditiva. A vacina contra caxumba previne o desenvolvimento da doença (CALDAS NETO, 2011). Com base em dados comunicados à Organização Mundial de Saúde até abril de 1998, a vacina contra caxumba é rotineiramente usada por programas nacionais de imunização em 82 países (GALAZKA; ROBERTSON; KRAIGHER, 1999). Os países que alcançaram uma alta cobertura de vacinação evidenciaram uma rápida diminuição da doença (GALAZKA; ROBERTSON; KRAIGHER, 1999). Além disso, em muitos desses países, a caxumba, associada à encefalite e à surdez, quase desapareceu (GALAZKA; ROBERTSON; KRAIGHER, 1999).

Com o advento dos antibióticos, a labirintite tornou-se uma doença rara nos dias atuais (BRONSTEIN; LEMPERT, 2010), principalmente a labirintite supurativa de origem otológica, que também se beneficiou com os avanços nas técnicas cirúrgicas (LAVINSKY, 2006). As vacinas também representam um grande impacto para a sociedade atual, um dos principais fatores de promoção de saúde e de prevenção de doenças. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, a cobertura vacinal global contra o sarampo, em 2010, foi de 85%, e o número de mortes globais por sarampo diminuiu em 78% em todo o mundo (de 733.000 mortes, em 2000, para 164.000, em 2008) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). A cobertura vacinal global contra o *Haemophilus influenzae* tipo b, em 2010, foi de 42% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). De 1990 a 1995, o uso da vacina conjugada contra o *Haemophilus influenzae* tipo b, em território americano, proporcionou uma queda de 95% das doenças invasivas causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b (CARVALHO; ANDRADE, 2003).

Uma labirintite supurativa de origem otológica pode evoluir com complicações intracranianas, como meningite e abscesso cerebelar. A labirintite crônica ocasiona uma piora progressiva das funções auditiva e vestibular (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013).

Há, obviamente, muitas outras causas de tontura além da labirintite. Assim, os médicos devem, através da anamnese e do exame físico, saber o que não é uma vertigem “verdadeira” e orientar o paciente para um tratamento ou para uma especialidade que identifique seu sintoma (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011). Reconhecer essa “falsa vertigem” não é um problema significativo, em virtude de a narração das circunstâncias de

surgimento e os sintomas porventura associados levarem ao diagnóstico (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011). Devem-se diferenciar, por exemplo, desmaios de tonturas, visto que aqueles são quase sempre resultantes de doenças do sistema nervoso central (BENTO, 2013). Nessas situações, o médico deve evitar a solicitação de exames complementares inúteis e onerosos para investigar a doença labiríntica (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011).

### *1.2.2 Pseudovertigens*

As pseudovertigens devem ser identificadas por meio de uma anamnese bem detalhada. Por exemplo, reconhece-se, sem dificuldades, a (pseudo) vertigem das alturas através do interrogatório sobre as circunstâncias específicas em que surge (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011). Esse tipo específico de tontura ocorre em virtude da ausência de referências visuais fixas próximas em locais elevados e se caracteriza por instabilidade postural, receio de cair à locomoção e manifestações neurovegetativas. O sintoma piora na posição ortostática e alivia ao sentar, ajoelhar ou deitar (GANANÇA, 1998). Outros exemplos de fácil raciocínio são a agorafobia e o ataque de pânico, cujos diagnósticos não resistem a uma anamnese minuciosa (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011).

A hipotensão ortostática é outra causa de tontura (não se trata de vertigem) facilmente diagnosticada ao escutar o paciente descrever as circunstâncias de instalação de cada episódio. Ele menciona alívio imediato, com o decúbito, e o examinador pode identificar variação nas aferições das pressões arteriais sistêmicas nas posições em decúbito dorsal e em ortostatismo (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011).

A lipotímia cardíaca, ou crise vagal, é outra falsa vertigem que sempre ocorre com o paciente sentado ou em pé, precedido de bocejos, sensação de fraqueza, sensação de calor ou frio, náuseas, sudorese e palidez intensa. Posteriormente, ocorre perda dos sentidos, cuja recuperação é progressiva, que começa pela audição, depois, com os outros sentidos e, em seguida, surge astenia. No momento da crise, o paciente apresenta bradicardia nítida e, na fase de recuperação, taquicardia, quando se inicia uma sudorese profusa (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011).

Os distúrbios do ritmo cardíaco, como o bloqueio atrioventricular completo, também podem ocasionar uma tontura que ocorre de forma brutal e provoca sempre queda, palidez

importante, abolição de pulso, com presença de ruídos cardíacos e melhora repentina. Esse tipo de tontura não tem causa labiríntica, e o paciente deve ser encaminhado para a cardiologia (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011).

Os distúrbios metabólicos também podem ocasionar tontura, e a hipoglicemia é o mais frequente. Nesse caso, a sensação de desequilíbrio é associada a sudorese, sensação de fome, palpitações, cefaleia e tremores. O quadro clínico e os exames laboratoriais ratificam o distúrbio do metabolismo (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011).

O idoso apresenta, comumente, desequilíbrios e distúrbios da marcha. Nessa faixa etária, o clínico deve diferenciar entre causas neurológicas (síndromes cerebelares, piramidal, extrapiramidal, frontal), problemas motores dos membros inferiores ou etiologia vestibular (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011).

Há, ainda, uma grande quantidade de doenças que interferem no funcionamento da orelha interna e causam tontura. Entre elas, destacam-se a vertigem postural paroxística benigna (VPPB), a doença de Ménière, a neuronite vestibular, a vestibulotoxicose e a deiscência do canal semicircular posterior (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013).

### *1.2.3 Vertigem postural paroxística benigna (VPPB)*

A VPPB é a vertigem de origem periférica mais frequente, que acomete, principalmente, o sexo feminino, depois dos 40 anos de idade, e que se manifesta em crises de curta duração, com movimentos bruscos da cabeça. Sua fisiopatologia envolve a migração de fragmentos calcáreos, que se desprendem da mácula do utrículo e se instalam no ducto semicircular (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013).

### *1.2.4 Doença de Ménière*

A doença de Ménière se manifesta mais frequentemente em adultos e é caracterizada por surdez, vertigem, zumbido e plenitude aurial. A diminuição da audição é flutuante e progressiva e acomete, inicialmente, as baixas frequências. Sua fisiopatologia é explicada pela hidropsia do sistema endolinfático, que pode ser diagnosticada através da eletrococleografia (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013).

### *1.2.5 Neuronite vestibular*

A neuronite vestibular é caracterizada por vertigem súbita, que perdura por 24 horas ou mais, acompanhada de náuseas e vômitos, sem sintomas auditivos. Sua fisiopatologia é explicada por uma inflamação de origem viral no nervo vestibular (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013).

### *1.2.6 Ototoxicose*

A ototoxicose ocorre depois da ingestão de substâncias tóxicas para as células ciliadas cocleares e/ou vestibulares, ocasionando uma hipoatividade labiríntica bilateral, simétrica e progressiva, caracterizada por instabilidade na marcha e oscilopsia. São exemplos de medicações ototóxicas: aminoglicosídeos, diuréticos de alça, cisplatina e ácido acetilsalicílico (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013).

### *1.2.7 Deiscência do canal semicircular anterior*

A deiscência do canal semicircular anterior é caracterizada por vertigem e oscilopsia, em resposta a ruído intenso e mudanças de pressão na orelha média, decorrente de uma deiscência do osso que encobre o canal semicircular anterior (ZEIGELBOIM; JURKIEWICZ, 2013).

## **1.3 Tratamento e prognóstico**

Em relação ao tratamento da tontura, a maioria dos especialistas acredita que o uso de supressores vestibulares e de tranquilizantes por longo prazo seja contraproducente para o processo de compensação vestibular (BRONSTEIN; LEMPERT, 2010). Esses medicamentos devem ser usados somente para vertigem verdadeiramente aguda e suspensos assim que a vertigem retroceder (BRONSTEIN; LEMPERT, 2010. BALOH, 2003). Contudo, muitos

pacientes ingerem cronicamente essas medicações e é muito difícil convencê-los a suspender o uso (BRONSTEIN; LEMPert, 2010).

Os pacientes devem ser orientados sobre o processo de compensação vestibular que necessita de alguma sintomatologia para acontecer (BRONSTEIN; LEMPert, 2010; BALOH, 2003). Eles precisam também de instrução cautelosa a respeito dos efeitos colaterais em potencial dos supressores vestibulares, especialmente a sedação e saber como isso pode interferir com atividades que exijam alto nível de atenção, como dirigir veículos, operar máquinas ou participar de atividades atléticas (BRONSTEIN; LEMPert, 2010; BALOH, 2003). Em virtude dos múltiplos efeitos dos medicamentos usados para aliviar a vertigem, possíveis interações medicamentosas devem sempre ser consideradas antes da prescrição (BALOH, 2003). Os pacientes podem, inclusive, desenvolver dependência aos medicamentos, a exemplo dos benzodiazepínicos e de anti-histamínicos (BRONSTEIN; LEMPert, 2010). Pacientes e médicos devem saber que o tratamento com supressores vestibulares ocasionam efeitos adversos, têm intenção apenas sintomática e aplicação em curto prazo (BRONSTEIN; LEMPert, 2010).

A recuperação de uma lesão vestibular periférica, presente na labirintite, resulta de uma combinação entre a restauração da função labiríntica, geralmente incompleta, e a compensação vestibular central (BALOH, 2003). Ou seja, os pacientes melhorarão mesmo se tiverem uma perda da função vestibular unilateral permanente (BALOH, 2003). A compensação vestibular ocorre mais rapidamente quando os pacientes começam a se exercitar tão logo quanto possível, após um episódio de lesão vestibular (BALOH, 2003). As medicações antivertiginosas devem ser evitadas tanto quanto possível, a fim de maximizar os efeitos benéficos dos exercícios vestibulares (BALOH, 2003). Em animais, a compensação central parece ser retardada com o uso de drogas sedativas (PEPPARD, 1986).

#### **1.4 Justificativa**

O termo labirintite é abundantemente usado para designar tonturas de forma generalista, o que deve ser evitado (RAPOPORT, 2009). Essa atitude viciosa e errônea, quando praticada pela classe médica, pode resultar em erros no diagnóstico, na terapêutica, na orientação a ser dada ao paciente e no prognóstico. Este estudo se propõe a investigar as características demográficas, a formação técnica e o conhecimento atual sobre o tema dos

médicos do sertão paraibano que atendem a pacientes que potencialmente poderão apresentar quadro de tontura.

## ***2 OBJETIVOS***

---

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar as características de formação e o conhecimento sobre as doenças vestibulares dos médicos que atuam em cidades do sertão paraibano.

### **2.2 Objetivos específicos**

- ✓ Avaliar características demográficas e de formação dos médicos que atuam em cidades do sertão paraibano;
- ✓ Avaliar o conhecimento desses médicos sobre a labirintite e outras doenças vestibulares;
- ✓ Avaliar as características que interferem no conhecimento desses médicos sobre as doenças vestibulares;
- ✓ Avaliar as fontes dos conhecimentos médicos sobre tontura.

### ***3 MÉTODOS***

---

### 3 MÉTODOS

#### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, em que o conhecimento dos médicos sobre as doenças vestibulares foi avaliado através de questionário específico aplicado aos médicos atuantes na cidade de Cajazeiras e nas cidades circunvizinhas a ela.

#### 3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada nas cidades de São João do Rio do Peixe, Bom Jesus, Cachoeira dos Índios, Cajazeiras, Carrapateira, Santa Helena e São José de Piranhas, que pertencem à Microrregião de Cajazeiras e à Mesorregião do Sertão Paraibano. Essa microrregião se localiza no extremo oeste da Paraíba e faz fronteira com o estado do Ceará. Cajazeiras é o sétimo maior município do estado em população, dista 468 km de sua capital (João Pessoa) e polariza todos os outros municípios supracitados. É conhecida como “a cidade que ensinou a Paraíba a ler” e como a “Terra da Cultura”, por ter sido fundada com base nos princípios educacionais do ilustre Padre Inácio de Souza Rolim, que atraía alunos oriundos de Pernambuco, da Paraíba, do Ceará e do Piauí. Atualmente, Cajazeiras mantém sua tradição ao possuir várias instituições de excelente nível, desde o ensino fundamental até o universitário, incluindo duas Faculdades de Medicina.

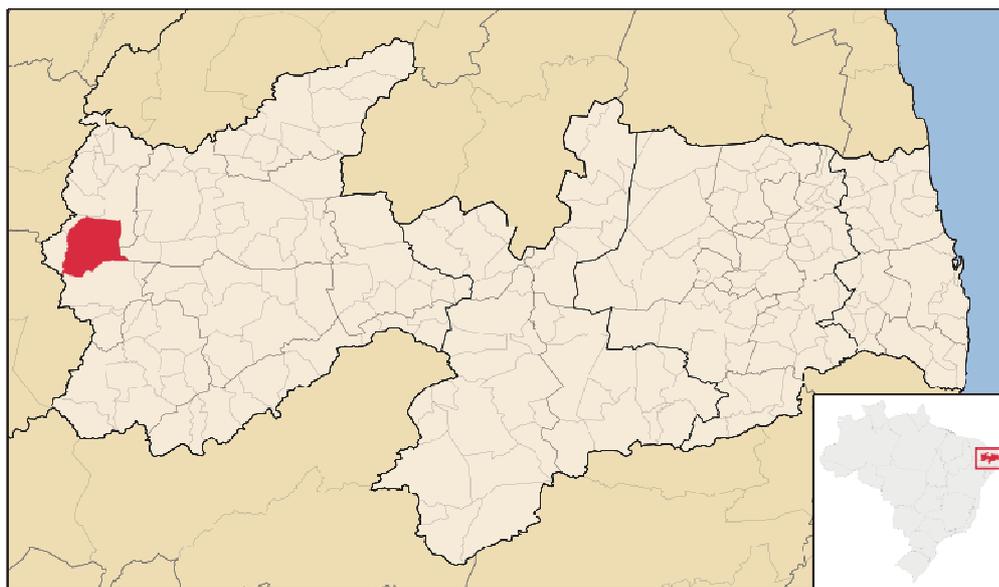


Figura 1. Mapa do estado da Paraíba – Destaque da cidade de Cajazeiras em vermelho

Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Microrregi%C3%A3o\\_de\\_Cajazeiras](http://pt.wikipedia.org/wiki/Microrregi%C3%A3o_de_Cajazeiras)

### **3.3 População e amostra**

A população deste estudo foi constituída pelos médicos que atuam nas cidades da Microrregião de Cajazeiras. A busca dos nomes desses profissionais foi realizada através de consulta no Conselho Regional de Medicina da Paraíba, na Associação Médica da Paraíba, na Secretaria de Saúde do Município de Cajazeiras e nos serviços de saúde das cidades citadas anteriormente. A pesquisa apontou a existência de 148 médicos atuando nessa região.

Todos os médicos identificados, que possuíam telefone conhecido e atualizado, foram convidados a participar do estudo, através de contato por telefone, pela pesquisadora executante do trabalho. Nesse momento, os médicos foram informados de que a pesquisa objetivava avaliar seus conhecimentos sobre determinada doença. Com o intuito de não promover um interesse inesperado sobre o assunto e, conseqüentemente, comprometer os resultados, os termos labirintite, vestibulopatia ou tontura foram omitidos nesse primeiro contato. Dessa forma, pretendeu-se diminuir o viés de informação, pois o interesse do presente trabalho é de avaliar o atual conhecimento desses médicos, e não, a capacidade de responder corretamente depois de consultar a literatura.

Os médicos foram informados de que seus nomes não aparecerão na publicação do trabalho. Aqueles que concordaram em participar e que preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido compuseram a amostra de base populacional.

### **3.4 Instrumento e coleta de dados**

Em pesquisa realizada na SCIELO, PubMed e no banco de teses da USP, nos últimos quarenta anos, não se encontrou questionário validado para o assunto (conhecimento de médicos a respeito das doenças vestibulares). Criou-se, então, um questionário com perguntas objetivas sobre o tema, com a finalidade de facilitar a resposta, diminuir o tempo para ser aplicado e evitar perdas na amostra.

O questionário é composto por duas partes. Na primeira, são pesquisadas informações sobre idade, sexo, cidade de residência, cidade(s) onde trabalha, faculdade e ano de graduação, além de realização de residência médica ou de especialização. Na segunda parte, há quatorze questões relacionadas a assuntos específicos, sendo que cinco delas investigam o conceito, o número de casos diagnosticados, o reconhecimento dos sintomas, a conduta e a

autoavaliação sobre a doença labirintite. Três questões são relacionadas à tontura; duas, à prescrição de medicações supressoras vestibulares; três avaliam o reconhecimento de outras doenças causadoras de tontura (vertigem postural paroxística benigna, enxaqueca e distúrbio do metabolismo dos carboidratos e/ou lipídios), e uma questão indaga sobre a origem dos conhecimentos individuais a respeito da tontura (APÊNDICE A).

Esse questionário foi submetido a um pré-teste, em um grupo de médicos da cidade de João Pessoa/PB, composto por um número de participantes igual a 5% do total de possíveis participantes do estudo na Microrregião de Cajazeiras (148), proporcionando sua reavaliação. Depois de feitas ponderações e ajustes necessários, o questionário final foi aplicado pessoalmente pela pesquisadora executante aos indivíduos que formaram a amostra do estudo.

Dos elegíveis, 131 médicos responderam ao questionário, 10 se recusaram a participar do estudo, e sete não foram localizados. A maioria dos questionários foi aplicada no ambiente de trabalho dos médicos, e outros no domicílio ou no local mais conveniente para o participante. Os participantes leram e responderam o questionário sem quaisquer auxílios. Nenhum comentário acerca do assunto foi feito pela pesquisadora no momento da aplicação do questionário.

A coleta de dados foi realizada de 02 de maio de 2013 a 20 de agosto de 2013.

