

Tontura e Zumbido em Pacientes com Transtorno de Ansiedade e/ou Depressivo Maior

Dizziness and Tinnitus in Patients with Anxiety and/or Major Depressive Disorder

Therezita Peixoto Patury Galvão Castro^{a*}; Matheus Lira Handro^a; Yuri Cavalcanti Albuquerque Tenório^a;
Maria Thereza Patury Galvão Castro^b

^aUniversidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Curso de Medicina. AL, Brasil.

^bCentro Universitário Tiradentes, Curso de Medicina. AL, Brasil.

*Email: therezitagalvao@bol.com.br

Resumo

A tontura e o zumbido têm sido associados aos problemas psicológicos, existindo também uma prevalência considerável desses sintomas com transtornos psiquiátricos, particularmente, o de ansiedade e o depressivo maior, repercutindo no funcionamento global destes pacientes. Então, há uma crescente preocupação em entender o mecanismo dessa associação para melhorar a qualidade de vida dos mesmos. O objetivo do estudo foi avaliar a ocorrência de tontura e zumbido em pacientes com transtorno ansioso e/ou depressivo maior, em um hospital escola na cidade de Maceió, AL. Foi realizado um estudo analítico, observacional, transversal, de prevalência no Hospital Escola Portugal Ramalho, contendo uma amostra de 54 pacientes, acima de 25 anos, portadores de transtorno ansioso e/ou depressivo maior, em que se utilizou um questionário pré-formulado e testado, com perguntas objetivas, elaboradas com o intuito de avaliar se há ou não tontura recorrente e zumbido associados a esses pacientes. Observou-se uma maior prevalência do sexo feminino com 70,3% no estudo. A ocorrência de transtorno ansioso e depressivo maior, além de zumbido e tontura, foi maior entre a faixa etária de 46-55 anos, independente do sexo. Entre pessoas com transtorno ansioso, 39,4% possuíam zumbido e 65,7% tontura recorrente. Em relação aos portadores de transtorno depressivo, 35,71% possuíam zumbido e 57,14% tontura recorrente. Foi encontrada uma importante ligação entre os transtornos de ansiedade e depressão maior e a ocorrência de zumbido e tontura.

Palavras-chave: Tontura. Zumbido. Transtorno de Ansiedade. Transtorno Depressivo Maior.

Abstract

Dizziness and tinnitus have been associated with psychological problems and there is a considerable prevalence of these symptoms with psychiatric disorders, particularly anxiety and major depressive disorders, affecting the overall functioning of these patients. There is a growing concern to understand the mechanism of this association to improve their quality of life. The objective of the study was to evaluate the occurrence of dizziness and tinnitus in patients with anxiety and/or major depressive disorder in a school hospital in the city of Maceió, AL. An analytical, observational, cross-sectional, prevalence study was carried out at Hospital Escola Portugal Ramalho, which included a sample of 54 patients over 25 years old, who had anxiety and/or major depressive disorder, using a pre-formulated and tested questionnaire with objective questions, designed to assess whether there is recurrent dizziness and tinnitus associated with these patients. It was observed a higher prevalence of female sex with 70.3% in the study. The occurrence of anxiety and major depressive disorder, besides tinnitus and dizziness, was higher among the age group of 46-55 years, regardless of sex. Among patients with anxiety disorder, 39.4% had tinnitus and 65.7% had recurrent dizziness. In relation to patients with depressive disorder, 35.71% had tinnitus and 57.14% had recurrent dizziness. An important association was found between anxiety disorders and major depression and the occurrence of tinnitus and dizziness.

Keywords: Dizziness. Tinnitus. Anxiety Disorder. Major Depressive Disorder.

