



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
CURSO DE MEDICINA

ERIK MATHEUS DE OLIVEIRA SANTOS

IAGO HENRIQUES LEITE ROCHA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM SÍNDROME VERTIGINOSA
ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO CENTRO
DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA (CEMEC) DE 2015 A 2017.**

BELÉM
2019

ERIK MATHEUS DE OLIVEIRA SANTOS

IAGO HENRIQUES LEITE ROCHA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM SÍNDROME VERTIGINOSA
ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO CENTRO
DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA (CEMEC) DE 2015 A 2017**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário do Estado do Pará, como requisito parcial para conclusão de graduação em Medicina.

Orientador: Dr. Leonardo Mendes Acatauassú Nunes.

Co-orientador: Prof Nelson Elias Abrahão da penha

BELÉM

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
Biblioteca do Cesupa, Belém – PA

Santos, Erik Matheus de Oliveira.

Perfil epidemiológico dos pacientes com síndrome vertiginosa atendidos no ambulatório de otorrinolaringologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC) de 2015 a 2017 / Erik Matheus de Oliveira Santos, Iago Henriques Leite Rocha; orientador Leonardo Mendes Acatauassú Nunes, co-orientação de Nelson Abrahão da Penha. – 2019.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro Universitário do Estado do Pará, Medicina, Belém, 2019.

1. Vertigem. 2. Vestíbulo (Ouvidos). 3. Centro de Especialidades Médicas do CESUPA – (CEMEC). 4. Epidemiologia. I. Rocha, Iago Henrique Leite. II. Nunes, Leonardo Mendes Acatauassú, *orient.* III. Penha, Nelson Elias Abrahão da, *coorient.* IV. Título.

CDD 23ª ed. 616.21

DEDICATÓRIA

Agradeço primeiramente a Deus por sua infinita bondade e graça, por ter colocado em meu coração este sonho de ser médico, e permitir que o realize além de confortar-me nos momentos mais difíceis e trazer-me a memória aquilo que me dá esperança e gerar perseverança nas adversidades, fundamental para árdua e ao mesmo tempo áurea caminhada médica. Quero expressar minha gratidão aos meus pais, Silvio e Helena, por todo ensinamento, carinho, amor, orações, dedicação, e exortações, que contribuíram grandemente para a minha formação pessoal e profissional, e também agradecer aos meus irmãos Silvio e Breno e as irmãs que ganhei no decorrer da vida, Larissa e Thainá, que sempre me auxiliaram e torceram pelo meu sucesso, e que sempre pude contar, e também aos meus amados sobrinhos, Murilo, Alexandre e Luiz Henrique, pois a infância, em sua pureza, alegria e espontaneidade enchem nossa vida de felicidade. Agradeço a minha amada Ana Paula, por seu companheirismo, compreensão, carinho, amor e por permanecer ao meu lado nos momentos alegres e tristes, tornando tudo mais bonito e com muito mais cor e brilho, dedico também a todos os amigos e amigas que acreditaram e tocaram pela realização deste sonho, para vocês, desejo sempre o melhor e guardo em meu coração, gratidão, respeito e carinho.

Erik Matheus de Oliveira Santos

DEDICATÓRIA

Nesse momento tão especial da minha vida acadêmica, quero agradecer a Deus por ter proporcionado sabedoria, força para nunca desistir, e para resistir nesse caminho, com foco e objetivo em busca da formação. Me orgulho em ter pais humildes, Wellison e Patricia, que sempre deram o melhor de si, não abriram mão de boas escolas, me ensinaram a acordar cedo, ter disciplina, compromisso e responsabilidade; ao meu irmão Mateus, que sempre apoiou e acreditou em mim. Dedico essa conquista aos meus avós maternos Juarez e Zelia e paternos Jose e Maria, que acompanharam minha jornada e sempre me ajudaram. Agradeço a minha namorada Jade, que esteve presente em todos os momentos, bons ou ruins e tornou minha vida ainda melhor. Todos me apoiaram e fazem parte desse sonho de cursar medicina.

Iago Henriques Leite Rocha

AGRADECIMENTOS

Gratos aos nossos orientadores: Prof. Dr. Leonardo Mendes Acatauassú Nunes e Prof Dr Nelson Abrahão da Penha, pela paciência, confiança, todo o apoio, conhecimento, ajuda e informações compartilhadas durante o curso e a realização desse projeto. Agradecemos a todos os professores, equipe da biblioteca, funcionários e ao Centro Universitário do Estado do Pará, que fizeram parte da nossa construção intelectual, profissional e humanitária durante nossa jornada em busca da formação acadêmica.

RESUMO

Introdução: A vertigem é um sintoma incapacitante, com repercussões diretas na vida do paciente, e possui prevalência significativa, principalmente com o avançar da idade. **Objetivo:** Determinar o perfil epidemiológico dos pacientes com vertigem atendidos no ambulatório de Otorrinolaringologia do Centro Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC). **Método:** Trata-se de um estudo transversal e descritivo, baseado na revisão de prontuários dos pacientes com vertigem atendidos no ambulatório de Otorrinolaringologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período compreendido entre 2015 e 2017. Os dados analisados incluíram: idade, gênero, raça, estado civil, tipo de vertigem, tratamento prévio, presença de outras manifestações clínicas e diagnóstico etiológico da síndrome vertiginosa. **Resultados:** O sexo feminino foi o mais prevalente com 91,4% dos indivíduos, e a faixa etária entre 61 e 70 anos representa a maior prevalência com 41,4% do total. Quanto às comorbidades 52,9% dos indivíduos não apresentavam comorbidades e dos 47,1% que apresentavam 46,1% tinham Hipertensão arterial sistêmica e 40,4% apresentaram Dislipidemia. Ao avaliar as manifestações clínicas, as mais prevalentes foram desequilíbrio, tinnitus e cefaléia. Não foram observados casos de paresia, diplopia e disartria. Quanto ao tipo de vertigem, 94% apresentaram vertigem de origem periférica e 6% de origem central. Dos indivíduos com vertigem central, 50% apresentaram migrânea vestibular, 25% acidente vascular de cérebro ou tronco e 25% indeterminado. Em relação ao diagnóstico de vertigem periférica, 45,4% dos indivíduos apresentaram vertigem posicional paroxística benigna (VPPB), 6,1% dos indivíduos apresentaram doença de Ménière, 6,1% labirintite bacteriana e 42,4% indeterminado. Em relação ao tratamento medicamentoso para vertigem 51,4% indivíduos utilizaram medicamentos como terapêutica em determinado momento da vida, 7% utilizaram dimenidrato, 4,2% dos indivíduos usavam betaistina, 41,8% flunarizina e 7% outros tratamentos. Não houve diferença significativa entre os fatores avaliados acerca do tratamento (p valor > 0,05). **Conclusão:** A vertigem é um sintoma mais comum no sexo feminino e é associada ao avançar da idade, que necessita de investigação clínica minuciosa. Pode acarretar importante impacto na qualidade de vida e necessitar de terapêutica farmacológica. As causas mais prevalentes são as de etiologia periférica e a vertigem posicional paroxística benigna (VPPB), é a mais observada.

Palavras-chave: Vertigem, Doenças Vestibulares.

ABSTRACT

Introduction: Vertigo is a disabling symptom, with direct repercussions on the patient's life, and has a significant prevalence, especially with the advancing age. **Objective:** To determine the epidemiological profile of patients with vertigo attended at the Otorhinolaryngology outpatient clinic of the CESUPA Medical Specialties Center (CEMEC). **Method:** This is a cross-sectional and descriptive study, based on the review of medical records of patients with vertigo attended at the Otorhinolaryngology outpatient clinic of the Center of Medical Specialties of CESUPA (CEMEC), between 2015 and 2017. The data analyzed included: age, gender, race, marital status, type of vertigo, previous treatment, presence of other clinical manifestations and etiological diagnosis of vertigo syndrome. **Results:** Females were the most prevalent with 91.4% of the individuals, and the age range between 61 and 70 years represented the highest prevalence with 41.4% of the total. As for comorbidities, 52.9% of the individuals did not present comorbidities and 47.1% had comorbidities, 46.1% had systemic arterial hypertension and 40.4% had dyslipidemia. When assessing the clinical manifestations, the most prevalent were imbalance, tinnitus and headache. No cases of paresis, diplopia and dysarthria were observed. Regarding the type of vertigo, 94% presented vertigo of peripheral origin and 6% of central origin. Of the individuals with central vertigo, 50% had vestibular migraine, 25% cerebrovascular accident or brainstem and 25% undetermined. In relation to the diagnosis of peripheral vertigo, 45.4% of the individuals presented benign paroxysmal positional vertigo (BPPV), 6.1% of the individuals presented Ménière's disease, 6.1% bacterial labyrinthitis and 42.4% undetermined. Regarding drug treatment for vertigo, 51.4% of patients used drugs as therapy once at time, 7% used dimenhydrate, 4.2% of the subjects used betahistine, 41.8% flunarizine and 7% other treatments. There was no significant difference between the factors evaluated about the treatment (p value > 0.05). **Conclusion:** Vertigo is a more common pathology in females and associated with advancing age, which requires careful clinical investigation. It may have an important impact on the quality of life and need pharmacological therapy. The most prevalent causes are those with peripheral etiology and benign paroxysmal positional vertigo (BPPV), which is the most common.