### **3.5 Análise estatística**

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis incluídas no estudo. As variáveis categóricas estão apresentadas como valores absolutos e relativos e as variáveis contínuas, de acordo com suas características de distribuição (teste de Kolmogorov-Smirnov para uma amostra), estão descritas em função de seus valores de tendência central (médias ou medianas) e de dispersão (desvio-padrão ou quartis) (CALLEGARI-JACQUES, 2004).

Associações foram testadas através dos testes de qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher. De acordo com a distribuição de probabilidade, diferenças entre variáveis contínuas para dois grupos foram testadas através dos testes t de student ou U de Mann-Whitney, e entre três ou mais grupos, através do teste de análise de variância (ANOVA) ou teste de Kruskal-Wallis, associados a um teste post-hoc adequado à frequência de observações de cada grupo (CALLEGARI-JACQUES, 2004).

Cada questão elaborada (da terceira à sétima e da décima à décima segunda) aborda um aspecto importante relacionado ao conhecimento e à prática clínica. Foram comparados os percentuais de acertos para cada uma dessas oito questões e as respostas de acordo com a estratificação possível para os itens.

Regressão logística foi adotada para estimar fatores de risco para o baixo conhecimento em relação ao tema abordado. Atribuindo-se um ponto para cada resposta certa para as perguntas de três a sete e de dez a doze do questionário, definiu-se o baixo conhecimento, inicialmente, em todos os casos em que o percentual de acerto foi menor que 60%. Foram adotados modelos univariados para identificar potenciais fatores de risco. Como variáveis explicativas, foram incluídas todas as investigadas na primeira parte do questionário. Todas as variáveis que no modelo univariado apresentaram significância estatística menor que 20% foram incluídas no modelo múltiplo (CALLEGARI-JACQUES, 2004).

### **3.6 Posicionamento ético**

A pesquisa seguiu as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa, estabelecidas pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essa Resolução incorpora as referências básicas da Bioética, bem como os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Campina Grande, CAAE: 12596313.6.0000.5182 (ANEXO). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os participantes da pesquisa, após a leitura, a compreensão e a concordância com ele (APÊNDICE B). Todos os médicos foram tratados com dignidade e tiveram sua autonomia respeitada.

## ***4 RESULTADOS***

---

## 4 RESULTADOS

Da população investigada, apenas 11,5% foram excluídos do trabalho. Dos 131 médicos que participaram do estudo, 71,8% eram do sexo masculino, e 28,2%, do sexo feminino.

A Figura 2 mostra a população e a distribuição dos participantes do estudo de acordo com o sexo.

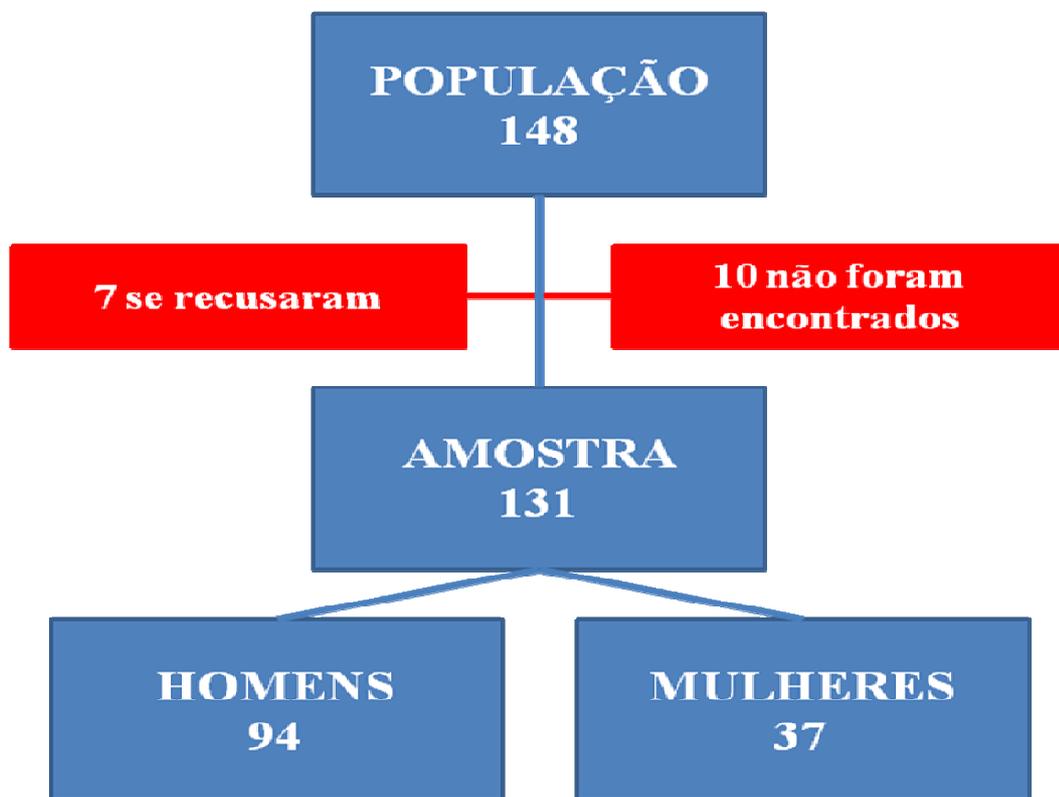
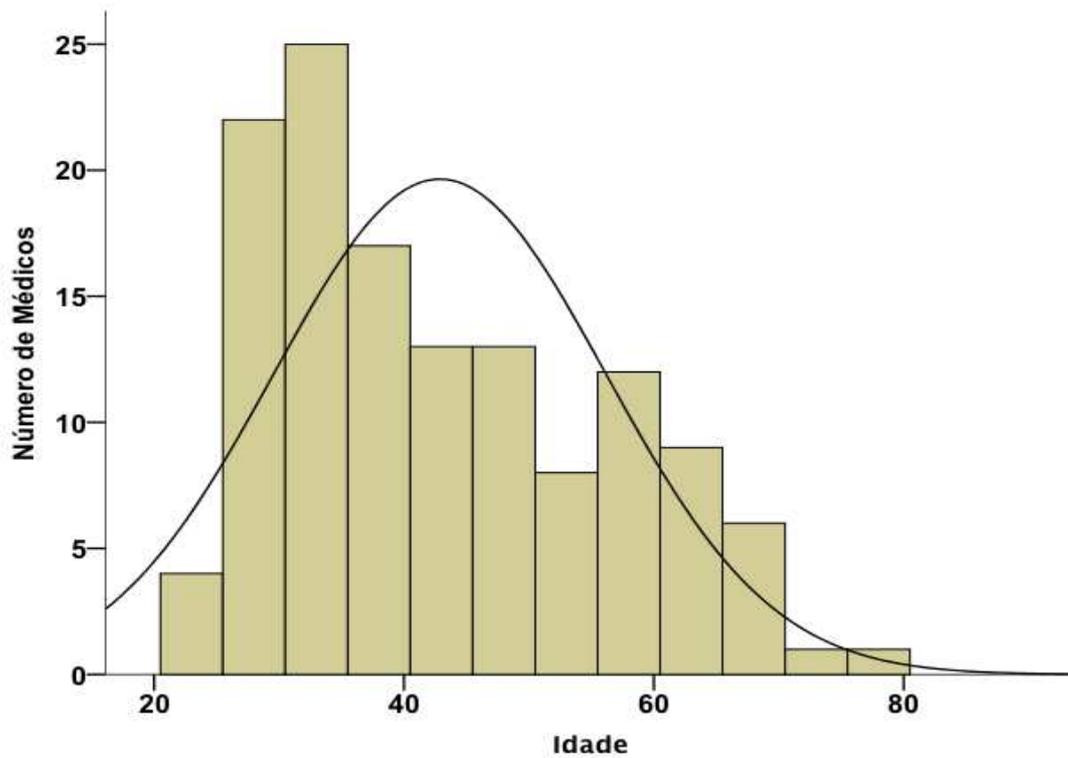


Figura 2. Algoritmo da população e da amostra do estudo

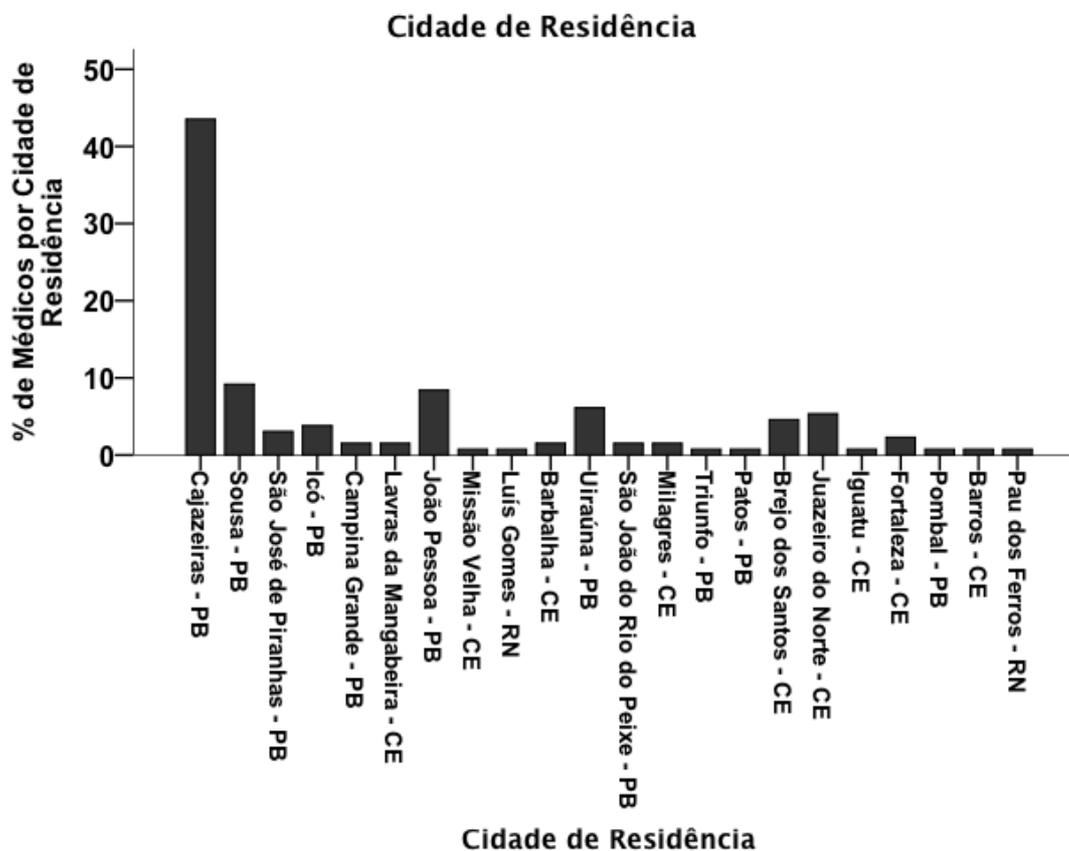
A Figura 3 mostra a distribuição da idade dos médicos participantes do estudo.



**Figura 3. Distribuição do número de médicos participantes do estudo de acordo com a idade**

A maioria dos participantes do estudo tinha idades entre 30 e 40 anos. Porém foram notados dois médicos com idades próximas a 80 anos. A média de idade de todos os participantes foi de 42,9 anos, e o desvio-padrão, de 13,3. A média de idade dos homens ( $\mu = 44,9$ ;  $dp = 12,9$ ) foi diferente da média das mulheres ( $\mu = 37,6$ ;  $dp = 13,1$ ) (teste U de Mann-Whitney com  $p = 0,001$ ).

A Figura 4 mostra a cidade de residência dos médicos que participaram do estudo.

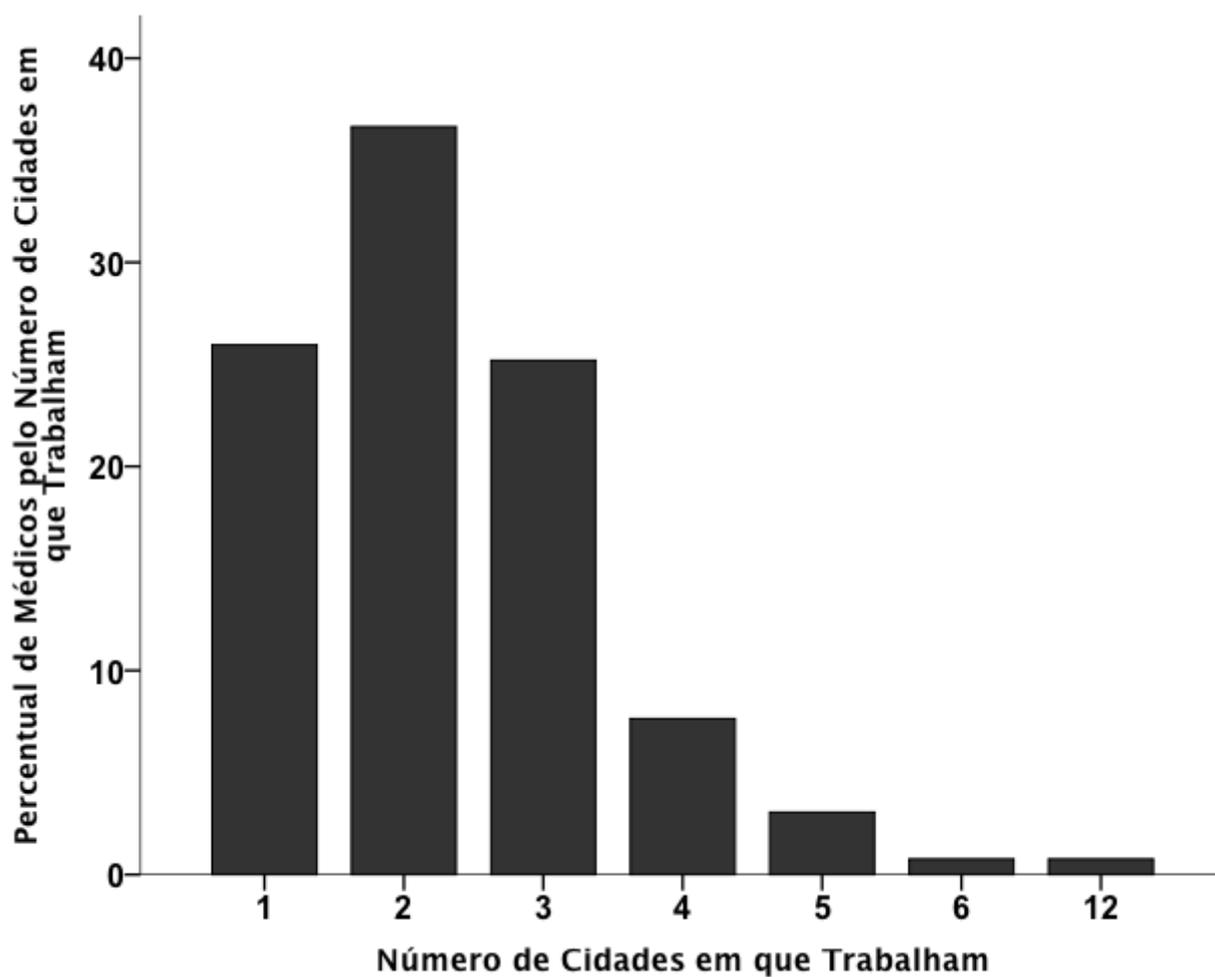


**Figura 4. Distribuição da porcentagem de médicos por cidades de residência**

Cajazeiras é a cidade onde reside a maioria (43,5%) dos participantes, seguida por Sousa, João Pessoa e Uiraúna. Cidades pertencentes ao estado do Ceará, como Juazeiro do Norte e Brejo Santo, também contribuem com um número razoável de médicos (19,1%) atuantes na Microrregião de Cajazeiras.

Ao se estratificar essa análise por sexo, conclui-se que os médicos apresentam o mesmo padrão de cidade de moradia que o observado para o grupo todo, com 35 médicos (37,2%) residentes em Cajazeiras. Em relação às mulheres, das 37 que participaram do estudo, 22 (59,5%) residem em Cajazeiras, e nenhuma, reside fora do estado da Paraíba.

A Figura 5 apresenta a distribuição percentual dos médicos de acordo com a quantidade de cidades em que atuam. A maioria (87,8%) deles trabalha em até três cidades ( $\mu = 2,3$ ;  $dp = 1,4$ ), mas há um médico que atua em 12 cidades.



**Figura 5. Distribuição da porcentagem de médicos por número de cidades em que trabalham**

Em relação ao tempo de formado, pode-se observar que, entre os participantes do estudo, que representam a maioria dos médicos que atuam na região analisada, 101 (77,1%) são formados há mais de cinco anos. Todavia, vem crescendo o número de formados nos últimos cinco anos que trabalham na região (Figura 6).