1 Introdução

A tontura e o zumbido têm sido associados aos problemas psicológicos como ansiedade vital, baixa autoestima, dificuldade de atenção, sintomas depressivos, insônia, entre outros, existindo também uma prevalência considerável desses sintomas com transtornos psiquiátricos propriamente ditos, particularmente, transtorno de ansiedade e de depressão maior. Devido a este fato, há uma preocupação crescente, por parte dos profissionais de saúde, em entender o mecanismo dessa associação para melhorar a qualidade de vida dos pacientes em questão¹. Somado a isso, sabe-se que o bom funcionamento do equilíbrio corporal, o qual está intimamente relacionado ao trabalho conjunto dos sistemas proprioceptivo, visual, auditivo e vestibular, pode estar prejudicado nesses

pacientes, de modo que os pacientes com tontura, cuja causa mais prevalente da perda de equilíbrio e zumbido, alteração auditiva, bastante associada com a tontura devem ser submetidos à avaliação do equilíbrio corporal e da audição².

A tontura, que se caracteriza como uma ilusão do movimento, e que pode ser rotatória (vertigem) ou não rotatória, pode ser causada, secundariamente, a uma doença primária ou ser de causa idiopática, em ambos os casos sendo definida como uma sensação de alteração do equilíbrio corporal. Normalmente, tontura pode desencadear sintomas psiquiátricos latentes. Desse modo, tais pacientes são taxados como portadores de “tontura de origem psiquiátrica”; tendo em vista este fato, a investigação e o tratamento específico podem não ser conduzidos de forma adequada. Por outro lado, a tontura também pode ter sua origem relacionada ao transtorno

psiquiátrico preexistente³. As queixas de tontura podem estar associadas aos sintomas psicológicos, como: depressão, estresse, e ansiedade, o que leva a piora da qualidade de vida e o rendimento laboral e social dos indivíduos acometidos. Uma investigação realizada com pacientes, que relatavam queixas de tontura, revelou a associação entre tontura e sintomas psicológicos em cerca de 56% dos casos⁴.

Pode-se definir o zumbido como uma ilusão auditiva sem o estímulo de uma fonte sonora externa que, em outras palavras, poderia se dizer ser uma sensação sonora endógena. Apresenta prevalência de 15% na população em geral, sendo 33% nos idosos, e provoca morbidade considerável, que pode interferir no sono, na concentração, no equilíbrio emocional e na vida social do indivíduo⁵. Observou-se que zumbido pode desencadear transtornos de ansiedade e/ou depressão em pacientes predispostos. O contrário também pode ocorrer, com o quadro depressivo/ansioso sendo primário ao aparecimento do zumbido⁶.

Faz-se necessário, portanto, avaliar a ocorrência de queixas vestibulares e zumbido em portadores de transtornos de ansiedade e/ou depressão, devido às evidências que sugerem uma possível relação entre eles. Com isso, pode ser dado início a uma melhoria significativa na qualidade de vida desses indivíduos.

2 Material e Métodos

Este é um estudo analítico, observacional, transversal, de prevalência realizado no Hospital Escola Portugal Ramalho na cidade de Maceió-AL, com uma amostra de 54 pacientes. Participaram da pesquisa pacientes com diagnóstico confirmado de transtorno de ansiedade e/ou depressão maior acompanhados nesse hospital. Foram excluídos pacientes com outras doenças psiquiátricas, cursando com sintomas psicóticos, e que façam uso de drogas sabidamente ototóxicas, bem como aqueles que se recusaram a responder ao questionário. Os pacientes foram previamente esclarecidos acerca da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O presente estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de

Alagoas (CAAE: 55790216.5.0000.5011), visando o respeito e a ética em pesquisa com seres humanos.

Todas as informações foram colhidas com os pacientes, através de um questionário pré-formulado e testado, com perguntas objetivas, elaboradas com o intuito de avaliar se há ou não queixa vestibular e zumbido associados ao transtorno da ansiedade e/ou depressivo maior. O questionário é formado por 5 seções, as quais avaliam, nessa ordem: informações pessoais/sociodemográficas, uso de medicações e presença de comorbidades, diagnóstico de transtorno ansioso e/ou depressivo maior, ocorrência de tontura recorrente e suas características, ocorrência de zumbido e suas características. Quanto a característica da tontura avaliou-se a duração, intensidade, fatores desencadeantes e o tipo de tontura, além de outros pontos, como a procura ou não de médico otorrinolaringologista. Em relação ao zumbido foram seguidos os mesmos padrões, avaliando duração, tipo, intensidade e fatores desencadeantes. Os resultados foram apresentados por meio de frequências: absoluta e relativa.