Key words: Vertigo, Vestibular Diseases.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO/ REVISÃO DE LITERATURA.....	9
2	JUSTIFICATIVA.....	12
3	OBJETIVOS.....	13
3.1	Objetivo Geral.....	13
3.2	Objetivos Específicos.....	13
4	MÉTODO.....	14
5	RESULTADOS.....	16
6	DISCUSSÃO.....	21
7	CONCLUSÃO.....	31
	REFERÊNCIAS.....	32
	APÊNDICE.....	35
	ANEXO.....	40

1 INTRODUÇÃO / REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A tontura é um sintoma inespecífico e incapacitante, sendo uma das queixas mais comuns entre os indivíduos acima de 70 anos¹⁻⁴. Estima-se que 7% da população mundial irá apresentar algum quadro de tontura ao ano, tornando-se importante causa de repercussões negativas na qualidade de vida do paciente³⁻⁵. Esse sintoma pode ser interpretado de diversas formas, por exemplo, como o rodopio, rotação, desmaio, escurecimento visual, irrealidade, instabilidade, desbalanço, desorientação e até flutuações^{6,7}.

São reconhecidos basicamente quatro tipos: síncope, desequilíbrio, sensações cefálicas variadas e vertigem⁸. A síncope é uma perda breve da consciência, secundária a uma isquemia global cerebral transitória por redução do débito cardíaco⁸. A maior parte das crises (vasovagais ou síncope vasodepressiva) ocorre quando o indivíduo está em pé, é acompanhada por queda da pressão arterial e precipitada por algum estresse emocional, visões de sangue ou odores fortes^{3,8}. Geralmente é precedida por sintomas como fraqueza, palidez e sudorese, com sensação de desmaio iminente ou não^{3,8}.

O desequilíbrio é observado apenas durante a marcha, cessando quando o paciente se encontra parado, sentado ou deitado^{6,7}. Pode ter como etiologias a neuropatia periférica, mielopatia, espasticidade, rigidez parkinsoniana e ataxia cerebelar^{6,7}. Quando o desequilíbrio se associa a déficits sensitivo-sensoriais múltiplos, como alterações visuais, auditivas ou diminuição da sensibilidade nos membros inferiores, é denominado déficit sensorial múltiplo, comum no paciente Idoso⁷.

A expressão “sensações cefálicas variadas” é usada para descrever uma série de sintomas vagos, que muitas vezes são definidos pelos pacientes como uma sensação de cabeça vazia^{3,8}. Podem ser provocados por hiperventilação, hipoglicemia, sintomas somáticos de depressão, ansiedade e esquizofrenia^{3,8}.

A vertigem de caráter rotatório é a sensação relatada pelo paciente de estar girando em torno do ambiente ou vice-versa¹. Mais raramente, há a sensação de movimento em balsa no plano horizontal, de movimento ascendente e

descendente ou até mesmo de ilusão de rotação horária ou anti-horária no plano frontal^{1,5}. Habitualmente, é decorrente de lesão ou alteração funcional unilateral do aparelho vestibular ou da porção vestibular do VIII nervo craniano^{9,10}.

Ao realizar a classificação da tontura do paciente, é importante perguntar acerca do tempo e o padrão evolutivo do sintoma, horários mais presentes, fatores de melhora ou piora, duração, uso de medicações, quadros que antecederam os episódios e tratamentos realizados^{2,3,5}.

Além dessas características, os sintomas associados que ocorrem no momento do episódio vertiginoso devem ser abordados, como a cefaléia, hipoacusia, *tinnitus*, plenitude auricular, palidez, náuseas, sudorese e outros^{3,11}. Uma vez reconhecida a queixa de tontura como sendo vertigem, o passo seguinte consiste em fazer o diagnóstico topográfico, ou seja, elucidar se é uma vertigem de origem periférica ou central^{1,2,5}.

Na vertigem periférica, a lesão se encontra no labirinto e/ou nervo vestibular, até sua entrada no núcleo vestibular, sendo consequência de doenças como: vertigem posicional paroxística benigna (VPPB), doença de Ménière, labirintite bacteriana, neurinoma do acústico (Shiwannoma Vestibular), e outras^{10,12,13}.

Na vertigem central, a lesão se encontra no núcleo vestibular ou nas demais projeções superiores e possuem como exemplo a migrânea vestibular, enxaqueca basilar, isquemia vertebrobasilar, acidente vascular de cerebelo ou tronco e neoplasia^{1,14,15}. Para diferenciá-las clinicamente, devem-se esclarecer as características da vertigem, do nistagmo e as alterações do equilíbrio estático e dinâmico^{2,5}. Na vertigem de origem periférica a vertigem é intensa podendo haver zumbido e hipoacusia^{1,12,13}.

Na central, a vertigem é branda e pode vir acompanhada de zumbido, disartria, diplopia, diminuição do nível de consciência, paresias e perda flutuante da audição^{14,15}. A presença de nistagmo é outro fator que contribui para diagnóstico e diferenciação entre vertigem de causa periférica ou central, já que na periférica ele é geralmente horizontal, fatigável e desaparece após fixar o olhar em um ponto, desaparecendo em poucos dias^{9,12,13}. Nesses casos o desequilíbrio é de forte

intensidade, com dificuldade para se levantar ou deambular, acompanhado de náusea e vômitos^{9,12,13}. Na de origem central, o nistagmo pode ser exclusivamente vertical ou rotacional, e sua direção pode ser alterada pela movimentação dos olhos, dura de semanas a meses, tendo desequilíbrio leve a moderado^{1,14,15}.

O diagnóstico da vertigem é clínico, baseado na história, exame físico e exames complementares quando necessário^{1,9,14,15}.

No Brasil, em relação à incidência das síndromes de origem vestibular e não vestibular, observou-se que 53% dos casos corresponderam à vertigem periférica, 12% a vertigem postural fóbica, 10% a vertigem central, 9% de casos indefinidos, 6% a causas clínicas e 5% correspondem a outras causas neurológicas^{13,15}. Dentre as causas de vertigem, a mais comum em adultos, com prevalência de 20 a 30% em clínicas especializadas, seria a Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB). Essa patologia afeta mais as mulheres, sendo a prevalência quase sete vezes maior acima dos 60 anos de idade e com pico de idade entre 70 e 78 anos sendo considerada a causa mais comum de vertigem no idoso. Constatou-se que 30% das pessoas apresentaram a afecção pelo menos uma vez no percurso da sua vida^{14,16}.

O sintoma comum da maioria dessas doenças seria a perda do equilíbrio, o qual faz parte de um conjunto integrado de sistemas, que incluem o visual, neuromuscular, vestibular e proprioceptivo em busca da estabilidade do centro de massa^{5,6}. Apresenta grande importância na qualidade de vida das pessoas, já que a desarmonia entre as informações sensoriais nessas áreas prejudica os afazeres diários, sono, trabalho, estudo e outros^{3,5}.

Visto que a vertigem é um sintoma incapacitante, com repercussão direta na vida do paciente, percebe-se a necessidade de conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no ambulatório de otorrinolaringologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC) visando também melhor direcionar a conduta e o tratamento do paciente, assim como auxiliar o ambulatório de neurologia, para favorecer o prognóstico e interferir positivamente em sua qualidade de vida.

2 JUSTIFICATIVA

A vertigem é uma patologia que acarreta em repercussões negativas na vida do paciente, diversas vezes associada ao diagnóstico tardio, condutas inadequadas, e a não adesão ao tratamento. Conjuntamente, há carência de dados epidemiológicos sobre este tema no Brasil, especialmente na região Norte. Logo, o levantamento do perfil epidemiológico dos pacientes que possuem vertigem no ambulatório de Otorrinolaringologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), busca auxiliar o atendimento do paciente e seu tratamento, a partir dos dados obtidos do trabalho, melhorando o prognóstico da doença e repercutindo positivamente na qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

Esta pesquisa também irá contribuir como referência bibliográfica em futuras linhas de pesquisas acadêmicas sobre a síndrome vertiginosa. Assim sendo, apresenta-se viável tanto em termos financeiros quanto em sua viabilidade cronológica por ter teor simples e prático.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Determinar o perfil epidemiológico dos pacientes com vertigem atendidos no ambulatório de Otorrinolaringologia do Centro Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC).

3.2 Objetivos Específicos

- Determinar os diagnósticos mais prevalentes dos pacientes com síndrome vertiginosa atendidos no ambulatório de Otorrinolaringologia do Centro Especialidades Médica do CESUPA (CEMEC).
- Caracterizar os pacientes em relação aos seus aspectos epidemiológicos baseados em: idade, gênero, raça, estado civil, tratamento prévio, presença de manifestação clínica, comorbidades e seus tratamentos e sintomas associados e diagnósticos etiológicos da síndrome vertiginosa;
- Identificar qual tipo de vertigem (central ou periférica) é mais prevalente na análise de prontuários;

4 MÉTODO

a) Considerações Éticas

Todos os pacientes da presente pesquisa foram pesquisados segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/12) do Conselho Nacional de Saúde após aprovação de anteprojeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - CESUPA, autorização do responsável do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA – CEMEC, e só foi iniciado após a sua aprovação. Foi conjuntamente elaborado um Termo de Consentimento de Uso de Dados (TCUD) assinado pelo responsável técnico, para garantir o uso correto das informações obtidas nos prontuários dos pacientes atendidos no Ambulatório de Otorrinolaringologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA – CEMEC.

b) Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, baseado em prontuários dos pacientes com vertigem atendidos no ambulatório de Otorrinolaringologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período compreendido entre 2015 e 2017.