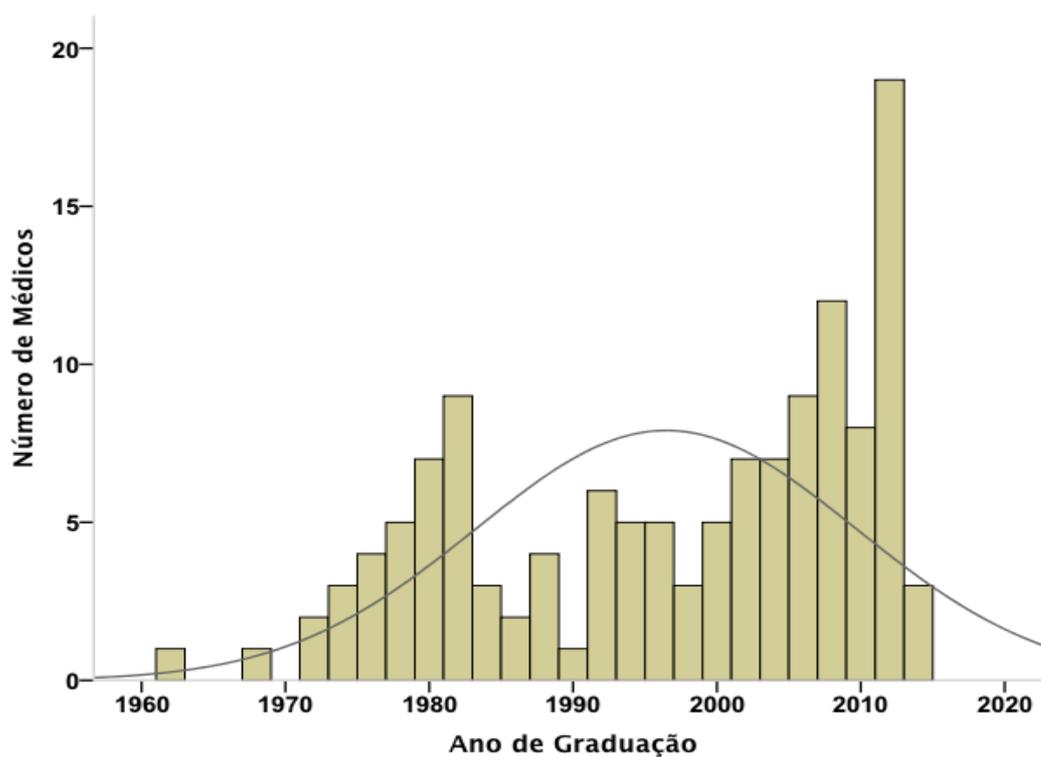


Figura 6. Distribuição do número de médicos de acordo com o ano de graduação em Medicina

A Figura 7 apresenta as instituições de ensino onde esses médicos cursaram graduação.

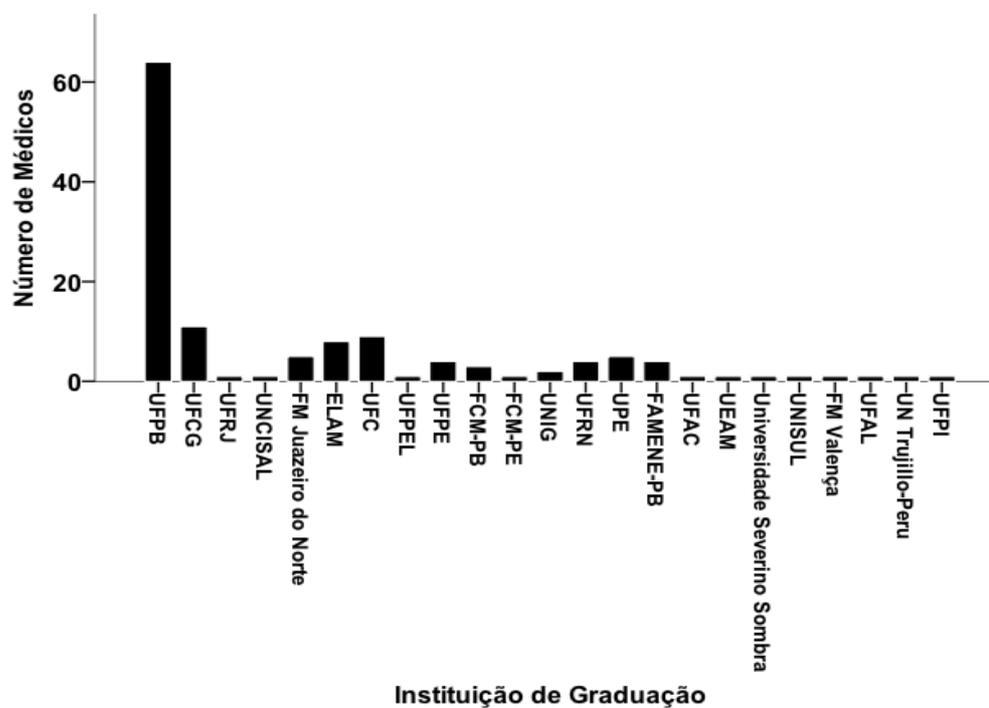


Figura 7. Distribuição do número de médicos de acordo com a instituição de graduação em Medicina

De acordo com o estudo, a maioria dos médicos se formou em instituições de ensino da Paraíba e de estados do Nordeste do Brasil, sendo que a Universidade Federal da Paraíba contribuiu com a formação de, aproximadamente, metade dos médicos, seguida pela Universidade Federal de Campina Grande e pela Universidade Federal do Ceará. De fora da Região Nordeste, apenas a Escola Latino Americana de Medicina, de Cuba, destacou-se por contribuir com a graduação de 6,1% dos participantes do estudo. Houve, ainda, um profissional formado no Peru, totalizando, assim, 6,9% de médicos graduados no exterior trabalhando na microrregião. O número de médicos formados em instituições públicas (114) foi expressivamente superior à quantidade de profissionais graduados em faculdades privadas (17).

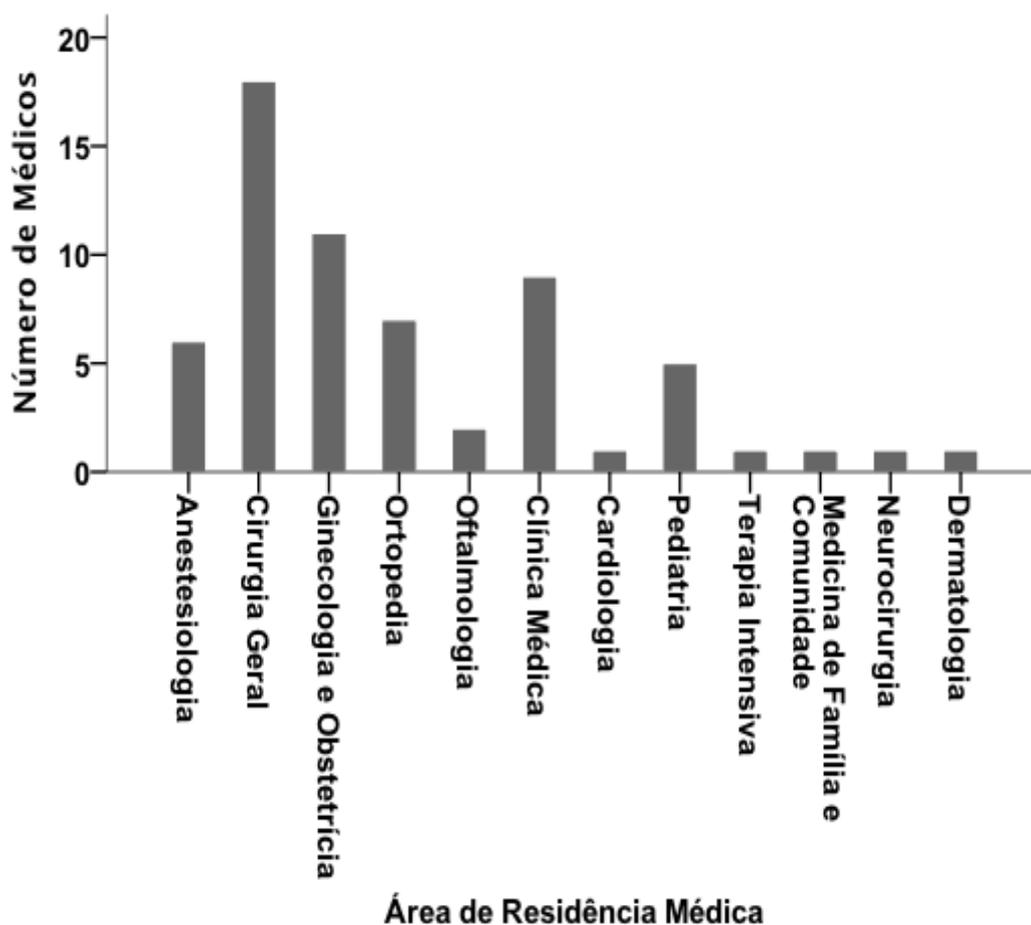
A Tabela 1 apresenta valores absolutos e relativos em relação à realização de pós-graduação (residência médica e/ou especialização) entre os participantes do estudo.

**Tabela 1.** Valores absolutos e relativos da distribuição de pós-graduação entre os participantes da pesquisa

<b>Pós-graduação</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Sim	98	74,8
Não	33	25,2
<b>Total</b>	131	100

Aproximadamente três quartos dos participantes haviam cursado algum tipo de pós-graduação. Ao analisar, separadamente, Residência Médica e Especialização, constatou-se que 63 médicos (48,1%) fizeram residência médica.

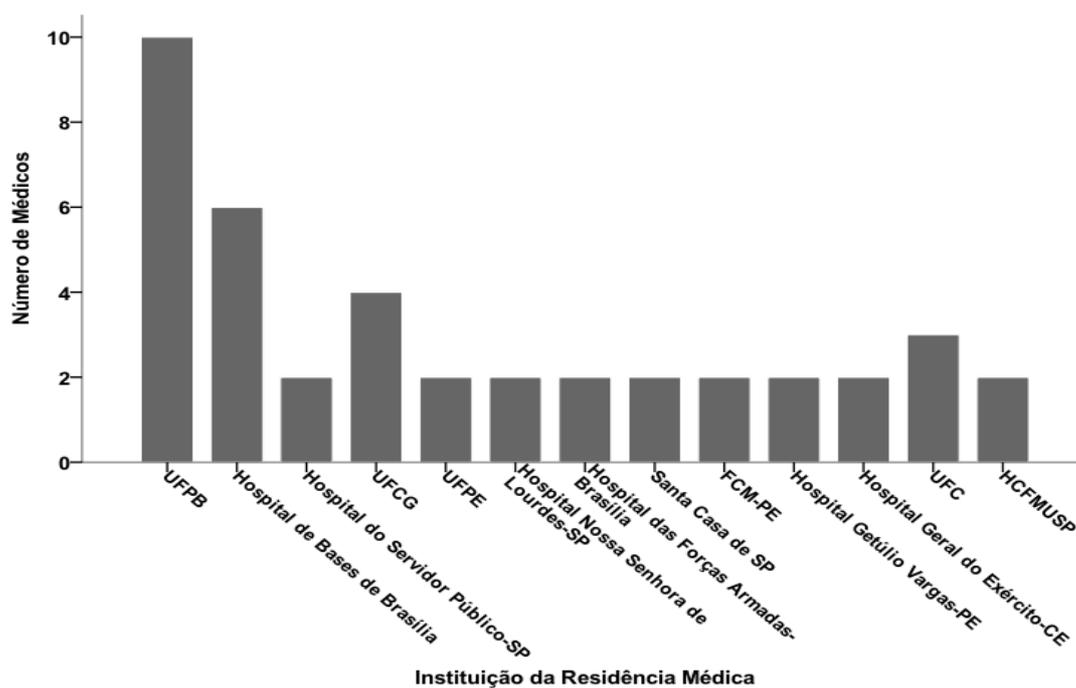
A Figura 8 apresenta as áreas de residência médica mais relatadas pelos participantes.



**Figura 8.** Distribuição das áreas de residência médica

As especialidades médicas mais procuradas para residência médica foram Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Ortopedia e Anestesiologia em ordem decrescente.

O número de instituições onde foram realizadas as residências médicas foi menor do que o de escolas de graduação. Entretanto, assim como visto na graduação, predominam, no grupo analisado no estudo, médicos que fizeram residência médica na Universidade Federal da Paraíba e na Universidade Federal de Campina Grande. O Hospital de Bases de Brasília foi a segunda instituição mais citada (Figura 9).



**Figura 9.** Instituições onde os médicos participantes do estudo realizaram as residências médicas

Em relação a Cursos de Especialização, 63 médicos (48,1%) referiram ter realizado algum. Pode-se observar que 13 (21%) participantes mencionaram Especialização em Saúde da Família, área de atenção básica. Entretanto, ao mesmo tempo, oito médicos (13%) optaram por área muito especializada e tecnológica (como Ultrassonografia ou Radiologia), seis (9,5%) especializaram-se em Terapia Intensiva, cinco (8%) fizeram Medicina do Trabalho, e cinco (8%) cursaram Dermatologia (Figura 10).

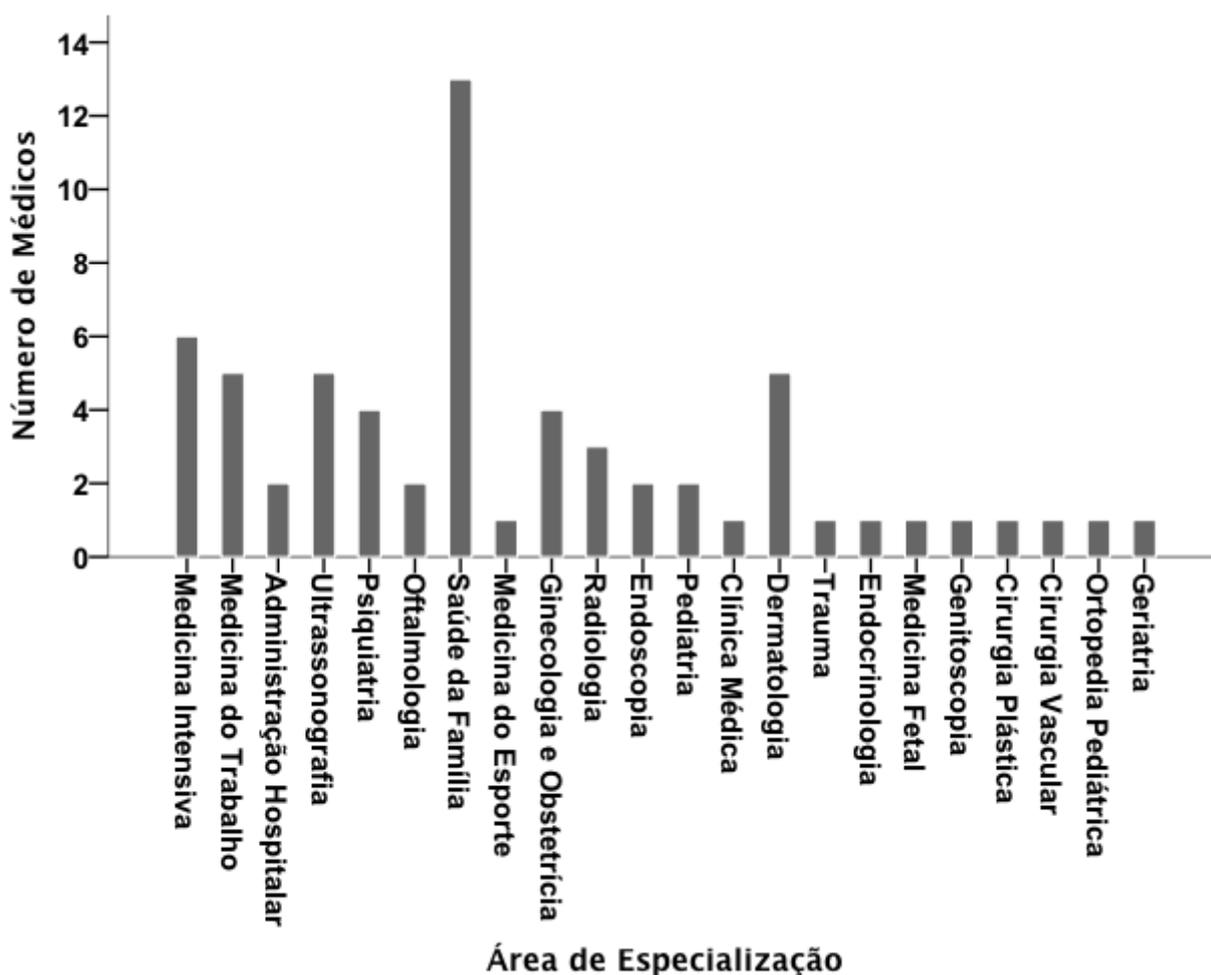
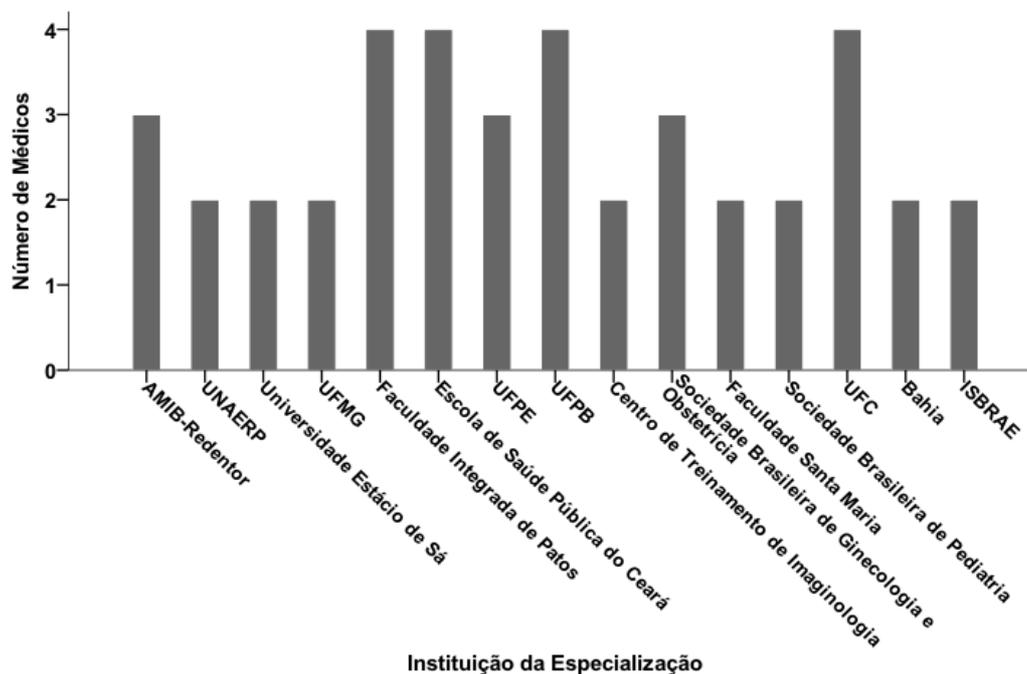


Figura 10. Distribuição das especializações médicas encontradas

Em relação às instituições onde foram feitas as especializações, houve uma maior diversidade de regiões do país (Figura 11) e, até mesmo, a menção a títulos concedidos através de provas sem necessidade de frequentar um serviço médico.