- Critérios de inclusão:
- Prontuários de pacientes que apresentam sinais e sintomas de síndrome vertiginosa no período de 2015 a 2017.
- Idade mínima de 18 anos

- Critérios de exclusão:
- Prontuários com erros de preenchimento ou com dados incompletos.
- Prontuários de pacientes que apresentam tontura não vertiginosa, como síncope, desequilíbrio, hipoglicemia, e sensações cefálicas variadas.
- Prontuários com a última consulta anteriores a 2015 ou posteriores a 2017.
- Idade inferior a 18 anos completos

c) Método de coleta e processamento dos dados

As informações foram coletadas em 70 prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de Otorrinolaringologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), das seguintes variáveis: idade (18 a 30 anos, 31 a 40 anos, 41 a 50 anos, 51 a 60 anos, Maior de 61 anos); gênero (masculino ou feminino); estado civil (solteiro, casado, divorciado, viúvo, ou união estável); raça/cor (branco, pardo, ou negro); se realizou tratamento medicamentoso prévio ou não e se sim, qual(is): (dimenidrinato, betaistina, flunarizina ou outros); presença de comorbidades ou não, e se presentes, qual(is): (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus Tipo II, Dislipidemia ou outras); se utilizou outros medicamentos ou não e se sim, qual(is): (Anti Hipertensivos, Antidiabéticos Orais, Hipolipemiantes ou outros); se apresentou manifestações clínicas ou não, se sim qual(is): (Náusea, Vômito, *Tinnitus*, Nistagmo, Hipoacusia, Desequilíbrio, Disartria, Diplopia, Diminuição do nível de consciência, Paresias, cefaléia, Plenitude auricular, Palidez, ou Sudorese); tipo de vertigem: central ou periférica; e diagnóstico etiológico de vertigem: periférica: (Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB), Doença de Ménière, Labirintite bacteriana, Neurinoma do acústico (Schwannoma Vestibular), Vertigem medicamentosa, ou Indeterminado); e diagnóstico etiológico de vertigem central: (Migrânea vestibular, Enxaqueca basilar, Isquemia vertebrobasilar, Acidente vascular de cerebelo ou tronco, Neoplasia, ou Indeterminado). Os dados obtidos foram organizados e tabulados utilizando-se o programa Microsoft Excel 2016[®].

d) Análise estatística

Houve análise descritiva das variáveis quantitativas e qualitativas encontradas por meio do protocolo de pesquisa, aplicando-se o teste t de Student, para determinar significância estatística, por meio do programa Bioestat 2.0[®]. O valor de p foi considerado significativo quando menor que 0,05.

5 RESULTADOS

De acordo com a tabela 1 no total avaliado, o sexo feminino foi o mais prevalente 91,4% (n=64) dos indivíduos. Quanto à faixa etária, 10% dos indivíduos pesquisados possuem entre 18 e 30 anos (n=7); entre 31 e 40 anos 8,6% (n=6); entre 41 e 50 anos 6 indivíduos (8,6%); 51 a 60 anos 31,4% (n=22); e entre 61 e 70 anos a maior prevalência com 41,4% (n=29). Em relação ao estado civil, 37,1% dos indivíduos eram solteiros (n=26), casados 48,6% (n=34), divorciados 5,7% (n=4) e viúvo 8,6% (n=6). Quanto a etnia, 8,6% dos indivíduos eram brancos (n=6), negro com 2,8% (n=2) e pardo com 88,6% (n=62). Ao comparar o fator avaliado quanto ao sexo, idade, estado civil e etnia foi observado diferença altamente significativa (p valor <0,0001) entre as variáveis de todas as categorias.

Tabela 1 - Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no ambulatório de otorrinolaringologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC) no período de 2015-2017.

Fator avaliado	N	%	p valor*
Sexo			<0,0001
Masculino	6	8,6	
Feminino	64	91,4	
Idade (anos)			<0,0001
18-30	7	10,0	
31-40	6	8,6	
41-50	6	8,6	
51-60	22	31,4	
61-70	29	41,4	
Estado civil			<0,0001
Solteiro (a)	26	37,1	
Casado (a)	34	48,6	
Divorciado (a)	4	5,7	
Viúvo (a)	6	8,6	
Etnia			<0,0001
Branca	6	8,6	
Negra	2	2,8	
Parda	62	88,6	

* Teste qui-quadrado.

Fonte: Autor (2019).

Quanto à comorbidades (tabela 2), 37 (52,9%) indivíduos não apresentavam comorbidades e dos 33 (47,1%) que apresentavam 46,1% tinham Hipertensão arterial sistêmica (n=24), 13,5% apresentavam Diabetes mellitus tipo II (n=7) e 40,4% apresentaram Dislipidemia (n=21). Em relação ao tratamento

medicamentoso, a minoria, 48,6% não realizava (n=34). Dos 36 (51,4%) indivíduos que utilizaram medicamentos como terapêutica em determinado momento da vida, 7% utilizaram dimenidrato (n=3), 44,2% dos indivíduos usavam betaistina (n=19), 41,8% flunarizina (n=18) e 7% outros tratamentos (n=3). Em relação ao tratamento medicamentoso para outras doenças, somente 40% não realizavam (n=34). Dos indivíduos que realizaram tratamento medicamentoso para outras doenças, 38,1% utilizavam anti-hipertensivo (n=24), 11,1% Anti-diabéticos orais (n=7), 38,1% hipolipemiantes (n=24) e 12,7% utilizavam outros (n=8). Não houve diferença significativa entre os fatores avaliados (p valor > 0,05).

Tabela 2 – Perfil clínico dos pacientes atendidos no ambulatório de otorrinolaringologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC) no período de 2015-2017.

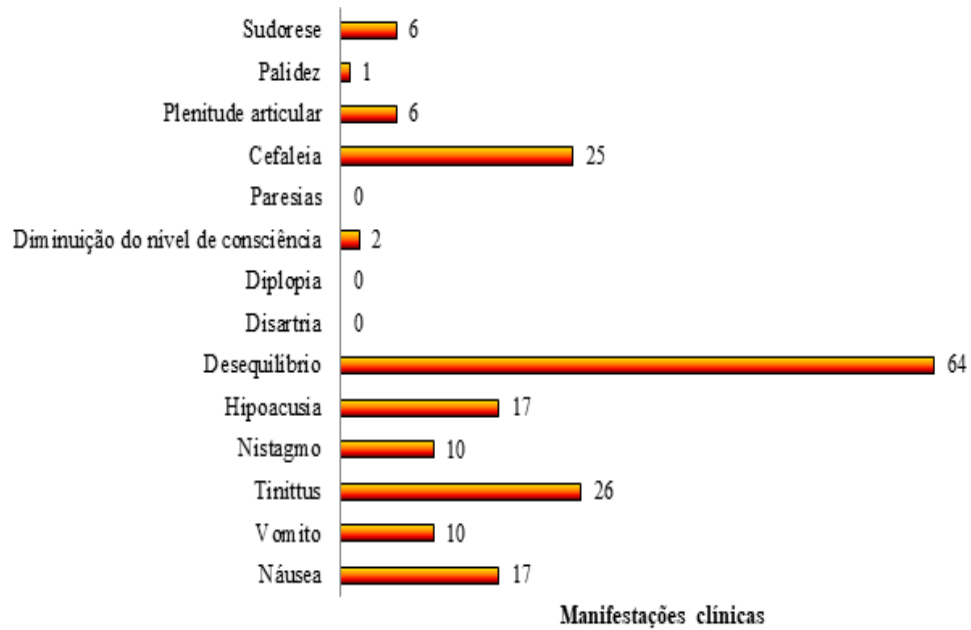
Fator avaliado	N	%	p valor*
Comorbidades			0,7199
Não	37	52,9	
Sim	33	47,1	
Hipertensão arterial sistêmica	24	46,1	
Diabetes tipo II	7	13,5	
Dislipidemia	21	40,4	
Tratamento medicamentoso – Vertigem			0,9049
Não	34	48,6	
Sim	36	51,4	
Dimenidrato	3	7,0	
Betaistina	19	44,2	
Flunarizina	18	41,8*	
Outros	3	7,0	
Tratamento medicamentoso – outras doenças			0,1202
Não	28	40,0	
Sim	42	60,0	
Anti-hipertensivo	24	38,1	
Ant diabéticos orais	7	11,1	
Hipolipemiantes	24	38,1	
Outros	8	12,7	

* Teste qui-quadrado.

** arredondamento feito.

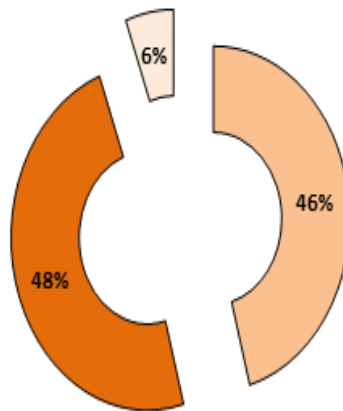
Ao avaliar as manifestações clínicas (gráfico 1), as mais prevalentes foram desequilíbrio (64), tinnitus (26) e cefaléia (25). Não foram observados casos de parestesia, diplopia e disartria. Em relação ao número de manifestações clínicas, 46% relataram uma a duas manifestações, 48% relataram três a quatro e 6% relataram de cinco a seis.

Gráfico 1 - Caracterização quanto à manifestação clínica e sintomas associados dos pacientes atendidos no ambulatório de otorrinolaringologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC) no período de 2015-2017.



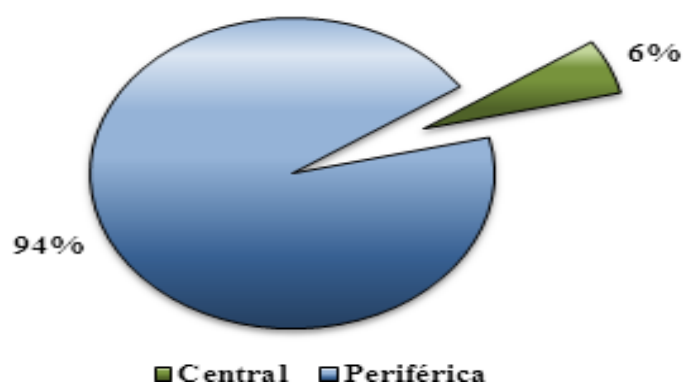
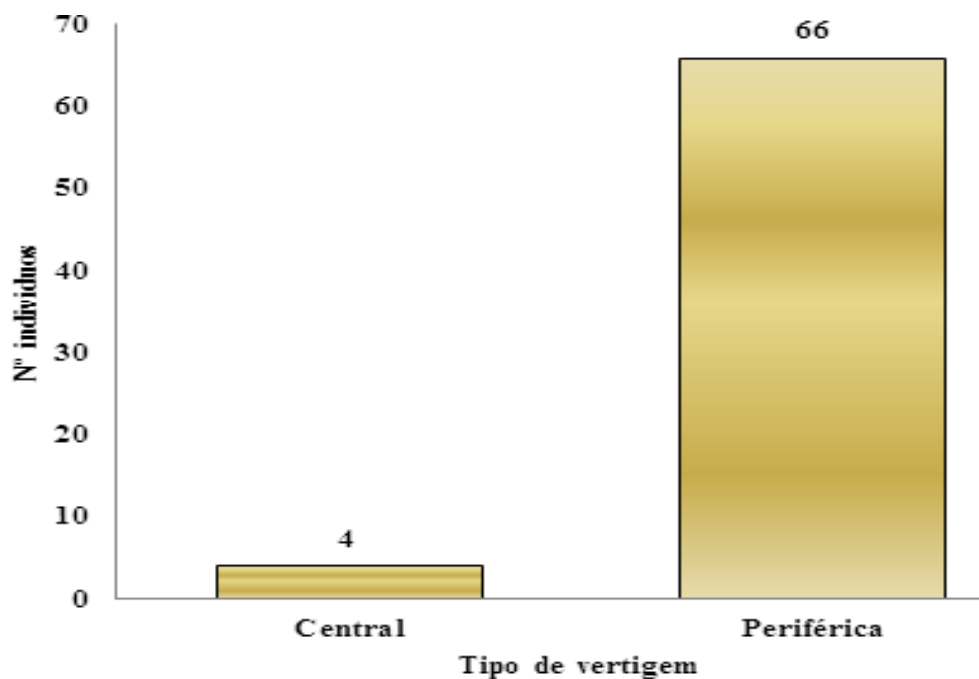
Manifestação clínica associada

Uma a duas
 Três a quatro
 Cinco a seis



Fonte: Autor (2019).

Gráfico 2 – Prevalência quanto ao tipo de vertigem dos pacientes atendidos no ambulatório de otorrinolaringologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC) no período de 2015-2017.



Fonte: Autor (2019).

Quanto ao tipo de vertigem (gráfico 2), 94% apresentaram vertigem de origem periférica (n=66) e 6% de diagnóstico etiológico central (n=4).

Na tabela 3, dos 4 indivíduos com vertigem central, 50% representou migrânea vestibular (n=2), 25% acidente vascular de cérebro ou tronco (n=1) e 25% indeterminado (n=1). Em relação ao diagnóstico de vertigem periférica, 45,4% dos

indivíduos apresentaram vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) (n=30), 6,1% dos indivíduos apresentaram doença de Ménière (n=4), 6,1% labirintite bacteriana (n=4) e 42,4% indeterminado (n=28).

Tabela 3 – Prevalência quanto aos diagnósticos etiológicos de acordo com o tipo de vertigem dos pacientes atendidos no ambulatório de otorrinolaringologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC) no período de 2015-2017.

Fator avaliado	n	%
Diagnóstico etiológico de vertigem central		
Migrânea vestibular	2	50,0
Enxaqueca com aura de tronco cerebral	0	0,0
Isquemia vertebrobasilar	0	0,0
Acidente vascular de cérebro ou tronco	1	25,0
Neoplasia	0	0,0
Indeterminado	1	25,0
Diagnóstico etiológico de vertigem periférica		
Vertigem posicional paroxística benigna (VPPB)	30	45,4
Doença de Ménière	4	6,1
Labirintite bacteriana	4	6,1
Neurinoma do acústico	0	0,0
Vertigem medicamentosa	0	0,0
Indeterminado	28	42,4

Fonte: Autor (2019).

6 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste trabalho (tabela 1), referentes à prevalência de gênero feminino e à vertigem na faixa etária idosa, foram condizentes com o estudo de Ferreira e colaboradores, publicado em 2015, que avaliou 115 indivíduos idosos em 12 Instituições de longa permanência para idosos na cidade de Natal – Brasil, onde foram constatados 13 indivíduos vestibulopatas, com prevalência de 61,5% do sexo feminino e maioria com idade superior a 75 anos¹⁷.

Estudos compatíveis com literatura nacional evidenciaram que há a prevalência geriátrica e do sexo feminino em detrimento do masculino, fato que pode ser explicado pela presença de mais mulheres idosas na população e maior expectativa de vida em relação aos homens^{17,18}.

Outros aspectos importantes que auxiliam a evidenciar o porquê da maior prevalência do sexo feminino frente à síndrome vertiginosa são as alterações hormonais decorrentes do ciclo menstrual, gestação e a menopausa, particulares da mulher, e que podem ocasionar alterações da homeostase dos fluidos labirínticos, por influenciarem de forma importante nas reações enzimáticas e na ação de neurotransmissores¹⁹. O comprometimento das características dos fluidos labirínticos assim como mudanças na sensibilidade de receptores enzimáticos interfere no metabolismo basal da orelha interna, o que poderia justificar sintomas otológicos na mulher, e também estar relacionado à maior prevalência na mulher idosa concomitantemente¹⁹.

Tais alterações dos receptores enzimáticos podem ser imperceptíveis ou com repercussão clínica relatada principalmente como vertigem, instabilidade, zumbidos, plenitude auricular e hipoacusia¹. Estes sintomas foram diversas vezes atribuídos à ação do estrógeno e progesterona sobre a cóclea, o labirinto posterior e vias auditivas centrais com distúrbios da audição e do equilíbrio^{19,20}.

No sexo feminino, qualquer variação dos hormônios sexuais (estrógeno e progesterona), responsáveis pelo ciclo ovariano, pode causar complicações, dentre elas as alterações vestibulares. Essas podem ser a nível periférico ou central; e podem ocorrer durante o ciclo menstrual normal, na gestação, na menopausa e até mesmo na época pré-menstrual²¹.

Quando avaliamos o fator idade neste trabalho, encontramos uma prevalência de 72,8% de indivíduos acima de 50 anos. O trabalho publicado por Scherer e colaboradores em 2012 encontrou dados condizentes com os encontrados por esta pesquisa quando avaliou 56 idosos com queixa de tontura, com média de idade de 71,2 anos, em que 51,8% apresentaram vertigem e 75% relataram alguma queixa auditiva, sendo as principais a hipoacusia e o zumbido²². Observa-se uma relação nítida entre tontura, e o avanço da idade, sendo uma queixa muito frequente no paciente idoso e constitui o segundo maior índice de sintomas relatados quando avalia a população até os 65 anos, só não atingindo números mais importantes do que a cefaleia²².

Postula-se que após os 65 anos, a vertigem se torne o sintoma mais presente da população geriátrica, podendo chegar a 85%²². O Estudo de Neuhauser em 2010 mostrou que a proporção da vertigem aumenta com a idade: 14% na faixa etária dos 18 aos 39 anos, 28% na faixa etária de 40 a 59 anos e 37% na faixa etária de 60 anos ou mais, dados também compatíveis com a presente pesquisa²³.

O avanço da idade implica em diversas alterações fisiológicas, acarretando em menor resposta do sistema nervoso central para processar os sinais de origem vestibular, visual e da propriocepção. A associação de diversos fatores sugere que a tontura do idoso pode ser de etiologia multifatorial semelhante a outras síndromes típicas da geriatria, como a queda, o delírium e a incontinência urinária^{17,18,22}.

Fatores que corroboram para o aumento deste sintoma nessa população são as alterações metabólicas, psíquicas, disautonômicas, ortopédicas, visuais e de propriocepção. O consumo de múltiplos medicamentos, além do sedentarismo, tabagismo e etilismo podem interferir diretamente e/ou indiretamente em diversos componentes do sistema vestibular, como a homeostasia da orelha interna, da endolinfa, dos otólitos, dos neurotransmissores, e da vascularização do aparelho vestibular em toda a sua extensão. Apesar deste trabalho não os ter quantificado no protocolo de pesquisa, são dignos de nota para elucidação da relação entre idade e vertigem e suas repercussões na população idosa^{18,24}.

Na literatura há evidências de que as doenças cardiovasculares e metabólicas são as mais associadas à vestibulopatia. Em relação às doenças

presentes na população pesquisada, a pesquisa limitou-se a três principais comorbidades associadas à tontura e vertigem: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Dislipidemia e Diabetes mellitus (DM). No presente estudo, HAS foi tida como a doença associada mais frequente no grupo, seguida por Dislipidemia e depois pelo DM (tabela 2). Resultado compatível com o artigo de Ferreira e colaboradores, o qual realizou um estudo transversal em 12 Instituições de longa permanência para idosos de Natal-Brasil, onde foi encontrado a maior prevalência de Hipertensão arterial sistêmica entre os vestibulopatas pesquisados¹⁷.