O estudo mostrou que 28 participantes haviam feito residência médica e especialização simultaneamente, o que corresponde a 21,4% de todos os médicos da pesquisa e a 28,6% dos profissionais que cursaram pós-graduação.



**Figura 11.** Distribuição das instituições de especializações médicas

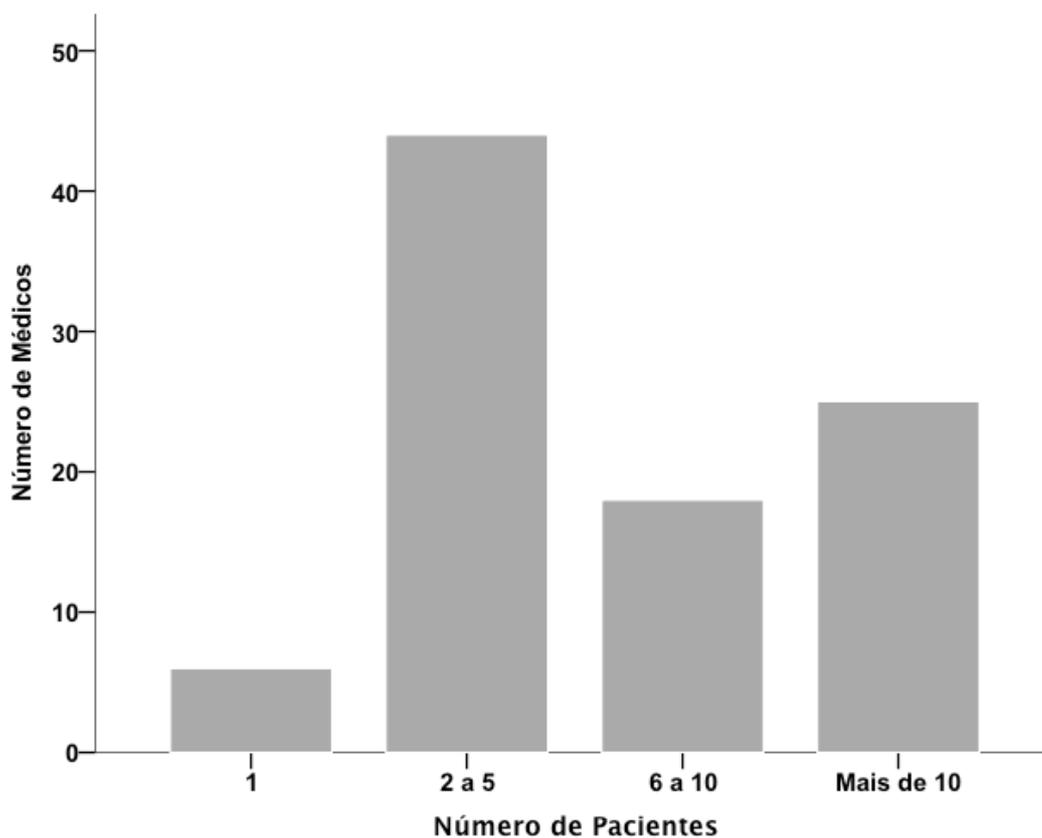
A maioria dos participantes da pesquisa afirma ter diagnosticado a labirintite no último ano de atendimento (Tabela 2). Não houve associação entre ter pós-graduação e afirmar ter diagnosticado a doença labirintite (qui-quadrado com  $p = 0,422$ ).

**Tabela 2.** Valores absolutos e relativos da distribuição de participantes em relação ao diagnóstico de labirintite nos últimos 12 meses

Diagnóstico	Frequência	Porcentagem (%)
Sim	92	70,2
Não	39	29,8
<b>Total</b>	131	100

Dos participantes que afirmaram ter diagnosticado labirintite, a maioria (93,5%) diagnosticou mais de um caso no último ano de atendimento, quase metade, entre dois e cinco casos, e mais de um quarto, mais de 10 casos (Figura 12). Assim, 66,4% de todos os médicos

que compuseram a amostra desta pesquisa informaram ter realizado mais de um diagnóstico de labirintite nos últimos 12 meses.



**Figura 12.** Distribuição do número de casos de labirintite diagnosticados pelos participantes nos últimos 12 meses de atendimento

A Figura 13 mostra que, entre as opções, a maioria dos médicos entende que tontura rotatória incapacitante, zumbido e vômitos são sintomas apresentados por um paciente com labirintite. A redução da acuidade auditiva e dor em ouvido foram alternativas pouco apreciadas.

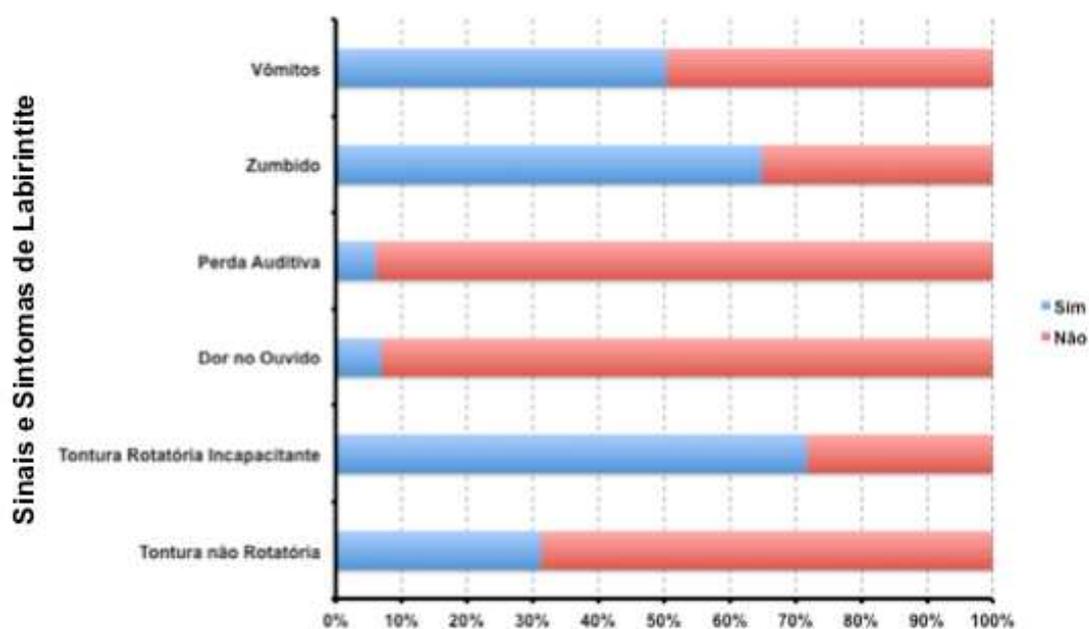


Figura 13. Distribuição de acordo com os sinais e os sintomas sugestivos de labirintite

A Tabela 3 apresenta a distribuição do reconhecimento do zumbido como um sintoma presente na labirintite, de acordo com a realização ou não de pós-graduação pelos médicos participantes da pesquisa.

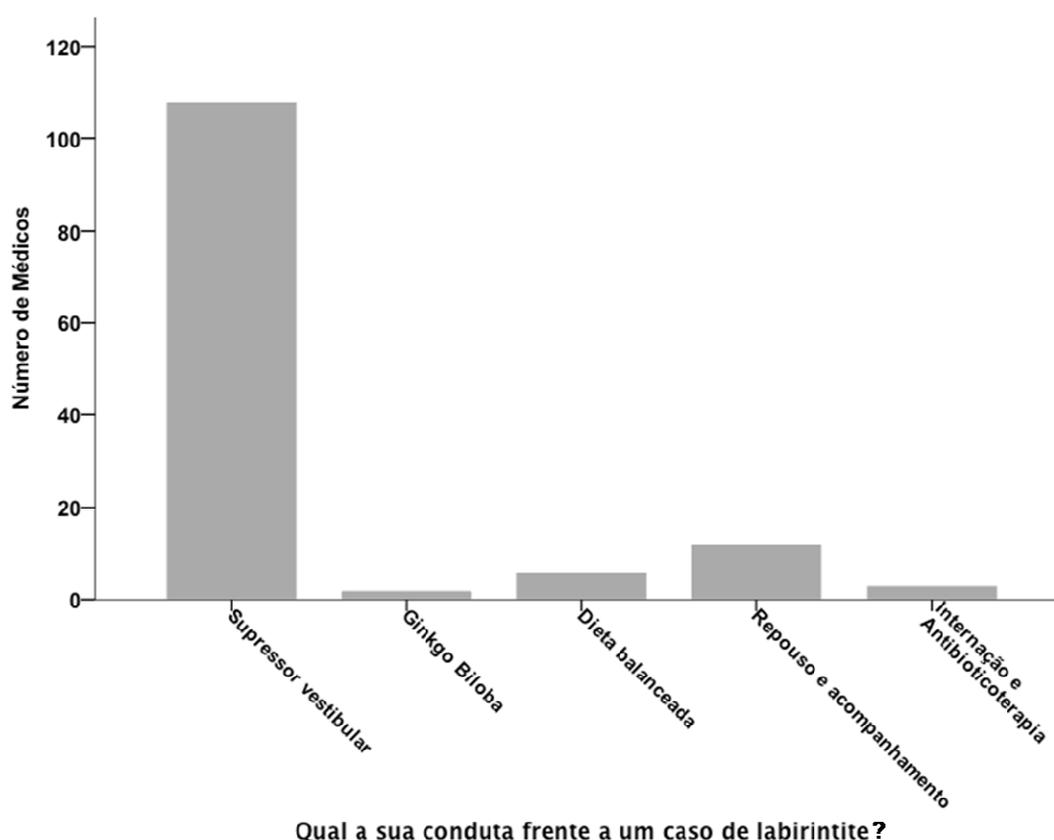
Tabela 3. Números absolutos e relativos da distribuição do reconhecimento de zumbido como sintoma de labirintite entre participantes com e sem pós-graduação

Zumbido	Pós-graduação		Total
	Não	Sim	
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
<b>Certo</b>	15 (45,5)	70 (71,4)	85 (64,9)
<b>Errado</b>	18 (54,5)	28 (28,6)	46 (35,1)
<b>Total</b>	<b>33 (100,0)</b>	<b>98 (100,0)</b>	<b>131 (100,0)</b>

Observa-se uma associação entre ter pós-graduação e reconhecer o zumbido como um sintoma de labirintite (qui-quadrado com  $p = 0,007$ ). Contudo, não houve associação entre ter

pós-graduação e reconhecer tontura não rotatória (qui-quadrado com  $p = 0,564$ ), tontura rotatória intensa incapacitante (qui-quadrado com  $p = 0,886$ ), dor em ouvido (qui-quadrado com  $p = 0,560$ ), perda auditiva (qui-quadrado com  $p = 0,095$ ) ou vômitos (qui-quadrado com  $p = 0,880$ ) como sintomas de labirintite.

Quando questionada sobre a conduta realizada diante de um caso de labirintite, a maioria dos médicos optou por se administrar um supressor vestibular, enquanto apenas 2% preferiram internar o paciente e tratá-lo de acordo com o agente microbiológico causador (Figura 14).

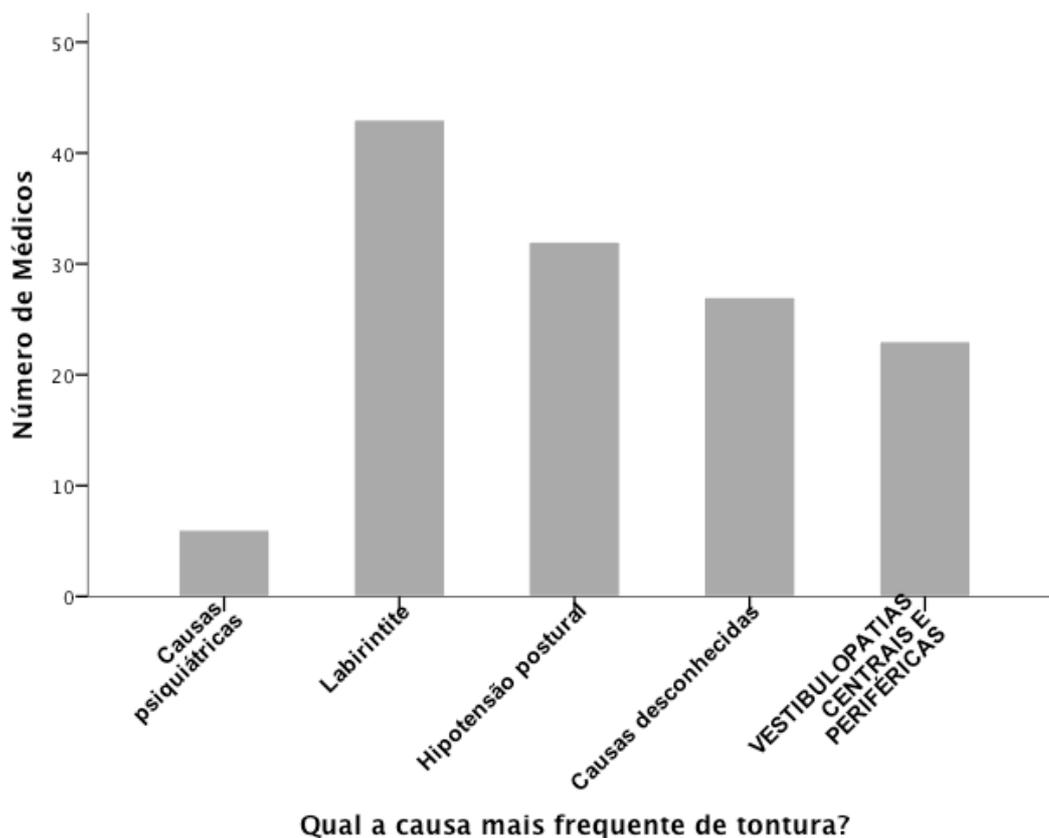


**Figura 14.** Distribuição de acordo com a conduta frente a um caso de labirintite

Não houve associação entre ter pós-graduação e escolher a conduta adequada diante de um paciente com labirintite (qui-quadrado com  $p = 0,742$ ) nem entre tempo de graduação em Medicina e escolher a melhor resposta (qui-quadrado com  $p = 0,989$ ).

A Figura 15 ilustra que, entre as opções, os entrevistados responderam que a causa mais frequente de tontura é a labirintite, seguida de hipotensão postural, causas desconhecidas e vestibulopatias periféricas e centrais em ordem decrescente de ocorrência. Não houve

associação entre ter pós-graduação e responder que as vestibulopatias centrais e periféricas são a causa mais frequente de tontura (qui-quadrado com  $p = 0,523$ ).



**Figura 15.** Distribuição de acordo com as causas mais frequentes de tontura

Aproximadamente, três quartos dos entrevistados responderam que vertigem é uma sensação de rotação do ambiente ou do próprio corpo percebido pelo indivíduo; dez médicos afirmaram que é uma tontura duradoura não rotatória, e nenhum médico definiu a vertigem como sinônimo de labirintite (Figura 16).

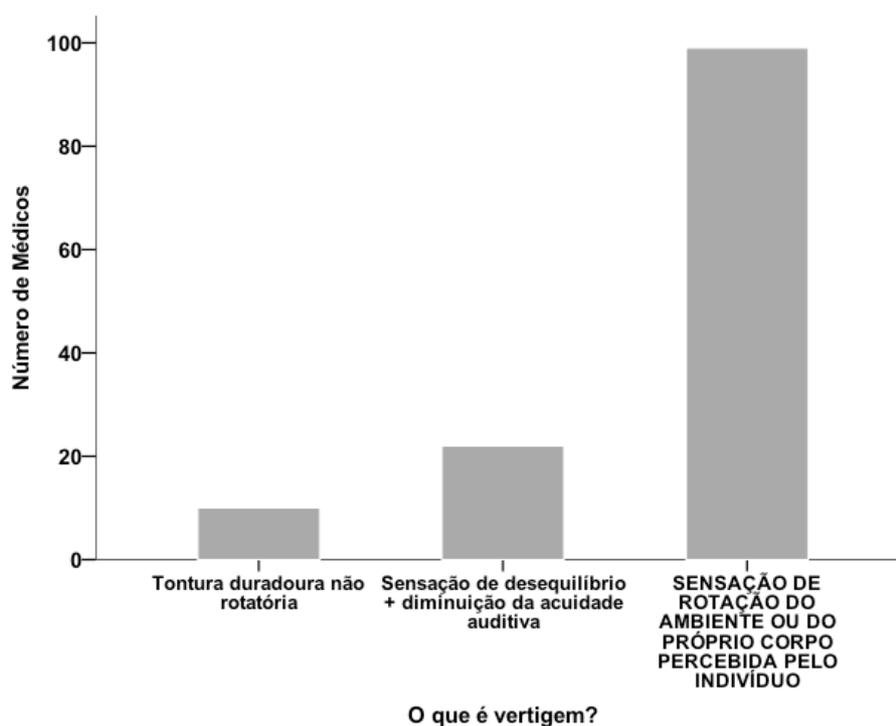


Figura 16. Gráfico sobre o significado de vertigem

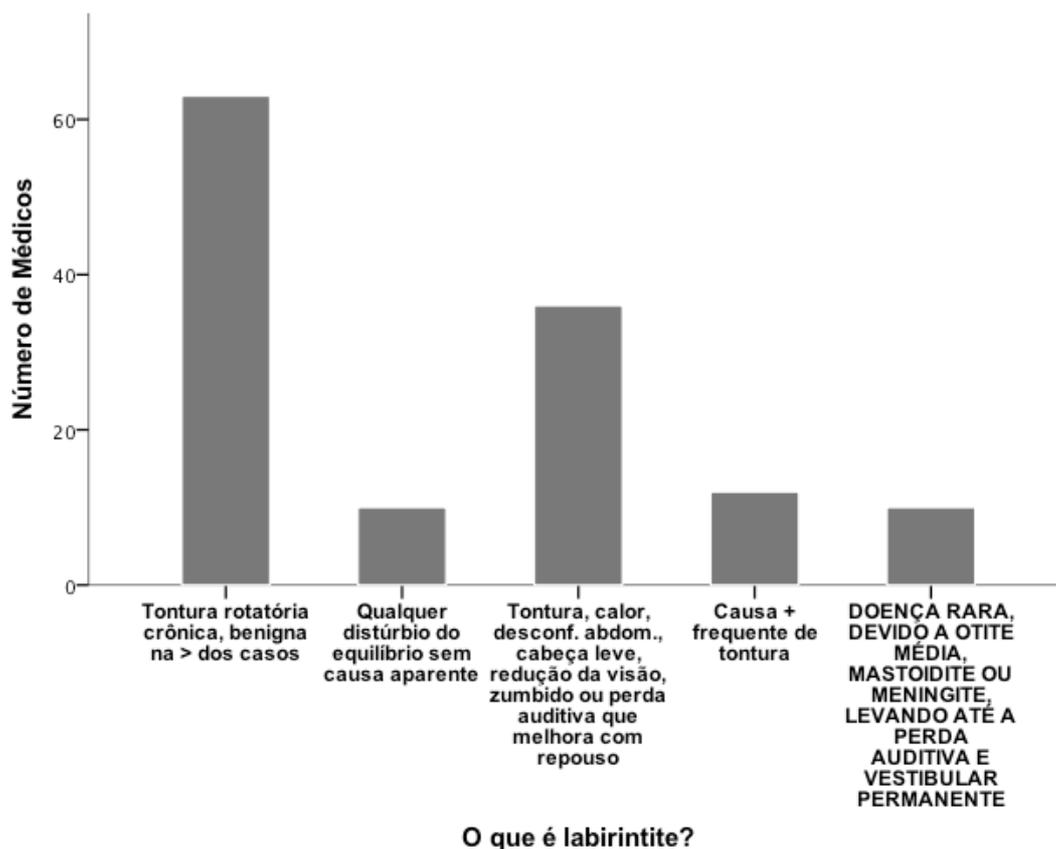
A Tabela 4 apresenta a distribuição de respostas certas e erradas sobre o conceito de vertigem, de acordo com a realização ou não de pós-graduação pelos médicos participantes da pesquisa.