Também é notável a relação de diversas complicações das comorbidades supracitadas com implicações diretas no equilíbrio estático e dinâmico do paciente, como o acidente vascular encefálico com sequelas sensitivas e motoras e a neuropatia diabética, que podem alterar significativamente a propriocepção e acarretar desequilíbrio, instabilidade e quedas, podendo tornar uma síndrome vertiginosa com maior exuberância clínica, ou até mesmo um possível diagnóstico diferencial da queixa outrora relatada como tontura^{11,25}.

Apesar de não haver sido relatada no presente estudo, a doença de Parkinson, é importante causa de instabilidade postural e bradicinesia no idoso, que somadas às possíveis alterações vestibulares associadas, pode interferir também na sintomatologia e no prognóstico da síndrome vertiginosa, mostrando que é válida a investigação dos diagnósticos prévios para elucidação de toda e qualquer interpretação acerca da tontura²⁶.

Infelizmente, não foram encontrados dados na literatura que permitam afirmar com clareza que essas comorbidades constituem reais fatores de risco para vestibulopatias. No entanto, não se pode descartar que os altos números de comorbidades associadas funcionem como possíveis predisponentes e fatores de pior prognóstico para a síndrome vertiginosa, o que por si só já justifica a busca de se realizar uma correta terapêutica e acompanhamento de toda e qualquer patologia associada que o indivíduo possa apresentar⁶.

Quando avaliamos o fator tratamento medicamentoso para vertigem, foi constatado que a maioria dos pacientes realizou tratamento, fato que de certa forma é esperado, já que os sintomas vertiginosos podem ser graves, interferem nas atividades diárias e repercutem negativamente na qualidade de vida dos pacientes. Isso faz com que haja procura por atendimento médico. Os resultados observados

na Tabela 2 revelaram que a Betaistina lidera a lista das drogas, seguida por Flunarizina e depois Dimenidrato.

Esses fármacos tratam os sintomas e representam supressores vestibulares, indicados para uso durante fases agudas e manutenção. As moléculas dessas medicações agem nos sistemas dopaminérgico ou histaminérgico e algumas não devem ser usadas por longos períodos. A flunarizina, por exemplo, tem relação direta com a síndrome extrapiramidal por drogas, que apesar de reversível após a sua retirada, pode ocasionar estresse e até mesmo piorar sintomas vertiginosos já resolutos³. Fármacos utilizados pela nossa população pesquisada foram compatíveis com os do trabalho de Macedo 2010, em que, além do tratamento medicamentoso, também foi evidenciado a importância de tratamentos adjuvantes como manobras de reposição e reabilitação vestibular como possível tratamento definitivo¹.

No trabalho de Rossi e colaboradores publicado em 2008, foi demonstrada a importância da reabilitação vestibular na síndrome vertiginosa periférica, encontrando o seguinte resultado: 83% dos pacientes obtiveram benefício com a reabilitação vestibular, sendo a melhora mais evidente nos pacientes que tinham alteração otoneurológica periférica. Houve a constatação de que a reabilitação vestibular trouxe melhora significativa dos sintomas, melhorando a estabilidade postural estática, dinâmica e o equilíbrio corporal²⁷.

A proposta do exercício é baseada nos mecanismos que estimulam a plasticidade do sistema nervoso central, com a melhor interação vestibulo-visual durante a movimentação cefálica. Isso diminui as informações conflitantes do sistema nervoso e a sensibilidade do indivíduo as crises vertiginosas. É evidente que resultados favoráveis dependem de um conjunto de fatores como tratamento etiológico, exercícios personalizados, mudança nos hábitos alimentares e no estilo de vida e farmacoterapia. Não foi avaliado no presente estudo esta opção terapêutica, isso porque este tipo de prática é realizada por fonoaudiólogos e fisioterapeutas, sendo escasso no SUS^{1,3}.

Outra importante relação foi abordada no trabalho de Bellé e colaboradores, publicado em 2007, onde foi comprovado o alcoolismo e seus efeitos deletérios no aparelho vestibulo-coclear. No trabalho, 37 indivíduos fizeram parte da amostra experimental, todos frequentadores do grupo de Alcoólicos Anônimos da cidade de

Santa Maria-RS e 37 indivíduos não alcoólicos, com a mesma idade e sexo, de cada indivíduo do estudo, a fim de formar o grupo controle. O estudo mostrou que a maioria dos indivíduos que consumiam álcool cronicamente apresentavam alterações cocleares e vestibulares, com sintomas auditivos como tinnitus e vertiginosos como: instabilidade, tontura, náusea, vômitos e desequilíbrio; comprovando a ototoxicidade dessa substância a longo prazo²⁸.

O tema é de grande relevância, e abre outras opções para discussão, análise, crítica e é válido ressaltar sua importância como provável fator de risco e/ou de pior prognóstico, mesmo que não faça parte diretamente do projeto de pesquisa elaborado para esse estudo em questão.

A vertigem é um sintoma de difícil caracterização com repercussões importantes na qualidade de vida cujo diagnóstico é iminente clínico. Tem sua classificação realizada através das queixas do paciente, sendo possível expandir a investigação com a realização do exame físico direcionado, exames de imagem, audiometria e outros¹¹.

Conforme o gráfico 1 as principais queixas em ordem decrescente foram desequilíbrio, tinnitus e cefaléia, náusea/hipoacusia e nistagmo; dados compatíveis com os estudos de Ferreira e colaboradores assim como o estudo de Rossi e colaboradores. Neles as manifestações otoneurológicas mais frequentes também são semelhantes como: vertigem e/ou tontura, zumbido, hipoacusia e plenitude auricular. Esses sintomas são mais presentes na vertigem de origem periférica, que de acordo com o gráfico 2 é a mais prevalente entre os pacientes. Por isso é fundamental o entendimento aparelho vestibular, dividido em periférico (nervo e aparelho vestibular) e central (centros corticais, núcleos e vias)²⁷.

A anamnese e exame físico direcionado permitem diferenciar a vertigem de origem periférica e central. A de causa periférica pode apresentar hipoacusia, zumbido, tontura intensa, prostração, palidez e sudorese. Outro importante dado do exame físico é o nistagmo, que nessa patologia é horizontal, esgotável, desaparece ao fixar o olhar e é rotatório. O nistagmo pode surgir espontaneamente ou ser desencadeado por movimentos da cabeça, como na manobra de Dix-Hallpike, que consiste na movimentação da cabeça do paciente com o objetivo de deslocamento da endolinfa e da cúpula do canal semicircular posterior²⁹.

Neste trabalho a vertigem de origem central apresentou menor prevalência

em relação à de origem periférica (gráfico 2). No entanto é importante entender a síndrome pela sua importância e complexidade. Ela se caracteriza pela vertigem branda e latente e não apresenta *tinnitus* ou hipoacusia. Pode estar associada a diplopia, disartria, ataxia, alterações de pares cranianos, sensitivas e motoras. Essa patologia advém de uma lesão que se encontra nas projeções superiores ou no núcleo vestibular. Apresenta nistagmo inesgotável, vertical ou torsional, sua direção pode mudar de acordo com a movimentação dos olhos e não é inibido pela fixação do olhar, podendo durar de dias a meses^{1,11}.

No exame neurológico deve-se procurar sinais focais e alterações da marcha. Como exame físico direcionado deve-se avaliar o equilíbrio estático e dinâmico. No equilíbrio dinâmico o paciente é incapaz de deambular, no estático, o Romberg é positivo com direção variável de queda^{3,11}.

Em relação ao diagnóstico etiológico de vertigem central (tabela 3), foram encontradas apenas três possibilidades, sendo uma delas indeterminada. Apesar de um número pouco expressivo, a Migrânea vestibular (MV) apresentou maior prevalência entre as causas centrais. Fato compatível com o trabalho de Procópio e colaboradores, onde a MV está no topo da tabela, seguido por isquemia do tronco encefálico e infarto cerebelar. Essa patologia tem como característica a cefaleia migranosa e crises vertiginosas, com manifestações otoneurológicas e auditivas em associação com sintomas vestibulares¹¹.

Efeitos da vasoconstrição transitória que correm durante a crise de migrânea sobre o sistema vestibular e auditivo são responsáveis pelas manifestações clínicas anteriormente citadas. De acordo com o trabalho de Salmito e colaboradores, sua definição ainda não é uniforme entre os autores³⁰.

Neste estudo foi observado que em relação ao diagnóstico etiológico da vertigem periférica (tabela 3), os mais prevalentes foram, a vertigem posicional paroxística benigna (VPPB), a indeterminada, a doença de Ménière e a labirintite bacteriana. Os dados expostos na tabela 3 estão de acordo com o estudo de Resende, que revelou maior prevalência da vertigem periférica em relação a central, sendo a vertigem postural paroxística benigna (VPPB) a causa mais comum, principalmente em idosos, em que aos 70 anos, 30% já apresentou pelo menos um episódio desta doença³¹.

A VPPB Caracteriza-se por vertigem rotatória intensa, de curta duração, em

torno de poucos segundos com resolução espontânea, frequentemente relacionada à movimentos súbitos da cabeça, como a extensão e/ou a rotação, ou ao se adotar decúbito para um lado ou ambos os lados, ao levantar-se da cama ou ao olhar para cima³².

A patogênese consiste nas duas principais hipóteses: a ductolitíase/canalitíase (acúmulo de porções de otólitos degenerados advindos do utrículo na corrente endolinfática de um dos ductos semicirculares) e cupulolitíase (acúmulo de frações de otólitos provenientes do utrículo sobre a cúpula da crista ampular de um dos ductos semicirculares). Vale ressaltar que a sensação de vertigem ocorre em função de que a presença dos otólitos em qualquer canal pode ocasionar hiperestimulação, acarretando em um desequilíbrio no canal ipsilateral e causar a vertigem^{12, 32}.

O diagnóstico é clínico e confirmado pela manobra de Dix-Hallpike. As principais causas são a idiopática, traumas cranioencefálicos e/ou aqueles que são associadas a rápida movimentação cervical, alterações hormonais, alterações decorrentes do envelhecimento e, menos comumente, alterações inflamatórias neurais ou até mesmo Doença de Ménière associada³².

A VPPB, juntamente com o schwannoma vestibular e a doença de Ménière, irão constituir em torno de 90% dos casos de vertigem. Neste trabalho foi observada esta relação etiológica com a exceção do schwannoma vestibular, que não foram evidenciados casos na amostra analisada, fato possivelmente relacionado ao N reduzido, assim como casos ainda em processo de investigação diagnóstica¹⁶.

No que tange as causas indeterminadas, alguns aspectos podem ser levantados, como a não adesão às consultas posteriores por óbito, busca por outro serviço especializado ou melhora espontânea, além de dúvidas referentes ao quadro clínico como por exemplo sintomas atípicos ou que sobrepõem a outros diagnósticos prévios do paciente, a não realização de exames solicitados por motivos de negligência e/ou dificuldade logística, disponibilidade e transporte, ou casos que mesmo após investigação ativa não foi possível elucidar a etiologia, apenas definindo-se o quadro como síndrome vertiginosa. Há possibilidade de se tratar de uma doença de Ménière em fase inicial, apenas manifestando com hipoacusia somente e/ou *tinittus*, sem outros aspectos relevantes, por exemplo.

Também se faz relevante trazer à memória, diagnósticos não pautados neste trabalho, que cursam com vertigem e particularidades importantes e que poderiam explicar alguns casos indeterminados, como a cinetose, que apresenta importante relação com o movimento, em que o sistema labiríntico sofre acelerações lineares e angulares. O descompasso entre os estímulos envolvidos no equilíbrio (sistema vestibular, visão e propriocepção) é o fator desencadeador dos sintomas. Outra causa menos comum como a fístula labiríntica também poderia estar entre as possíveis causas³².

A doença de Ménière foi a terceira maior causa de síndrome vertiginosa periférica no presente estudo, estando de acordo com diversos estudos previamente citados e nota-se que é uma etiologia prevalente nos serviços de otorrinolaringologia. É válido realizar a diferenciação da síndrome de Ménière, que se atribui a uma determinada patologia de causa definida como a sífilis otológica, a hidropsia endolinfática tardia, a doença de Cogan e vestibulopatias recorrentes, estas que ocasionam hidropsia endolinfática. A fisiopatologia da doença de Ménière tem etiologia desconhecida^{32,33}.

A hidropsia consiste no aumento do volume da endolinfa, acarretando dilatação do sistema endolinfático. O quadro clínico clássico compreende vertigem de minutos a horas, atrelada a déficit auditivo sensorineural flutuante, porém progressivo, sintomas como tinnitus, plenitude auricular, desconforto para sons intensos, e sintomas neurovegetativos são comumente relatados pelo paciente. A audiometria tonal limiar apresenta-se como importante exame para auxílio diagnóstico, nas fases iniciais da doença, é notado a perda sensorineural nas frequências mais graves e, em determinados casos, também para as frequências agudas, configurando o padrão conhecido como curva em "U" invertido^{32, 34}.

No avanço da doença de Ménière, a perda auditiva acomete todas as frequências e o audiograma tende a apresentar-se como uma curva mais plana. Apesar de suas possíveis repercussões na funcionalidade do paciente, felizmente, um pequeno número dos portadores desta doença torna-se severamente incapacitado. O diagnóstico também pode ser firmado pela Eletrococleografia, exame que permite a observação de um aumento na latência dos potenciais de somação e de ação do nervo coclear, e de um aumento na relação entre ambos, com relação direta no aumento da pressão endolinfática^{32, 34}.

A Labirintite bacteriana apresentou-se também como terceira principal causa de vertigem periférica neste estudo, apesar de que se comparando com a literatura não foi apontada como uma das causas principais, no contexto das causas periféricas de vertigem.

O estudo de Bertol alerta sobre o incorreto pensamento leigo de associar sintomas vertiginosos com a labirintite e até mesmo dentro do âmbito médico, o que pode acarretar em diagnósticos errôneos, havendo a possibilidade de explicar em partes o motivo desta discordância frente os dados obtidos na literatura, tornando imprescindível conhecer sua patogênese assim como as reais causas mais comuns de uma provável síndrome vertiginosa relatada pelo paciente³.

De fato, esta patologia decorre de infecções na orelha média, disseminação por via hematogênica ou através das meninges, traumas de origem mecânica ou barotrauma. Os sintomas consistem em vertigem rotatória para o lado acometido, desvios segmentares e nistagmo contralateral³⁵⁻³⁷.

A otite média aguda é uma causa que ocasiona uma inflamação do revestimento mucoperiosteal da cavidade da orelha média, oriunda de um agente patológico, desencadeando alterações funcionais e anatômicas, corroborando para o surgimento de otalgia, plenitude auricular, hipoacusia e vertigem. Além dos sinais e sintomas audiológicos, podem ocorrer cefaleias temporais, assim como febre, prostração e comprometimento do estado geral³⁷⁻³⁹.

A partir dos dados coletados e resultados obtidos neste trabalho, conclui-se que a síndrome vertiginosa é predominante no sexo feminino e na população idosa. No entanto pode-se afirmar que existem outras relações e análises possíveis que poderão ser discutidas em outros estudos sobre o tema, como por exemplo: a relação da vertigem com sintomas depressivos e transtornos psiquiátricos. A abordagem dessa patologia deve ser cuidadosa, pelos diversos tipos de sinais, sintomas, achados do exame físico e de imagem, quando necessário, pois, como evidenciado no presente projeto, pode não haver a elucidação diagnóstica definitiva mesmo após uma investigação minuciosa. A importância disto recai no fato de que a vertigem é muito prevalente na atenção primária e em serviços de Otorrinolaringologia. Com isso, o conhecimento dessa patologia auxilia na elaboração diagnóstica e na terapêutica, evitando-se assim condutas inadequadas e melhorando prognóstico dos pacientes e sua qualidade de vida.

Em suma, este trabalho contribuiu para melhor análise sobre a vertigem e suas peculiaridades, as repercussões na vida do paciente, seus fatores associados, a terapêutica abordada, principais etiologias e também como acervo bibliográfico e incentivo para novos estudos sobre este tema importante e muito presente na prática clínica, com dados ainda escassos, principalmente na região norte do Brasil.

7 CONCLUSÃO

Foi observado grande prevalência do sexo feminino em relação ao masculino, apresentando 91,4% da amostra, com faixa etária predominante entre 51 e 71 anos de idade.

O estado civil mais observado foi casado(a) com 48,6% e a raça parda apresentou prevalência significativa, com 88,6% da amostra.

Ao observar-se o tratamento específico para vertigem, foi evidenciado que 51,4% necessitou desta terapêutica, as drogas preconizadas foram a betaistina e a flunarizina, em números muito próximos.

Os principais sintomas relatados pelos pacientes foram desequilíbrio, *tinnitus*, cefaléia e hipoacusia.

No que tange a topografia da síndrome vertiginosa notou-se que a periférica é a mais prevalente na amostra pesquisada.

Em relação a etiologia da vertigem periférica, a mais prevalente foi a vertigem postural paroxística benigna (VPPB), com 45,2% do total, e os casos indeterminados 42,4% . A vertigem central apresentou número de casos reduzidos em relação a periférica, em que a migrânea vestibular foi mais a evidenciada, com 2 casos, o que possivelmente relaciona-se ao N reduzido do presente estudo.