Tabela 4. Números absolutos e relativos da distribuição de respostas certas e erradas sobre o conceito de vertigem entre os participantes do estudo com e sem pós-graduação

Conceito de vertigem	Pós-graduação		Total
	Não	Sim	
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
<b>Certo</b>	31 (93,9)	68 (69,4)	99 (75,6)
<b>Errado</b>	2 (6,1)	30 (30,6)	32 (24,4)
<b>Total</b>	<b>33 (100,0)</b>	<b>98 (100,0)</b>	<b>131 (100,0)</b>

Observa-se uma associação entre não ter cursado uma pós-graduação e ter acertado a resposta (teste exato de Fisher com  $p = 0,004$ ).

De acordo com a Figura 17, quase metade dos médicos acha que labirintite é uma tontura rotatória crônica, de evolução benigna na maioria dos casos; mais de um quarto dos participantes confundem a labirintite com sintomas de hipotensão postural, e apenas 10 participantes (7,6%) acham que a labirintite é uma doença atualmente rara, decorrente de complicação de otite média ou de mastoidite ou de meningite, que pode ocasionar perdas auditiva e vestibular permanentes.

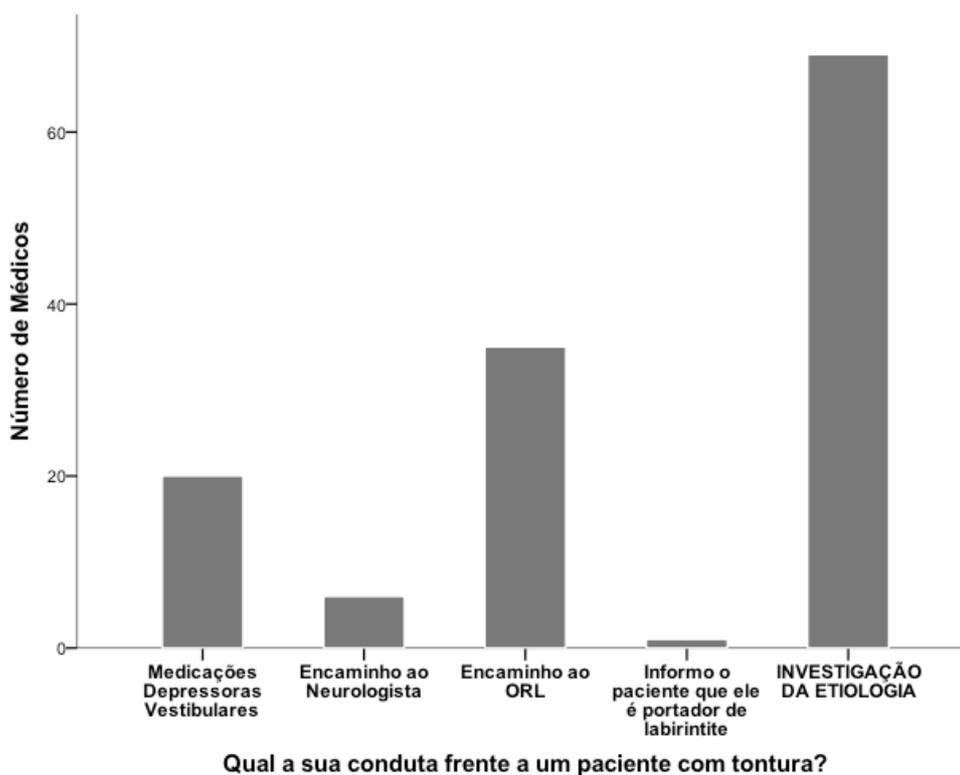


**Figura 17.** Distribuição sobre o significado de labirintite

Não houve associação entre ter cursado pós-graduação e saber o conceito de labirintite (qui-quadrado com  $p = 0,868$ ). Quando se estratifica a amostra em grupos com mais ou menos tempo de graduação (grupos com mais de 23 anos de formados, entre oito e 22 anos e um terceiro grupo com menos de oito anos de graduado), observa-se que não houve

associação entre experiência médica e responder corretamente qual o significado de labirintite (qui-quadrado com  $p = 0,645$ ).

Quando questionados sobre sua conduta em casos de pacientes com queixa de tontura, a maioria dos médicos (52,7%) disse que investiga a causa do sintoma, 31,3% encaminham ao especialista, 15% medicam com supressores vestibulares, e somente um adota a conduta de informar ao paciente que ele é portador de labirintite (Figura 18).



**Figura 18.** Distribuição de acordo com a conduta diante da queixa de tontura

Dos médicos que preferem encaminhar pacientes com tal sintoma, 85% o fazem para otorrinolaringologistas, enquanto, aproximadamente, 15% orientam o paciente a se consultar com um neurologista.

Não houve associação entre ter pós-graduação e investigar a etiologia da tontura (qui-quadrado com  $p = 0,291$ ).

Na Tabela 5, consta a distribuição de respostas certas (investigar a etiologia) e erradas sobre a conduta adequada diante de um paciente com tontura, de acordo com o ano de formatura dos participantes.

Tabela 5. Números absolutos e relativos da distribuição da escolha pela investigação da etiologia diante de um paciente com queixa de tontura de acordo com o ano de graduação em Medicina

Investigar etiologia	Ano de formatura			Total
	Até 1990	1991-2005	>2005	
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
<b>Certo</b>	15 (35,7)	20 (50,0)	34 (69,4)	69 (52,7)
<b>Errado</b>	27 (64,3)	20 (50,0)	15 (30,6)	62 (47,3)
<b>Total</b>	<b>42 (100,0)</b>	<b>40 (100)</b>	<b>49 (100,0)</b>	<b>131 (100,0)</b>

Observa-se uma associação entre investigar a etiologia da tontura e ter se graduado em Medicina nos últimos oito anos (qui-quadrado com  $p = 0,005$ ).

A Figura 19 apresenta as frequências de prescrições de medicações supressoras vestibulares para pacientes com queixa de tontura independentemente da causa.

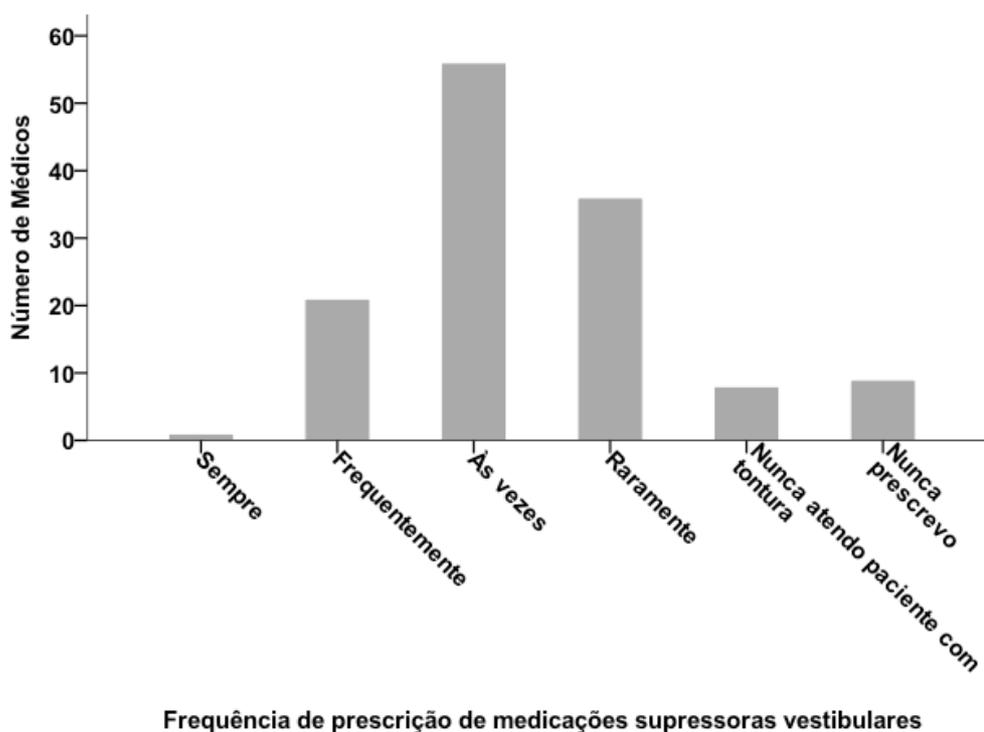
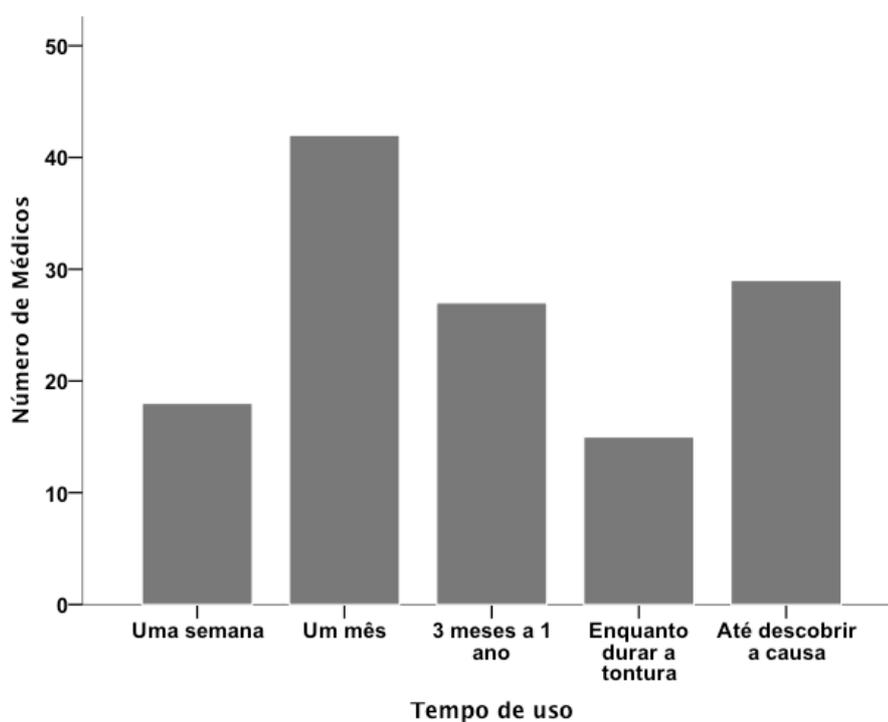


Figura 19. Distribuição de acordo com a prescrição de medicações supressoras vestibulares

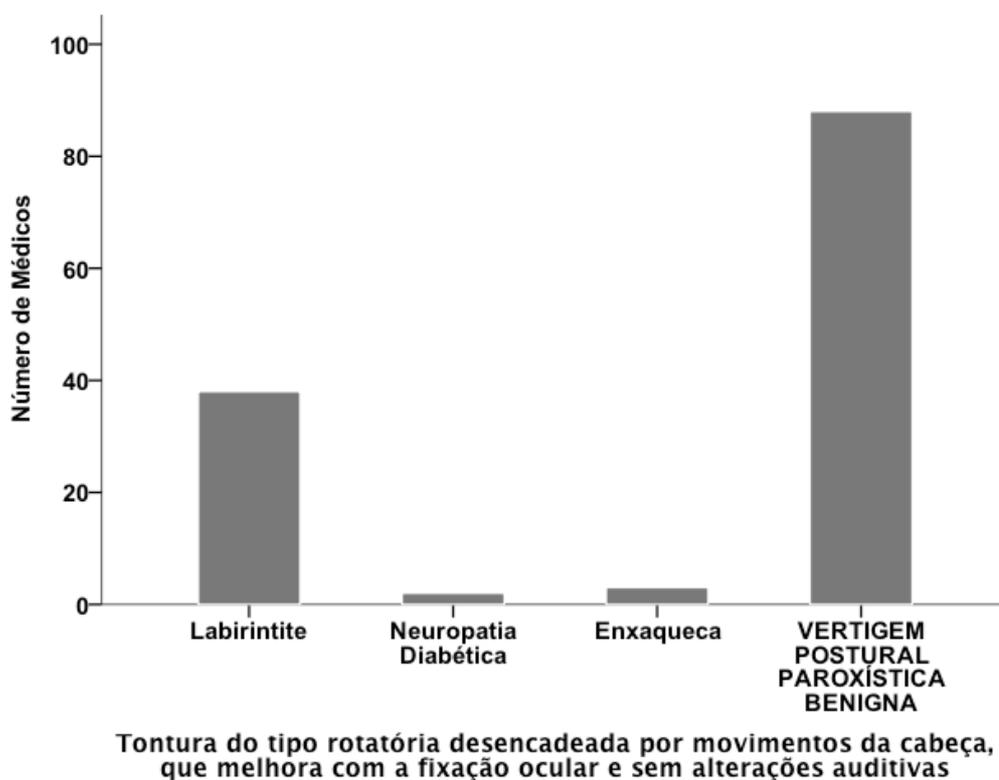
A maioria dos participantes respondeu que prescreve esses medicamentos de forma esporádica, 27,5%, raramente, 16%, frequentemente, 13% nunca prescrevem, e menos de 1% sempre prescreve. Apenas 6,9% dos médicos informaram que nunca prescrevem por não receitarem esse tipo específico de medicação.

A Figura 20 mostra que mais da metade dos participantes pensa ser correto orientar o uso de supressores vestibulares por um mês ou mais, 11% orientam o uso pelo período que a tontura durar, e 22%, até a elucidação da etiologia.



**Figura 20.** Distribuição de acordo com a posologia orientada para os supressores vestibulares

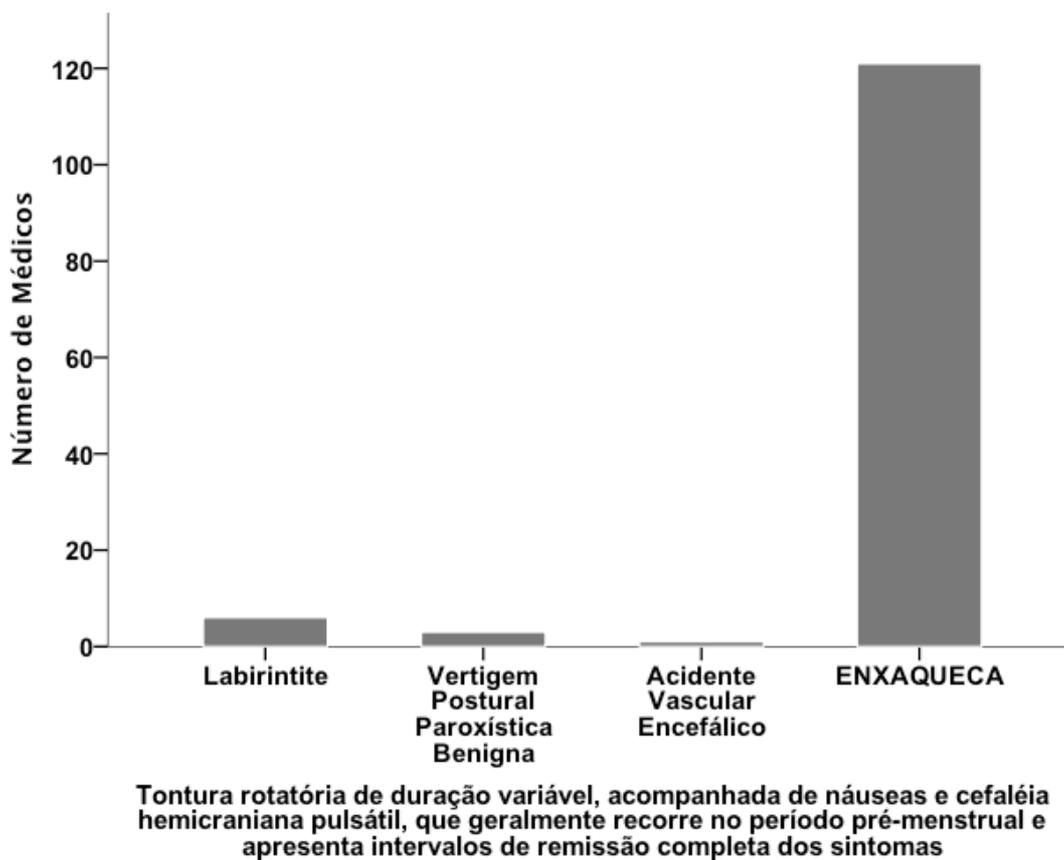
A maioria dos entrevistados (67,2%) respondeu corretamente quando questionada sobre a melhor hipótese diagnóstica frente a um paciente com tontura do tipo rotatória, em crises, desencadeada por mudanças de posição da cabeça, com duração de segundos, que cessa espontaneamente e sem alterações auditivas. Contudo, 29% dos médicos acreditaram que a descrição acima era sugestiva de labirintite (Figura 21).