REFERÊNCIAS

1. Macedo A. Abordagem do síndrome vertiginoso. *Acta Med Port.* 2010; 23(1):095-100.
2. Ganança MM. O Que se Deve Perguntar ao Paciente Vertiginoso. In: Ganança, FF. (coord.). *Um Giro pela Vertigem.* São Paulo, Programa de Educação Continuada Janssen-Cilag; 1999.
3. Bertol E, Rodriguez CA. Da tontura à vertigem: uma proposta para o manejo do paciente vertiginoso na atenção primária. *Rev. APS.* 2008; 11(1): 62-73.
4. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências.*In: Joel Lavinsky, Michelle Lavinsky-Wolff, Luiz Lavinsky, Diogo Luiz Scalco. *Vertigens e Tonturas* pag 767 4 ed.artmed Porto Alegre 2013.
5. Fernandes JG. *Vertigens e tonturas.* In: Duncan BB.. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.* 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.1174-80. 2.
6. Caovilla HH, Ganança MM, Munhoz MSL, Silva MLG. *Equilibrimetria Clínica.* São Paulo: Atheneu; 2000.
7. Ricci NA, Gazzola JM, Coimbra IB. *Sistemas sensoriais no equilíbrio corporal de idosos.* *Arq Bras Ciên Saúde,* Santo André. 2009; 34(2): 94-100.
8. Rocha EA. *Neurally Mediated Syndromes.* *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2006; 87(3): e 32-e41.
9. Fortini I. *Urgências Neurológicas: Síndromes Vertiginosas Agudas.* In: Nitrini R, Bacheschi LA. *A neurologia que todo médico deve saber.* 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003. p.376-8.
10. Furman JM. *Pathophysiology, etiology, and differential diagnosis of vertigo.* Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-etiology-and-differential-diagnosis-of-vertigo>. Cited 2011 Jan 10.
11. Procopio D, Seixas D, Botelho F, Silva G, Bianchi H, Tomaz K et al. *Vertigem central e vertigem periférica.* *Rev Med Minas Gerais.* 2011; 21(2 Supl 4): S1-S113.
12. Ganança FF. *Neuroanatomofisiologia do Sistema Vestibular Periférico.* In: Ganança, F.F. (coord.). *Um Giro pela Vertigem.* São Paulo, Programa de Educação Continuada Janssen-Cilag; 1999.
13. Battacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kashlan H, Fife T et al. *Clinical practice guideline: Benign paroxysmal positional vertigo.* *Otolaryngology–Head and Neck Surgery,* 2008; 139: S47-S81.
14. Silva MLG, Munhoz MSL, Ganança MM, Caovilla HH. *Quadros Clínicos Otoneurológicos Mais Comuns.* São Paulo: Atheneu; 2000.

15. Munhoz MSL, Ganância MM, Caovilla HH, Silva MLG. Casos Clínicos Otoneurológicos Típicos e Atípicos. São Paulo: Atheneu; 2001.
16. Kanashiro AMK, Pereira CB, Melo ACP, Scaff M. Diagnosis and treatment of the most frequent vestibular syndromes. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2005; 63(1): 140-44.
17. Ferreira LMBM, Ribeiro KMOBF, Lima KC. Prevalência de vestibulopatia em idosos institucionalizados de Natal - RN – Brasil. *Rev. CEFAC.* 2015 Set-Out; 17(5):1563-1572.
18. Levandowski MA, Bueno VK, Marchiori LLM, Melo JJ. Vertigem no Idoso: relato de caso. *Rev CEFAC, São Paulo.* 2008; 10(4): 588-591.
19. Moreira MD, Costa VSP, Melo JJ, Marchior LLM. Prevalência e associações da vertigem posicional paroxística benigna em idosos. *Rev. CEFAC.* 2014 Set-Out; 16(5):1533-1540.
20. Davis MJ, Ahroom WA. Fluctuations in susceptibility to noise induced temporary threshold shift as influenced by the menstrual cycle. *J Aud Res.* 1982;22:173-87.
21. Silva MLG. Quadros clínicos otoneurológicos mais comuns. São Paulo: Atheneu; 2000. p.260.
22. Scherer S, Lisboa HRK, Pasqualotti A. Tontura em idosos: diagnóstico otoneurológico e interferência na qualidade de vida. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* 2012;17(2):142-50.
23. Neuhauser HK, Radtke A, von Brevern M, Feldmann M, Lezius F, Ziese T, Lempert T. Migrainous vertigo: Prevalence and impact on quality of life. *Neurology.* 2006; 67(6): 1028-33.
24. Campos CAH. Principais quadros clínicos no adulto e no idoso. In: Ganância MM, editores. *Vertigem tem cura?* 1 ed. São Paulo: Lemos; 1998.
25. Nascimento OJM, Pupe CCB, Cavalcanti EBU. Diabetic neuropathy. *Rev Dor. São Paulo,* 2016;17(Suppl 1):S46-51.
26. Souza CFM, Almeida HCP, Sousa JB, Costa PH, Silveira YSS, Bezerra JCL. A Doença de Parkinson e o Processo de Envelhecimento Motor: Uma Revisão de Literatura. *Rev Neurocienc* 2011;19(4):718-723.
27. Rossi TM, Luciano NSC, Oricoli PF, Marchiori LLM, Melo JJ. Paciente com cefaleia e síndrome vestibular periférica: relato de caso. *Rev. CEFAC.* 2009; 11(Supl 1): 92-97
28. Bellé M, Sartori SA, Rossi AG. Alcoolismo: efeitos no aparelho vestibulo-coclear. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2007;73(1):116-22.
29. Marchiori LLM, Melo JJ, Romagnoli CR, Oliveira TB. Manobra de Epley na Vertigem Posicional Paroxística Benigna: Relato de Série de Casos. *Arq. Int.*

Otorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol., São Paulo – Brasil. 2011;15 (2):151-155.

30. Salmito MC, Morganti LOG, Nakao BH, Simões JC, Duarte JÁ, Ganança FF. Vestibular migraine: comparative analysis between diagnostic criteria. Braz J Otorhinolaryngol. 2015;81(5):485-490.

31. Resende CR, Taguchi CK, Almeida JG, Fujita RR. Reabilitação vestibular em pacientes idosos portadores de vertigem posicional paroxística benigna. Rev Bras Otorrinolaringol. 2003; 69, (4): 34-8.

32. Hueb MM, Feliciano CP. Avaliação Diagnóstica Das Síndromes Vertiginosas. Revista do Hospital universitário Pedro Ernesto, UERJ. Brasil. 2012; 11.

33. Ganança MM, Caovilla HH, Ganança CF. Vertigem e sintomas correlacionados avaliação funcional do sistema vestibular In: Ganança MM. (coord.) Vertigem: abordagens diagnósticas e terapêuticas. Fascículo I. 1 ed. São Paulo: Lemos; 2002.

34. Chaves AG, Boari L, Munhoz MSL. Evolução clínica de pacientes com doença de Ménière. Rev Bras Otorrinolaringol 2007;73(3):346-50.

35. Brookler KH. Direction-fixed positional nystagmus; spontaneous nystagmus. Ear Nose Throat J. 1999;78(10):750.

36. Diamante VG. Otorrinolaringología y afecciones conexas. 2ª ed. Buenos Aires: Promedicina; 1997.

37. Pastor JB, Fernández NP. El sistema vestibular y sus alteraciones. Barcelona: Masson SA; 1998.

38. Pereira MBR, Ramos BD. Otite média aguda e secretora. Jornal de Pediatria. 1998; 74: Supl. 1.

39. Diccionario Mosby, Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Madrid: Ediciones Harcourt SA; 2000.

APÊNDICE**APÊNDICE A- PROTOCOLO DE PESQUISA**

1. IDENTIFICAÇÃO

2.

Paciente Nº: _____

3. Idade: 18 a 30 anos 31 a 40 anos 41 a 50 anos 51 a 60 anos
Maior de 61 anos.4. Gênero: M F5. Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo União estável6. Raça/Cor: branco Pardo Negro7. Tratamento medicamentoso para a vertigem: Não Sim, qual(s):
 Dimenidrinato Betaistina Flunarizina Outros.8. Presença de comorbidades: Não Sim, qual (is): Hipertensão
arterial sistêmica Diabetes *mellitus* tipo II Dislipidemia.9. Outros medicamentos em uso: Não Sim, qual (is): Anti-hipertensivo
 Antidiabéticos orais Hipolipemiantes Outros10. Manifestações Clínicas: Náusea Vômito *Tinnitus* Nistagmo
 Hipoacusia Desequilíbrio Disartria Diplopia Diminuição do nível
de consciência Paresias cefaleia Plenitude auricular Palidez
 Sudorese11. Tipo de vertigem: Central Periférica12. Diagnóstico etiológico de vertigem periférica: Vertigem Posicional
Paroxística Benigna (VPPB) Doença de Ménière Labirintite
bacteriana Neurinoma do acústico Vertigem medicamentoso
Indeterminado 13. Diagnóstico etiológico de vertigem central: Migrânea vestibular
 Enxaqueca, com aura de tronco cerebral Isquemia vertebrobasilar
Acidente vascular de cerebelo ou tronco Neoplasia Indeterminado.

APÊNDICE B – ACEITE DO ORIENTADOR

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ
ÁREA DE CIÊNCIAS AMBIENTAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

DECLARAÇÃO

Eu, Leonardo Mendes Acatauassú Nunes, aceito orientar o trabalho intitulado "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM SÍNDROME VERTIGINOSA ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA (CEMEC) NO PERÍODO DE 2015-2017", de autoria dos alunos Iago Henriques Leite Rocha e Erik Matheus de Oliveira Santos, declarando ter total conhecimento das normas de realização de Trabalhos Científicos vigentes, segundo a ABNT e o Manual de Metodologia Científica, que será adotado pelo Curso de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), estando inclusive ciente do conteúdo do anteprojeto ora entregue para o qual dou meu aceite.

Belém – Pará 21 / 06 / 18



Prof. Leonardo Mendes Acatauassú Nunes

Médico Otorrinolaringologista

Professor Titular do Curso de Medicina – CESUPA

APÊNDICE C – ACEITE DO COORIENTADOR

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ
ÁREA DE CIÊNCIAS AMBIENTAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

DECLARAÇÃO

Eu, Nelson Elias Abrahão da Penha, aceito coorientar o trabalho intitulado "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM SÍNDROME VERTIGINOSA ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA (CEMEC) NO PERÍODO DE 2015-2017", de autoria dos alunos Iago Henriques Leite Rocha e Erik Matheus de Oliveira Santos, declarando ter total conhecimento das normas de realização de Trabalhos Científicos vigentes, segundo a ABNT e o Manual de Metodologia Científica, que será adotado pelo Curso de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), estando inclusive ciente do conteúdo do anteprojeto ora entregue para o qual dou meu aceite.