**Figura 21.** Distribuição de acordo com a suspeita diagnóstica em paciente com sintomas de vertigem postural paroxística benigna

Não houve associação entre ter mais ou menos tempo de formação e responder corretamente à pergunta de múltipla escolha sobre vertigem postural paroxística benigna (qui-quadrado com  $p = 0,111$ ).

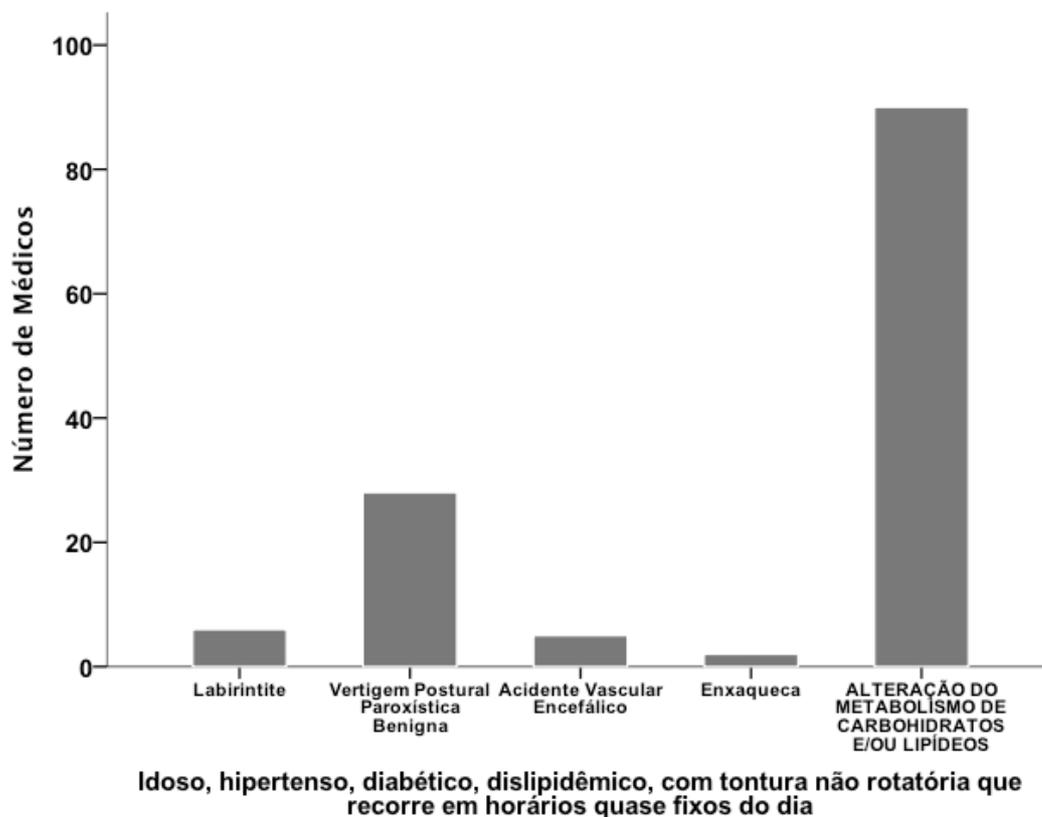
Quase todos os médicos (92,4%) responderam corretamente quando questionados sobre a melhor suspeita diagnóstica frente a um paciente com tontura rotatória de duração variável, acompanhada de náuseas e cefaleia hemicraniana do tipo pulsátil, que recorre no período pré-menstrual e apresenta intervalos de remissão completa dos sintomas. Contudo, 4,6% dos que responderam suspeitaram de labirintite (Figura 22).



**Figura 22.** Distribuição de acordo com a suspeita diagnóstica em pacientes com sintomas de enxaqueca

Não houve associação entre ter cursado pós-graduação e responder que os sintomas eram sugestivos de enxaqueca (qui-quadrado com  $p = 0,262$ ) nem entre o tempo de graduação em Medicina e escolher a melhor hipótese diagnóstica para essa questão (qui-quadrado com  $p = 0,338$ ).

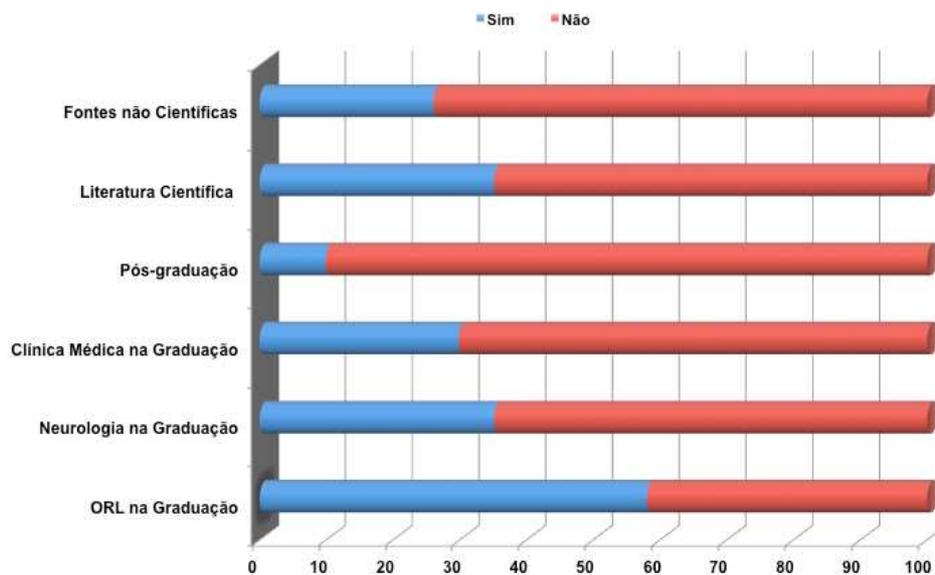
Quase 70% das pessoas envolvidas no estudo responderam que um paciente idoso, hipertenso, diabético, dislipidêmico, com tontura não rotatória recorrente, em horários quase fixos do dia, deva ter um distúrbio do metabolismo dos carboidratos e/ou lipídeos. Entretanto, 21,4% suspeitaram de vertigem postural paroxística benigna, e 4,6%, de labirintite (Figura 23).



**Figura 23. Distribuição de acordo com a suspeita diagnóstica em paciente com distúrbio do metabolismo dos carboidratos e/ou lipídeos**

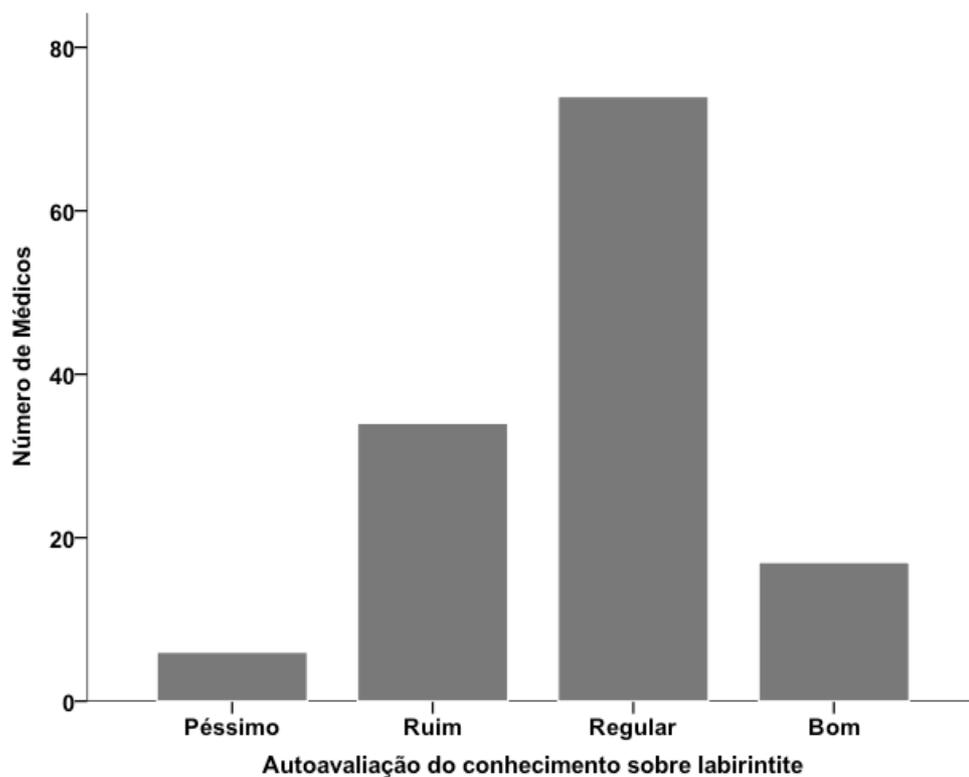
Não houve associação entre ter pós-graduação e escolher a alternativa distúrbio do metabolismo dos carboidratos e/ou lipídeos (qui-quadrado com  $p = 0,149$ ) nem entre tempo de graduação em Medicina e escolher a hipótese diagnóstica alteração do metabolismo dos carboidratos e/ou lipídeos (qui-quadrado com  $p = 0,178$ ).

A Figura 24 ilustra que a maioria dos profissionais adquiriu conhecimentos sobre tontura na disciplina Otorrinolaringologia durante a graduação em Medicina. As disciplinas Neurologia e Clínica Médica também contribuíram para a formação desses profissionais (35,1% e 29,8%, respectivamente). Nota-se, contudo, que mais de um quarto dos entrevistados têm conceitos adquiridos de fontes não científicas.



**Figura 24. Distribuição de acordo com a origem dos conhecimentos sobre tontura**

Quando solicitados a realizar uma autoavaliação acerca de seu conhecimento sobre o assunto labirintite, a maioria (56,5%) acredita que tenha um conhecimento regular, 30,6% acham que seu conhecimento é deficiente, e ninguém considerou seu conhecimento excelente (Figura 25).



**Figura 25. Distribuição de acordo com a autoavaliação sobre o tema labirintite**

Comparando-se a porcentagem de erros entre os formados em instituições públicas (51,65%) e privadas (53,67%), observa-se que não houve diferença significativa entre esses grupos nos quesitos de três a doze, excetuando-se as questões oito e nove.

No modelo de regressão logística, com a variável independente sendo o desempenho dos participantes em relação às oito questões supracitadas, constatou-se que, de todas as variáveis testadas (sexo, tipo de instituição e tempo de formação categórico), ser formado a partir de 2006 aumentou a chance de obter um desempenho insuficiente no questionário aplicado (Tabela 6).

**Tabela 6.** Razões de chances prevalentes para desempenho insuficiente de acordo com o sexo, o tipo de instituição onde se formou e período de formatura

Variáveis	Desempenho insuficiente	
	Razão de chances	IC 95%
<b>Sexo</b>		
<i>Masculino</i>	1,00	-
<i>Feminino</i>	1,46	0,50 – 4,29
<b>Tipo de Instituição</b>		
<i>Pública</i>	1,00	-
<i>Privada</i>	0,38	0,05 – 3,09
<b>Período de formatura</b>		
<i>Até 1990</i>	1,00	-
<i>Entre 1991 e 2005</i>	2,86	0,52 – 15,66
<i>A partir de 2006</i>	5,13	1,05 – 24,92

## ***5 DISCUSSÃO***

---

## 5 DISCUSSÃO

O estudo, do tipo transversal, mostrou que o conhecimento dos médicos sobre as doenças vestibulares ainda é insuficiente. Foi necessário criar um questionário sobre o assunto, em virtude da inexistência desse instrumento específico validado até a realização da pesquisa. Com o intuito de se obter o maior número de participantes, optou-se pela criação de um questionário com poucos quesitos, que exigisse pouco tempo para que os médicos o respondessem. Para isso, foram contempladas poucas patologias causadoras de tontura. No entanto, esta pesquisa tem a pretensão de ser um passo inicial para diversos outros estudos nas mais variadas áreas, a fim de se avaliar a qualidade técnica profissional em relação a temas específicos.

A existência de escassos estudos sobre labirintite dificultou a realização da pesquisa, desde sua fase inicial, quando se encontrou pouca bibliografia disponível, até o final, limitando as discussões e impossibilitando comparações.

Da população do estudo, apenas uma minoria não respondeu ao questionário. Alguns médicos alegaram não ter disponibilidade de tempo, mesmo quando nos dispúnhamos a ir ao local e horário que melhor fosse conveniente para o médico. Do mesmo modo, um não quis assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, dois desistiram de participar depois de ler as questões (um desses era um neurocirurgião), e um justificou que só responderia se pudesse levar para casa e entregar depois. Os sete médicos que não foram localizados não estavam trabalhando na região na época da coleta dos dados. A falta de tempo era uma dificuldade prevista e, realmente, alguns médicos não receberam a pesquisadora no dia agendado por surgirem afazeres mais urgentes. Contudo, felizmente, a maioria foi participativa e demonstrou bastante interesse e seriedade em responder ao questionário. Muitos desejavam saber seu desempenho e explicitavam a vontade de receber informações sobre o assunto.

A aplicação do questionário foi presencial para garantir que nenhuma forma de consulta fosse utilizada quando os entrevistados respondessem às perguntas. Não fizemos qualquer explanação sobre as questões e não houve limite de tempo para a aplicação, assim, cada participante respondeu de acordo com seu próprio ritmo. Esses cuidados na aplicação do

questionário garantem, de forma incontestável, boa qualidade para as informações obtidas e impedem um viés na obtenção da variável dependente.

Em relação às características demográficas, o presente estudo revela que grande parte dos médicos atuantes na Microrregião de Cajazeiras é do sexo masculino e que a idade média deles é de 42,9 anos, no entanto, há muitos idosos que ainda atuam na Medicina. Ao avaliar a cidade de residência e o número de cidades em que esses médicos trabalham, nota-se que muitos viajam para exercer sua profissão e costumam atuar em várias cidades. Por outro lado, as mulheres tendem a ser mais conservadoras e moram na cidade em que trabalham ou próximo a ela. Assim, políticas de incentivo ao trabalho médico feminino no interior podem contribuir para fixar esses profissionais em lugares longínquos. O tempo perdido em viagens entre várias cidades poderia ser mais bem aproveitado em instrução ou para melhorar a qualidade de vida.

No que se refere às características de formação, o gráfico do número de médicos, de acordo com o ano de graduação em Medicina, apresenta uma distribuição bimodal, mostrando um desinteresse dos médicos formados entre os anos de 1983 e 1999 em trabalharem na região. Todavia, a partir do ano 2000, há um crescente número deles atuando na localidade, o que pode ser explicado pelo aumento do número de Faculdades de Medicina que surgiram não somente na região, mas também em todo o Brasil, além dos advindos de faculdades estrangeiras. Segundo o site “Escolas médicas do Brasil”, nesse país, havia 83 Faculdades de Medicina no ano de 1992, 180, em 2010 e, atualmente, há 215 instituições (ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL, 2014). Concluir que a sociedade tem cada vez mais médicos disponíveis é fácil, complexo é saber a qualidade e o nível de resolutividade desses profissionais.

A grande quantidade de participantes graduados em instituições da Paraíba e do Nordeste mostra que as faculdades tendem a fixar os profissionais que produzem. Observa-se também a presença de uma quantidade significativa de médicos (6,1%) graduados na Escola Latino Americana de Medicina, de Cuba, que colocam essa instituição na quarta posição entre as maiores formadoras de médicos, mesmo antes do início do polêmico programa de importação de médicos do Governo Federal (Mais Médicos).

Os dados mostram que os médicos tendem a se especializar e a cursar pós-graduação, mesmo para atuar longe dos grandes centros, e tendem a realizar residências médicas nas áreas mais básicas e de maior demanda, como Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia,

Clínica Médica, Ortopedia, Anestesiologia e Pediatria. Contudo, para realizar a residência médica, a maioria se deslocou para grandes centros, constituindo uma dificuldade para a pós-graduação na localidade.

Há um expressivo número de médicos especializados em Saúde da Família (13), explicado pela demanda de empregos na área, ofertada pelo Programa de Saúde da Família e pela proximidade das instituições que dispõem dessa Especialização. Encontra-se também uma menor diversidade de áreas de residências médicas do que de especializações, provavelmente em virtude de mais concorrência para se passar em uma seleção para residência médica, da necessidade de se dedicar em período integral e da distância entre os centros que ofertam a instrução e a localidade estudada. A necessidade de especialistas, mesmo no interior, justifica a diversidade de especializações encontradas.

Entretanto, observou-se que alguns médicos tinham mais de uma especialidade, alguns em áreas aparentemente distintas, como Psiquiatria e Ortopedia ou Anestesiologia e Saúde da Família. Esse fato permite que esses profissionais possam escolher melhores empregos (com melhores salários, menores cargas horárias e condições de trabalho mais favoráveis) ou trabalhar em vários cargos. Essa atitude parece ser prudente, já que a procura por estabilidade financeira é um senso comum. Contudo, em uma análise individual, será que um médico, que estudou três anos para ser anestesiolegista, faria uma Especialização em Saúde da Família por realização profissional ou pela possibilidade de aumentar sua renda? Possivelmente a realização de cursos ou de subespecializações em sua área de atuação seria mais gratificante e enriquecedor, do ponto de vista pessoal, além de possibilitar o tratamento de casos mais complexos, agregando valor à coletividade. Em um país onde faltam especialistas, seria muito mais sensato incentivar esses profissionais a atuarem integralmente em suas áreas, firmando vínculos empregatícios e emocionais.

Ao se investigar sobre o conhecimento específico sobre a labirintite, o fato de a maioria dos participantes (70,2%) afirmar ter diagnosticado esta doença nos últimos doze meses de atendimento contradiz com a raridade da enfermidade. Quando solicitados a quantificar o número de casos de labirintite diagnosticados no último ano de atendimento, seis médicos não especialistas no assunto responderam que fizeram um diagnóstico, 44, de dois a cinco diagnósticos, 18, de 6 a 10, e 25, mais de 10 diagnósticos, o que resulta em, no mínimo, 452 casos de labirintite diagnosticados na Microrregião de Cajazeiras em apenas um ano. Esse

expressivo número confirma que médicos denominam de labirintite sintomas e sinais de outras doenças.

A observação de que a maioria dos médicos (93,9%) não acredita que a perda auditiva seja um sintoma ou sinal de labirintite revela que eles estão fazendo um diagnóstico equivocado, já que a redução da acuidade auditiva constitui o principal sintoma ou sinal do comprometimento do labirinto anterior. A associação entre ter cursado pós-graduação e reconhecer o zumbido como um sintoma de labirintite sugere que esses médicos relacionam o zumbido com doenças otológicas, já que não têm um correto conceito sobre a doença propriamente dita.

A conduta mais escolhida, diante de um caso de labirintite, mostra uma intenção de combater apenas os sintomas da tontura através de um tratamento farmacológico inespecífico, sem que se conheça a necessidade de internamento e de tratamento de acordo com o agente microbiológico causador. O fato de apenas três participantes optarem pelo internamento e pelo tratamento etiológico indica que grande parte dos médicos não considera a labirintite como uma doença de maior gravidade, o que pode acarretar em sequelas auditivas graves e permanentes.

Correlacionando as perguntas 1, 2 e 3 do questionário, os dados sugerem que os médicos estão atendendo a muitos casos de tontura associada a zumbido e a vômitos, denominam o conjunto desses sinais e sintomas como labirintite e estão tratando esses pacientes com supressores vestibulares. Dessa forma, os pacientes estão sendo erroneamente diagnosticados e tratados.

A pergunta sobre o que é labirintite ratifica que há o uso errôneo desse termo, visto que a minoria (7,6%) respondeu corretamente. O fato de a maioria dos médicos responder que labirintite é uma tontura crônica de evolução benigna justifica a conduta de medicar supressores vestibulares, porquanto um diagnóstico errado leva a um tratamento também errado.

O fato de denominar qualquer tontura como labirintite transforma pessoas saudáveis em doentes, em pacientes preocupados. Um diagnóstico falso é nocivo ao paciente em virtude do tratamento e do enfrentamento inapropriados (BRONSTEIN; LEMPERT, 2010). O discurso médico tanto pode amenizar dores quanto ter potencial iatrogênico, estigmatizando e condenando as pessoas a um diagnóstico equivocado, ao uso crônico de medicamentos

desnecessários e, conseqüentemente, à redução na sua qualidade de vida (NORMAN; TESSER, 2009).

A pergunta 4 do questionário mostra que os entrevistados denominam outras doenças de labirintite, já que acreditam que essa seja a causa mais frequente de tontura. Interessante observar que, apesar de a labirintite ser uma vestibulopatia periférica, a opção vestibulopatias centrais e periféricas ficou apenas em quarto lugar entre as mais frequentes, evidenciando a convicção dos participantes de que a labirintite, isoladamente, seja a principal causa de tontura.

A maioria dos médicos entrevistados tem um conceito correto sobre vertigem, mesmo sem terem cursado uma pós-graduação. Assim, a falha se encontra na investigação da causa da vertigem, e não, no desconhecimento do seu conceito. Contudo, a posse dessa informação parece não contribuir para um adequado conhecimento sobre as vestibulopatias. A importância de se diferenciar a vertigem de outras tonturas decorre do fato de sua presença sugerir fortemente uma patologia do sistema vestibular (não somente do labirinto, mas também dos nervos vestibulares ou de estruturas centrais).

Felizmente, a maioria (52,7%) dos médicos afirma que investiga a etiologia diante de casos de tontura. Entretanto, não se sabe como seria essa investigação, já que um conhecimento profundo sobre as diversas patologias relacionadas à tontura, associado à anamnese e a exame físico atenciosos, direciona para as a(s) melhor(es) hipótese(s) diagnóstica(s) e justifica a solicitação de exames complementares. Exames injustificados acabam por onerar o sistema de saúde, não garantem conclusão diagnóstica e podem até confundir o médico com achados que não são a etiologia do problema, retardando o diagnóstico.

Em contrapartida, 15,3% dos participantes adotam a conduta de prescrever supressores vestibulares que, evidentemente, não são a solução para todos os casos de tontura e podem, inclusive, retardar a reabilitação vestibular (BRONSTEIN; LEMPERT, 2010).

Entre os entrevistados, 31,3% parecem não se sentir adequadamente habilitados para conduzir casos de tontura e optam por encaminhar a especialistas. Entre encaminhar para o otorrinolaringologista e o neurologista, a maioria (85%) prefere orientar seu paciente a procurar um perito em otorrinolaringologia. Essa preferência parece ser justificada pelo pensamento de que a labirintite seja a principal causa de tontura. Assim, como quem cuida do labirinto (orelha interna) é o otorrinolaringologista, nada mais óbvio do que encaminhar o

paciente para esse profissional. Esse resultado mostra a necessidade de o otorrinolaringologista deter profundo conhecimento sobre tontura e expõe uma área de atuação de grande demanda, justificando o recente interesse pela Otoneurologia (uma subespecialidade dentro da Otorrinolaringologia) entre os especialistas.

Médicos de formação mais recente investigam mais a etiologia da tontura do que aqueles com mais de oito anos de graduação. Possivelmente a recente maior disponibilidade de recursos, de exames complementares e de tecnologia justifique esse achado. Porém, isso só seria uma vantagem para os mais novos se estivesse acompanhado de mais conhecimentos sobre o assunto, visto que, ao término da anamnese, já é possível realizar o diagnóstico de 90% dos casos de tontura. O exame físico ajuda a confirmar os dados obtidos durante a anamnese, e os exames complementares apenas corroborarão a suspeita clínica. Dessa forma, o fato de médicos formados nos últimos oito anos provavelmente solicitarem mais exames não é um grande avanço, já que o diagnóstico pode e deve ser feito clinicamente. Como uma tontura associada a qualquer sinal neurológico é uma urgência, é imprescindível que clínicos saibam distinguir as causas de cada tontura. Assim, o ideal seria investir nos conhecimentos básicos anatômicos, fisiológicos e patológicos para resgatar o exame clínico como a principal arma diagnóstica (CHAYS; FLORANT; ULMER, 2011).

Os médicos tendem a prescrever medicações supressoras vestibulares para tratar a tontura independentemente de sua causa. A falta de conhecimento sobre as causas e terapêuticas adequadas para cada caso resulta em uma generalização precária em relação ao diagnóstico e à conduta. Essa intervenção médica equivocada constitui uma iatrogenia clínica e se confronta com um dos principais fundamentos da Medicina, *primum non nocere* (NORMAN; TESSER, 2009). Essa conduta é especialmente perigosa em idosos que, naturalmente, têm uma redução fisiológica de sua reserva funcional, portanto, são mais vulneráveis à iatrogenia farmacológica (NORMAN; TESSER, 2009). Diversos efeitos dessas medicações - como sedação, tempo de reação mais lento e desequilíbrio - podem ocasionar quedas em pessoas idosas (BRONSTEIN; LEMPERT, 2010). Não realizar uma intervenção desnecessária exige conhecimento científico sólido, autonomia, ética, resistência à pressão dos próprios pacientes, aos modismos e aos charmes da indústria farmacêutica (NORMAN; TESSER, 2009). O correto sempre foi e sempre será tratar a causa da doença, e não, sua consequência. Assim, dever-se-ia buscar a etiologia da tontura, para se realizar o tratamento específico e adequado para a enfermidade.

A tontura é um sintoma tão frequente que apenas 6,1% dos participantes deste estudo (de um grupo composto por diversas especialidades, incluindo radiologistas, oftalmologistas, ortopedistas e intensivistas) informam não prescrever supressores vestibulares por não atenderem a pacientes com tal queixa. A tontura afeta 20 a 30% da população mundial e representa a terceira queixa clínica mais frequente em um ambulatório geral, uma das dez principais causas de ida a serviços de emergência e está presente em 20% dos pacientes que procuram o clínico geral (YARDLEY et. al, 1998. BITTAR, 2013). Um recente estudo epidemiológico populacional, realizado na cidade de São Paulo, evidenciou uma prevalência de tontura de 42% na população adulta. Apesar da grande quantidade de pessoas que sofrem com tontura, essa queixa tem sido subestimada e negligenciada pelos profissionais de saúde e pelos que administram a saúde pública (BITTAR, 2013). Diante desse número tão expressivo e dos resultados do presente estudo, é possível concluir que muitos pacientes estão sendo erroneamente diagnosticados e tratados. Assim, ações educativas continuadas em saúde podem ampliar o conhecimento dos profissionais e proteger a população de iatrogenias.

Os médicos também estão prescrevendo supressores vestibulares por longos períodos. Esse fato preocupa, já que pode ser difícil retirar esse tipo de medicação de pacientes em uso crônico (BRONSTEIN; LEMPert, 2010). Interessa também saber que doença crônica, que necessita de tratamento prolongado ou contínuo com essas medicações, está sendo diagnosticada. Seria a “labirintite”? Este estudo mostra que realmente há uma confusão em relação a esse termo. A cultura popular e a indústria farmacêutica contribuem muito para isso. No cotidiano, comumente os pacientes já chegam aos consultórios e aos ambulatórios com seus pré-diagnósticos, e as farmácias estão repletas de medicações com nomes-fantasia sugestivos, como Labirin®, Vertizine D® e Vertix®, que podem influenciar médicos a prescreverem essas drogas para tratamento de vertigens e de “labirintites”. Os laboratórios, objetivando lucro, vendem a ideia de que aquele comprimido é a solução para as tonturas. Assim, somente um médico instruído é capaz de indicar o tratamento adequado, seja medicamentoso ou não. Deve-se ressaltar que toda medicação tem um custo e apresenta efeitos colaterais, nesse caso, pode retardar a melhora do paciente ou ainda prolongar o tempo de tontura (BRONSTEIN; LEMPert, 2010). Apesar da aparente contradição, os medicamentos antivertiginosos podem causar tontura porque deprimem completamente o sistema vestibular (tanto as aferências errôneas quanto as sãs). Em uma perda vestibular unilateral, é necessária uma aferência normal do lado não afetado para se obter uma compensação central do equilíbrio. Assim, esse tipo de medicação pode comprometer a

recuperação do paciente quando administrada por mais de dois dias (BRONSTEIN; LEMPert, 2010).

Muitos médicos diagnosticam erroneamente outras doenças como labirintite. Este estudo mostra que eles confundem sintomas e sinais de vertigem postural paroxística benigna, de enxaqueca e de distúrbio do metabolismo dos carboidratos e/ou lipídeos com outras doenças, incluindo a labirintite, o que retrata a precária realidade do conhecimento atualmente existente. Na área de saúde, o erro, certamente, é mais comum do que se imagina. Somente nos Estados Unidos da América ocorrem 225.000 mortes por ano por iatrogenia, o que constitui a terceira causa de morte naquele país, atrás apenas de mortes por doenças cardíacas e por câncer. Apesar de ser um número impressionante, ele ainda subestima os danos causados à população, pois não inclui a quantidade de efeitos adversos que ocasionam incapacidade ou desconforto (STARFIELD, 2000). Apesar de não existir estudo semelhante no Brasil que possa estimar os malefícios da prática médica, provavelmente, os médicos brasileiros não devem ser melhores (quicá piores) do que os norte-americanos. Talvez seja o momento de o país se preocupar menos com a quantidade, e mais, com a formação desses médicos. Infelizmente o paciente não tem o direito, com raras exceções, de escolher o médico com quem deseja se consultar. A sociedade fornece atendimento ao doente, contudo ele deve aceitar qualquer profissional que estiver ao seu alcance, independentemente de sua competência. O princípio da justiça é lesado em virtude de uma viabilidade econômica. Então, resta ao enfermo ser tolerante e aceitar o que lhe é oferecido, mesmo que resulte em danos para sua saúde (MEIRA, 2004).

Ressalte-se, no entanto, que, ao analisar isoladamente as questões 10, 11 e 12, admite-se que os médicos apresentaram um desempenho satisfatório nesses assuntos, já que mais de 60% responderam corretamente.

A avaliação do desempenho no questionário entre graduados em instituições públicas e privadas não mostrou grande diferença, contudo o número de médicos formados em faculdades privadas na região foi expressivamente inferior.

O estudo mostrou que ser formado há menos tempo (a partir de 2006) foi o único fator de risco para insuficiência na avaliação. Esse achado mostra que a solicitação de exames não é garantia de melhores diagnósticos ou condutas. O conhecimento técnico inferior dos médicos mais jovens pode ser justificado por faculdades de ensino precário ou pelo fato de terem menos experiência clínica.

Os médicos referiram que a disciplina Otorrinolaringologia, na graduação em Medicina, foi a maior fonte de instrução sobre tontura, o que ratifica a importância da Otoneurologia dentro da especialidade. A disciplina Neurologia ficou em segundo lugar, em ordem de importância, na colaboração para o conhecimento sobre o tema entre os participantes. Uma pesquisa prévia já identificou a tontura como um dos diagnósticos mais frequentes da Neuropsiquiatria e sugeriu sua presença no conteúdo programático da disciplina Neurologia na graduação em Medicina (FERRI-DE-BARROS, 2000). É necessário esclarecer que a tontura, na realidade, é um sintoma, e não, uma doença, entretanto, como possui um CID (Código Internacional de Doenças), acaba sendo classificada como um diagnóstico inespecífico nos serviços de urgência e de emergência. Contudo, muito preocupante é o fato de 26% dos entrevistados informarem ter conhecimentos adquiridos de fontes não científicas, o que mostra a necessidade urgente de se investir em educação continuada e de realizar uma sensibilização sobre o tema tontura. Um sintoma com tamanha prevalência merece, decisivamente, atenção especial durante a graduação.

Os próprios médicos, realizando uma autoavaliação, admitem que não têm conhecimento suficiente sobre labirintite. Esse dado reforça a necessidade de disseminar os conhecimentos. No entanto, parece contraditório reconhecer a detenção de um conhecimento insatisfatório sobre uma doença e, mesmo assim, afirmar a realização de muitos diagnósticos. Assim, esse dado sugere que o conhecimento dos médicos sobre tontura (e não somente sobre labirintite) é precário.

A tontura continua a ser negligenciada, em virtude de sua etiologia complexa e multifatorial (MORAES, 2011), mesmo na atual era digital, quando as informações são adquiridas com apenas alguns cliques. Assim, uma reflexão sobre o assunto é mandatória para que a popularização da Ciência e da Educação não vulgarize a Medicina como arte de curar.

## ***6 CONCLUSÕES***

---

## 6 CONCLUSÕES

Este estudo permite concluir que:

- ✓ No que diz respeito às características demográficas dos médicos que participaram dessa pesquisa, observou-se que dos 131 atuantes, 71,8% eram homens e que a média de idade foi de 42,9 anos, com desvio-padrão de 13,3 anos. Trabalham na região médicos que moram em outras cidades ou até mesmo em outros estados; alguns realizam grandes deslocamentos;
- ✓ Em relação às características de formação, 77,1% dos participantes têm mais de cinco anos de graduado em Medicina, contudo o número de médicos formados nos últimos anos está aumentando. As escolas de Medicina da Paraíba e do Nordeste graduaram a maioria desses médicos. Dos participantes, 74,8% tinham alguma forma de pós-graduação, sendo que 48,1% fizeram residência médica, e 48,1% cursaram Especialização. As áreas de residências médicas mais encontradas foram Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Ortopedia e Anestesiologia, e as áreas de especializações mais encontradas foram Saúde da Família, Terapia Intensiva, Medicina do Trabalho, Ultrassonografia e Dermatologia;
- ✓ O conhecimento dos médicos sobre a labirintite foi insatisfatório em relação ao conceito, ao diagnóstico e à conduta. O conhecimento sobre vertigem postural paroxística benigna, enxaqueca e distúrbio do metabolismo dos carboidratos e/ou lipídios foi satisfatório;
- ✓ O único fator de risco para insuficiência no questionário aplicado foi ter sido formado há menos tempo (a partir de 2006);
- ✓ Os médicos informaram que a maioria dos conhecimentos que detêm sobre tontura foram adquiridos na graduação em Medicina (nas disciplinas Otorrinolaringologia, Neurologia e Clínica Médica), entretanto 26% informaram que seus conceitos advêm de fontes não científicas.

***7 BIBLIOGRAFIA***

---

## 7 BIBLIOGRAFIA

BALOH R. W. Vestibular Neuritis. **The New England Journal of Medicine**, Los Angeles, v. 348, p. 1027-32, 2003.

BENTO, R.F. **Tratado de Otologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

BITTAR R. S. M. et al. Estudo epidemiológico populacional da prevalência de tontura na cidade de São Paulo. **Braz J. Otorhinolaryngol**, v. 79, p. 688-98, 2013.