Belém – Pará 21 / 06 / 18



Prof. Dr. Nelson Elias Abrahão da Penha
Professor Titular do Curso de Medicina – CESUPA

APÊNDICE D - CARTA DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
ÁREA DE CIÊNCIAS AMBIENTAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

DECLARAÇÃO

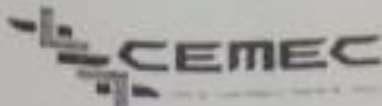
Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), para o desenvolvimento de atividades referentes ao Projeto de Pesquisa, intitulado: "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM SÍNDROME VERTIGINOSA ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA (CEMEC) NO PERÍODO DE 2015-2017", de autoria dos alunos Iago Henrique Leite Rocha e Erik Matheus de Oliveira Santos, sob orientações do Médico/ Professor Leonardo Mendes Acatuassú Nunes e Professor Dr. Nelson Elias Abrahão da Penha do curso de Medicina, do Centro Universitário do Pará, pelo período de execução previsto no referido Projeto.

Belém, 11 de Setembro de 2018.

CARIMBO e assinatura do responsável pelo setor

Carla Aparecida de Souza
COORDENADORA DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CESUPA

APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu, Iago Henriques Leite Rocha, Erik Matheus de Oliveira Santos; alunos(as) do curso de Medicina do CESUPA, solicito autorização para acessar os prontuários de pacientes do CEMEC (Centro de Especialidades Médicas do CESUPA) a fim de realizar coleta de dados para a pesquisa "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM SÍNDROME VERTIGINOSA ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA (CEMEC) NO PERÍODO DE 2015-2017", cujo orientador(a) é o(a) Professor(A) Dr Leonardo Mendes Acatauassú Nunes.

Declaramos que será mantido total sigilo das informações coletadas no prontuário, de acordo com a recomendação da Resolução 466/12 do CNS.

Iago Henriques Leite Rocha

Aluno(a)
Erik Matheus D. Santos

Aluno(a)
Leonardo Mendes Acatauassú Nunes

Orientador(a)
Leonardo Mendes Acatauassú Nunes

Co-orientador(a)

Declaro ter ciência da pesquisa e autorizo o acesso dos alunos(as) acima citados(as) aos prontuários solicitados.

Belém, 13 de Setembro de 2018

Erica Gomes do N. Cavalcante

Dra. Erica Gomes do Nascimento Cavalcante

CRM-PA 8966

Responsável Técnico do CEMEC

Dr. Leonardo Mendes Acatauassú Nunes
Otorrinolaringologista
CRM-PA 254

Dr. Erica Gomes do Nascimento Cavalcante
Otorrinolaringologista
CRM-PA 8966

ANEXO A
PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA (CEP/CESUPA)

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
PARÁ - CESUPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM SÍNDROME VERTIGINOSA ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA (CEMEC) NO PERÍODO DE 2015-2017.

Pesquisador: Leonardo Acatauassó

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 96396318.0.0000.5169

Instituição Proponente: Centro Universitário do Pará - CESUPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.917.312

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de TC cujo tema é "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM SÍNDROME VERTIGINOSA ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA (CEMEC) NO PERÍODO DE 2015-2017" e tem como objetivo primário Determinar o perfil epidemiológico dos pacientes com vertigem atendidos no ambulatório de Otorrinolaringologia do Centro Especialidades Médica do CESUPA (CEMEC). Os autores propõem um estudo transversal e descritivo, utilizando as variáveis: (18 a 30 anos, 31 a 40 anos, 41 a 50 anos, 51 a 60 anos, Maior de 61 anos), gênero (masculino ou feminino), estado civil (solteiro, casado, divorciado, viúvo, ou união estável), raça/cor (branco, pardo, ou negro), se realizou tratamento medicamentoso prévio ou não e se sim, qual(is): (dimenidrinato, betahistina, flunarizina ou outros), presença de comorbidades ou não e se presentes, qual(is): (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus Tipo II, Dislipidemia ou outras), se utiliza outros medicamentos ou não e se sim, qual(is): (Anti Hipertensivos, Antidiabéticos Orais, Hipolipemiantes ou outros), se apresenta manifestações clínicas ou não, se sim qual(is): (Náusea, Vômito, Tinnitus, Nistagmo, Hipoacusia, Desequilíbrio, Disartria, Diplopia, Diminuição do nível de consciência, Parestias, cefaleia, Plenitude auricular, Palidez, ou Sudorese), tipo de vertigem: central ou periférica, e diagnóstico etiológico de vertigem: periférica: (Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB), Doença de Ménière, Labirintite bacteriana, Neurinoma do acústico, Vertigem medicamentosa, ou

Endereço: Av. Nazaré, 530

Bairro: Nazaré

CEP: 66.035-170

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2100

Fax: (91)3212-8544

E-mail: cep@cesupa.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
PARÁ - CESUPA**



Continuação do Parecer: 2.817.212

Indeterminado), e diagnóstico etiológico de vertigem central: (Migrânea vestibular, Enxaqueca basilar, Isquemia vertebrobasilar, Acidente vascular de cerebello ou tronco, Neoplasia, ou Indeterminado), contidas em 100 prontuários de pacientes com idade mínima de 18 anos com vertigem atendidos no ambulatório de Otorrinolaringologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC), no período compreendido entre 2015 e 2017. Serão excluídos prontuários com erros de preenchimento ou com dados incompletos, ou de pacientes que apresentem tontura não vertiginosa e aqueles com a última consulta anteriores a 2015 e posterior a 2017. Os dados obtidos serão organizados e tabulados no programa Microsoft Excel 2016® e para análise quantitativa e qualitativa das variáveis será aplicado o teste t de Student quando possível, por meio do programa Bioestat 2.0®. O valor de p será considerado significativo quando menor que 0,05

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Determinar o perfil epidemiológico dos pacientes com vertigem atendidos no ambulatório de Otorrinolaringologia do Centro Especialidades Médica do CESUPA (CEMEC).

Objetivo Secundário:

- Determinar os diagnósticos mais prevalentes dos pacientes com síndrome vertiginosa atendidos no ambulatório de Otorrinolaringologia do Centro Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC).
- Caracterizar os pacientes em relação aos seus aspectos epidemiológicos baseados em: idade, gênero, raça, estado civil, tipo de vertigem, tratamento prévio, presença de manifestação clínica e sintomas associados e diagnóstico etiológico da síndrome vertiginosa;
- Identificar qual tipo de vertigem (central ou periférica) é mais prevalente na análise de prontuários;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os autores referem riscos de vazamento de dados comprometendo o sigilo do estudo e para minimiza-lo se comprometem em guardar os dados coletados em lugar seguro e excluir da base de dados ou incinerar após 2 anos do fim do estudo.

Benefícios: Os autores afirmam que este estudo trará benefícios para o Ambulatório de Otorrinolaringologia, pois a partir do conhecimento do perfil epidemiológico dos participantes, as condutas serão melhor direcionadas, favorecendo para o participante diagnóstico, tratamento correto e atendimento completo, melhorando a qualidade de vida dos pacientes em

Endereço: Av. Nazaré, 630		CEP: 66.035-170	
Bairro: Nazaré			
UF: PA	Município: BELEM		
Telefone: (91)4009-2100	Fax: (91)3212-9544	E-mail: cep@cesupa.br	

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
PARÁ - CESUPA**



Continuação do Parecer: 2.017.312

acompanhamento. Além disto, há possibilidade de gerar conhecimento sobre a Síndrome vertiginosa aos pesquisadores e para ciência os resultados obtidos poderão contribuir para o aperfeiçoamento dos atendimentos de paciente com síndrome vertiginosa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante, pois os resultados que forem obtidos, poderão ser melhor direcionada as condutas, favorecer correto diagnóstico e tratamento e assim melhorar a qualidade de vida dos pacientes em acompanhamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Este projeto apresenta os termos obrigatórios como projeto detalhado, orçamento, cronograma, TCUD, autorização da instituição participante, aceite do orientador e coorientador, folha de rosto, fonte financiadora e instrumento de coleta

Recomendações:

Nenhuma recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1070400.pdf	14/09/2018 13:42:10		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_TCC.pdf	14/09/2018 13:41:11	Iago henriques leite rocha	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	13/09/2018 23:11:55	Iago henriques leite rocha	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	13/09/2018 23:10:37	Iago henriques leite rocha	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD.pdf	13/09/2018 19:01:18	Leonardo Acatauassú	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aceite_instituicao.pdf	12/09/2018 21:03:41	Leonardo Acatauassú	Acelto

Endereço: Av. Nazaré, 630

Bairro: Nazaré

CEP: 66.035-170

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2100

Fax: (91)3212-0544

E-mail: cep@cesupa.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
PARÁ - CESUPA**



Continuação do Parecer: 2.917.312

Recurso Anexado pelo Pesquisador	Protocolo_de_pesquisa.pdf	12/09/2018 19:58:28	Leonardo Acatawassú	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Aceite_Coorientador.pdf	26/06/2018 15:28:51	Leonardo Acatawassú	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Aceite_Orientador.pdf	26/06/2018 15:27:28	Leonardo Acatawassú	Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rosto.pdf	26/06/2018 15:12:42	Leonardo Acatawassú	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

BELEM, 25 de Setembro de 2018

Assinado por:

PATRICK ABDALA FONSECA GOMES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Nazaré, 530
 Bairro: Nazaré CEP: 66.035-170
 UF: PA Município: BELEM
 Telefone: (91)4009-2100 Fax: (91)3212-0544 E-mail: cep@cesupa.br