BRONSTEIN A., LEMPERT T. Tonturas. **Diagnóstico e tratamento: uma abordagem prática**. 1.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

CALDAS NETO, S. et al. **Tratado de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervicofacial**, volume II: Otologia e Otoneurologia. 2.ed. São Paulo: Roca, 2011.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicação**. São Paulo: Artmed, 2004.

CARVALHO C. M. N., ANDRADE A. L. S. S. Vacinação contra *Haemophilus influenzae* tipo b: proteção a longo prazo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n.3, p.109-14, 2006.

CARVALHO M. R. M. S. et al. Labyrinthitis and sensorineural hearing loss—an unusual complication of acute otitis media in adult. **International Congress Series**, São Paulo, v. 1240, p. 43-7, 2003.

CHAYS A., FLORANT A., ULMER E. **Vertigem e outras tonteiras**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

DODGE P. R. et al. Prospective evaluation of hearing impairment as a sequela of acute bacterial meningitis. **N Engl J Med**, v. 311, p. 869-874, 1984.

DUNNEBIER E.A. **Diagnóstico por imagem para otorrinolaringologistas**. Rio de Janeiro: Revinter, 2012.

Escolas Médicas do Brasil [Internet Site]. Disponível em [http://www.escolasmedicas.com.br/news\\_det.php?cod=1257](http://www.escolasmedicas.com.br/news_det.php?cod=1257) e em <http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php>. Acessado em 31/01/2014.

FERRI-DE-BARROS J. E. et. al. Transtornos neurológicos mais frequentes: contribuição para a definição de temas do conteúdo programático do Curso de Neurologia, para a graduação médica. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.58(1), p.128, 2000.

FILGUEIRAS M. A. S. Falsos diagnósticos. **Revista da Associação Médica da Paraíba**, v. 5, p. 36, 2013.

FORTNUM H. M. Hearing impairment after bacterial meningitis: a review. **Arch Dis Child**, v. 67, p. 1128-33, 1992.

GALAZKA A. M., ROBERTSON S. E., KRAIGHER A. **Mumps and mumps vaccine: a global review**. Bulletin of the World Health Organization. [S.l.] v. 77(1), p. 3-14, 1999.

GANANÇA M. M. **Vertigem tem cura?** São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

HARTNICK C. J. et al. Preventing Labyrinthitis Ossificans: the role of steroids. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**, v. 127, p. 180-3, 2001.

HVIID A., RUBIN S., MUHLEMANN K. Mumps. **Lancet**, Denmark, v. 371(9616), p. 932-44, 2008.

KESSER B. W. et al. Time course of hearing loss in an animal model of pneumococcal meningitis Original Research Article. **Otolaryngology - Head and Neck Surgery**, v. 120, Issue 5, p. 628-637, 1999.

LAVINSKY L. **Tratamento em Otologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

MEIRA, A. R. Bioética e vulnerabilidade: o médico e o paciente. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50(3), p. 229-51, 2004.

MINOR, L. B. Physiological principles of vestibular function on earth and in space. **Otolaryngology. Head and Neck Surgery**, Illinois, v. 118, Issue 3, Supplement, p. S5-S15, 1998.

MORAES S. A. Tontura em idosos da comunidade: estudo de base populacional. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 77(6), p. 691-9, 2011.

NADOL J. Hearing loss as a sequel of meningitis. **Laryngoscope**, v. 88, p. 739-55, 1978.

NORMAN A. H., TESSER C.D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25(9), p. 2012-2020, 2009.

PEPPARD S. B. Effect of drug therapy on compensation from vestibular injury. **Laryngoscope**, v.96, p. 878-98, 1986.

RAPOPORT P.B. **Manual de otorrinolaringologia para médicos generalistas**. 1.ed. São Paulo: Roca, 2009.

SELZ P. A. et al. Vestibular deficits in deaf children. **Otolaryngol Head Neck Surg**, Illinois, v.115, p.70-7, 1996.

STARFIELD B. Is US health really the best in the world? **JAMA**, v. 284, p. 483-5, 2000.

VERNON M. Meningitis and deafness: the problem, its physical, audiological, psychological, and education manifestations in deaf children. **Laryngoscope**, v. 77, p. 1856-74, 1967.

World Health Organization [Internet site]. Immunization, vaccines and biologicals Disponível em: <http://www.who.int/immunization/topics/measles/en/index.html>. Acessado em 01/04/2012.

Yardley L. et al. Prevalence and presentation of dizziness in a general practice community sample of working age people. **Br J Gen Pract**, v.48, p. 1131-5, 1998.

ZEIGELBOIM B.S., JURKIEWICZ A.L. **Multidisciplinaridade na Otoneurolgia**. São Paulo: Roca, 2013.

***APÊNDICES***

---

**APÊNDICE A****QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE MÉDICOS NO  
SERTÃO PARAIBANO**

CÓDIGO: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

CIDADE DE RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

CIDADES EM QUE TRABALHA: \_\_\_\_\_

ANO EM QUE FOI GRADUADO EM MEDICINA: \_\_\_\_\_

FACULDADE EM QUE FOI GRADUADO: \_\_\_\_\_

PÚBLICA ( )

PRIVADA ( )

FEZ RESIDÊNCIA MÉDICA: SIM ( ) NÃO ( )

EM QUE ÁREA: \_\_\_\_\_

EM QUE ANO: \_\_\_\_\_

EM QUE INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

FEZ ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA: SIM ( ) NÃO ( )

EM QUE ÁREA: \_\_\_\_\_

EM QUE ANO: \_\_\_\_\_

EM QUE INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

1. VOCÊ JÁ DIANOSTICOU A DOENÇA LABIRINTITE NOS ÚLTIMOS 12 MESES DE ATENDIMENTO?

( ) NÃO

( ) SIM, ATENDI A UM PACIENTE COM LABIRINTITE.

( ) SIM, ATENDI DE DOIS A CINCO PACIENTES COM LABIRINTITE.

- SIM, ATENDI CERCA DE SEIS A 10 PACIENTES COM LABIRINTITE.
- SIM, ATENDI A MAIS DE 10 PACIENTES COM LABIRINTITE.
2. QUAL (IS) O(S) SINTOMA(S) E/OU SINAL(IS) UM PACIENTE COM LABIRINTITE APRESENTA? ESCOLHA QUANTAS ALTERNATIVAS ACHAR NECESSÁRIO.
- TONTURA DO TIPO NÃO ROTATÓRIA
- TONTURA DO TIPO ROTATÓRIA INTENSA INCAPACITANTE
- DOR EM OUVIDO
- PERDA AUDITIVA
- ZUMBIDO
- VÔMITOS
3. QUAL A SUA CONDUTA FRENTE A UM CASO DE LABIRINTITE? (ESCOLHA APENAS UMA ALTERNATIVA).
- INTERNAÇÃO E TRATAMENTO DE ACORDO COM O AGENTE MICROBIOLÓGICO CAUSADOR
- SUPRESSOR VESTIBULAR (LABIRIN, BETASERC, VERTIX, VERTIZINE D, STUGERON)
- GINKGO BILOBA
- DIETA BALANCEADA
- REPOUSO E ACOMPANHAMENTO
4. QUAL(IS) A(S) CAUSA(S) MAIS FREQUENTE(S) DE TONTURA? (ESCOLHA APENAS UMA ALTERNATIVA).
- CAUSAS PSIQUIÁTRICAS
- LABIRINTITE
- HIPOTENSÃO POSTURAL
- VESTIBULOPATIAS CENTRAIS E PERIFÉRICAS
- CAUSAS DESCONHECIDAS
5. O QUE É VERTIGEM? (ESCOLHA APENAS UMA ALTERNATIVA).
- É UMA TONTURA DURADOURA NÃO ROTATÓRIA

- SENSAÇÃO DE ROTAÇÃO DO AMBIENTE OU DO PRÓPRIO CORPO PERCEBIDO PELO INDIVÍDUO
- É SINÔNIMO DE LABIRINTITE
- É A SENSAÇÃO DE DESEQUILÍBRIO ASSOCIADA À DIMINUIÇÃO DA ACUIDADE AUDITIVA
- É UMA SENSAÇÃO DE PESO NA CABEÇA
6. O QUE É LABIRINTITE? (ESCOLHA APENAS UMA ALTERNATIVA).
- É UMA TONTURA ROTATÓRIA CRÔNICA, DE EVOLUÇÃO BENIGNA NA MAIORIA DOS CASOS
- É QUALQUER DISTÚRBO DO EQUILÍBRIO EM QUE NÃO HÁ OUTRA CAUSA EVIDENTE
- É UMA DOENÇA CARACTERIZADA POR BREVES EPISÓDIOS DE TONTURA ASSOCIADA A CALOR, DESCONFORTO ABDOMINAL, SENSAÇÃO DE CABEÇA LEVE, ESCURECIMENTO OU APAGAMENTO GRADUAL DA VISÃO, ZUMBIDO NOS OUVIDOS OU PERDA AUDITIVA, QUE PODE EVOLUIR PARA SÍNCOPE OU MELHORAR COM AS POSIÇÕES SENTADA OU DEITADA.
- É A CAUSA MAIS FREQUENTE DE TONTURA
- É UMA DOENÇA ATUALMENTE RARA, DECORRENTE DE COMPLICAÇÃO DE OTITE MÉDIA, DE MASTOIDITE OU DE MENINGITE, QUE PODE OCASIONAR PERDAS AUDITIVA E VESTIBULAR PERMANENTES.
7. QUAL A SUA CONDUTA FRENTE A UM PACIENTE COM TONTURA? (ESCOLHA APENAS UMA ALTERNATIVA).
- MEDICAÇÕES DEPRESSORAS VESTIBULARES (EXEMPLOS: VERTIX, VERTIZINE, LABIRIN, STUGERON)
- INVESTIGAÇÃO DA ETIOLOGIA
- ENCAMINHO AO NEUROLOGISTA
- ENCAMINHO AO OTORRINOLARINGOLOGISTA
- INFORMO AO PACIENTE QUE ELE É PORTADOR DE LABIRINTITE

8. COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ PRESCREVE MEDICAÇÕES SUPRESSORAS VESTIBULARES PARA PACIENTES COM QUEIXA DE TONTURA, INDEPENDENTEMENTE DA CAUSA? (ESCOLHA APENAS UMA ALTERNATIVA).
- ) SEMPRE
  - ) FREQUENTEMENTE
  - ) ÀS VEZES
  - ) RARAMENTE
  - ) NUNCA, POIS NÃO ATENDO A PACIENTES COM QUEIXA DE TONTURA
  - ) NUNCA, POIS NÃO PRESCREVO SUPRESSORES VESTIBULARES
9. SUPONDO-SE QUE VOCÊ PRESCREVA MEDICAÇÕES SUPRESSORAS VESTIBULARES (A EXEMPLO DE VERTIX [DICLORIDRATO DE FLUNARIZINA], VERTIZINE D [MESILATO DE DI-HIDROERGOCRISTINA + DICLORIDRATO DE FLUNARIZINA], STUGERON [CINARIZINA]), POR QUANTO TEMPO INFORMA AO PACIENTE PARA TOMAR MEDICAÇÃO CONTINUAMENTE:
- (ESCOLHA APENAS UMA ALTERNATIVA).
- ) UMA SEMANA
  - ) UM MÊS
  - ) DE TRÊS MESES A UM ANO
  - ) DURANTE O PERÍODO EM QUE O PACIENTE SENTIR TONTURA
  - ) ATÉ DESCOBRIR A CAUSA DA TONTURA
10. PACIENTE COM TONTURA DO TIPO ROTATÓRIA, EM CRISE, DESENCADEADA POR MUDANÇAS DE POSIÇÃO OU MOVIMENTOS DA CABEÇA, COM DURAÇÃO DE SEGUNDOS, QUE CESSA ESPONTANEAMENTE E SEM ALTERAÇÕES AUDITIVAS, SUGERE:
- (ESCOLHA APENAS UMA ALTERNATIVA).
- ) LABIRINTITE
  - ) VERTIGEM POSTURAL PAROXÍSTICA BENIGNA
  - ) ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
  - ) NEUROPATIA DIABÉTICA

- ENXAQUECA
11. PACIENTE COM TONTURA ROTATÓRIA DE DURAÇÃO VARIÁVEL, ACOMPANHADA DE NÁUSEAS E CEFALÉIA HEMICRANIANA DO TIPO PULSÁTIL, QUE GERALMENTE RECORRE NO PERÍODO PRÉ-MENSTRUAL E APRESENTA INTERVALOS DE REMISSÃO COMPLETA DOS SINTOMAS, SUGERE:
- (ESCOLHA APENAS UMA ALTERNATIVA).
- LABIRINTITE
- VERTIGEM POSTURAL PAROXÍSTICA BENIGNA
- ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
- NEUROPATIA DIABÉTICA
- ENXAQUECA
12. PACIENTE IDOSO, HIPERTENSO, DIABÉTICO, DISLIPIDÊMICO E COM TONTURA NÃO ROTATÓRIA, QUE RECORRE EM HORÁRIOS QUASE FIXOS DO DIA, SUGERE:
- (ESCOLHA APENAS UMA ALTERNATIVA).
- LABIRINTITE
- VERTIGEM POSTURAL PAROXÍSTICA BENIGNA
- ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
- ENXAQUECA
- ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS CARBOIDRATOS E/OU LIPÍDEOS
13. QUAL A FONTE DOS SEUS CONHECIMENTOS SOBRE TONTURA? (VOCÊ PODE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA).
- NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA- DISCIPLINA OTORRINOLARINGOLOGIA
- NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA- DISCIPLINA NEUROLOGIA
- NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA- DISCIPLINA CLÍNICA MÉDICA
- PÓS-GRADUAÇÃO/ ESPECIALIZAÇÃO/ RESIDÊNCIA MÉDICA
- PESQUISA DE LITERATURA CIENTÍFICA APÓS FORMAÇÃO MÉDICA

( ) EXPERIÊNCIA PESSOAL ADQUIRIDA DE FONTES NÃO CIENTÍFICAS

14. VOCÊ CLASSIFICA SEU CONHECIMENTO SOBRE LABIRINTITE COMO:

( ) EXCELENTE

( ) BOM

( ) REGULAR

( ) RUIM

( ) PÉSSIMO

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, Alféio Luís Ferreira Braga, oriento e coordeno o projeto de pesquisa intitulado **“ANÁLISE DO CONHECIMENTO SOBRE DOENÇAS VESTIBULARES DE MÉDICOS NO SERTÃO PARAIBANO”**, da aluna de Mestrado, Vanessa Rolim Barreto Cavalcante. O objetivo deste projeto é de investigar o conhecimento de médicos que prestam serviço no Alto Sertão Paraibano, seja em ambiente privado ou público, acerca das doenças vestibulares, especialmente a labirintite, através de um questionário específico. O projeto também busca avaliar a fonte dos conhecimentos médicos sobre as doenças vestibulares e fatores que possam interferir no nível de conhecimento dos profissionais ou determiná-lo.

A temática é de grande relevância social e científica e tem o propósito de avaliar se há alguma deficiência de conhecimento no tema abordado, o que poderia proporcionar terapias inadequadas, ineficientes ou desnecessárias. Esta pesquisa almeja trazer contribuições para a classe médica porque, depois de seus resultados, poder-se-á avaliar se o conhecimento médico está sendo transmitido de forma adequada ou se há necessidade de melhorias na instrução médica. Também trará benefícios para a população, que, independentemente do resultado do projeto, poderá aclamar os médicos daquela região ou certificar-se de que este projeto poderá contribuir para melhorar o conhecimento deles.

Os participantes não serão submetidos a nenhum procedimento que gere dor, desconforto ou constrangimento. A participação é voluntária, e os pesquisadores comprometem-se em obedecer fielmente à Resolução 196/96. Questionários com perguntas objetivas serão aplicados pessoalmente pelos pesquisadores executantes para a obtenção dos dados. **Gravadores ou máquinas fotográficas não serão utilizados em nenhum momento da pesquisa.**

Se, durante qualquer etapa do estudo, houver alguma dúvida sobre as informações coletadas dos participantes, os seguintes pesquisadores responsáveis poderão ser contatados: Vanessa Rolim Barreto Cavalcante [Avenida Comandante Vital Rolim, 1357, Jardim Adalgisa. Cajazeiras/PB. Telefone: (83) 91687879]; Alféio Luís Ferreira Braga, Lourdes Conceição Martins e Luiz Alberto Amador Pereira [Rua Carvalho de Mendonça, 144, sala

404, Vila Mathias, CEP 11070100, Santos, SP (13) 32260509]. Também poderá entrar em contato com o CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, localizado na Rua Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande/ PB. Telefone: (83) 2101-5545. **É garantida a liberdade da retirada do termo de consentimento de participação em qualquer etapa do estudo**, e suas informações serão excluídas e destruídas, portanto, não analisadas. Os coordenadores do projeto serão responsáveis por contatar os participantes diretamente, caso algum resultado da pesquisa seja de interesse imediato para o participante.

O presente termo de consentimento deverá ser assinado em duas vias. Uma fica em poder do participante, e a outra, em poder dos pesquisadores responsáveis.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

**Alfésio Luís Ferreira Braga**

(Pesquisador responsável)

UNISANTOS

***ANEXO***

---

## ANEXO

**DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC

**DECLARAÇÃO**

Declaro para fins de comprovação, que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, o projeto de número CAAE: 12596313.6.0000.5182 intitulado: **ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE MÉDICOS SOBRE AS DOENÇAS VESTIBULARES NO ALTO SERTÃO PARAIBANO.**

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC em 30 dias, relatório final de conclusão, antes do envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos do HUAC em data a ser acordada entre o CEP e o pesquisador.

  
Profª. Maria Teresa Nascimento Silva  
Coordenadora CEP/HUAC/UFPG

Campina Grande - PB, 26 de Abril de 2013.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.  
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br)