Quanto às variáveis, tem-se como variável primária: prevalência de queixas vestibulares e zumbido em pacientes com transtornos de ansiedade e/ou depressivo maior. E as secundárias: idade, sexo, uso de medicações, tempo de transtorno de ansiedade e transtorno depressivo maior e doenças sistêmicas associadas.

Os dados foram coletados e armazenados, em uma planilha eletrônica de dados (Microsoft Excel® 2016. Redmond, WA, EUA), na qual cada linha corresponde a um formulário de coleta de dados de cada paciente e cada coluna aos dados coletados, visando maior organização para comparação e análise dos resultados obtidos.

3 Resultados e Discussão

O estudo avaliou uma amostra de 54 pacientes, dos quais 38 (70,3%) eram do sexo feminino e 16 eram do sexo masculino (29,7%). O Quadro 1 mostra que a maioria de homens estudados estavam entre a faixa etária de 25-35 anos (31,25%). Já os pacientes do sexo feminino estiveram em maior prevalência entre a faixa etária de 46-55 anos (12,5%).

Quadro 1 - Prevalência de gênero, ansiedade, depressão, zumbido e tontura de acordo com a faixa etária dos pacientes.

Faixa Etária (anos)	Homens (%)	Mulheres (%)	Ansiedade (%)	Depressão (%)	Zumbido (%)	Tontura (%)
25-35	31,25	5,263	15,789	7,142	5,263	5,882
36-45	25	21,052	15,789	23,809	15,789	23,529
46-55	25	44,736	39,473	40,476	57,894	38,235
56-65	6,25	21,052	18,421	19,047	15,789	26,470
> 66	12,50	7,894	10,526	9,523	5,263	5,882
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Observou-se maior prevalência de transtorno de ansiedade e transtorno depressivo entre a faixa etária de 46-55 anos nos pacientes em geral. É também entre essa faixa etária em que se encontra a maior ocorrência de zumbido e tontura na amostra estudada.

Dos 54 pacientes estudados, 34 (62,96%) referiram possuir tontura recorrente, dos quais 12 (35,2%) eram do tipo rotatória, 18 (52,9%) do tipo não-rotatória/inespecífica e apenas 4 relataram sintomas dos dois tipos de tontura. 38,2% desses pacientes relataram intensidade leve dos sintomas, sendo a mesma taxa encontrada em pacientes com intensidade moderada de tontura. Como visto no estudo de Ribeiro et al.⁷, a ocorrência de tontura rotatória, em sua grande maioria, está relacionada ao acometimento do sistema vestibular, já a não-rotatória, além de afecção vestibular, pode ser uma manifestação inespecífica, psicossomática secundária ao transtorno ansioso e/ou depressivo, ou ainda, secundária ao uso de medicamentos controlados e a outras comorbidades.

Quando relacionada à ocorrência de tontura em pacientes depressivos, foi encontrada uma taxa de 54,5%. A alta prevalência também foi encontrada no estudo de Silva et al.⁸, no qual foi observada uma prevalência de tontura de 72,7% dentre os pacientes estudados, os quais eram portadores de depressão maior. Já a ocorrência de tontura, em pacientes com diagnóstico de transtorno de ansiedade, foi observada em 65,7%.

Em se tratando de zumbido relacionado ao transtorno ansioso, observou-se uma taxa de 39,4%. Ao passo que, relacionado à depressão maior, a prevalência encontrada foi de 35,71%. De acordo com Mathias et al.², há um paradoxo relacionado à prevalência de zumbido de acordo com o gênero, sendo o mesmo mais frequente em homens como visto em alguns estudos^{9,10}, e a prevalência de pacientes com depressão e zumbido comorbidos de acordo com o gênero, sendo encontrado uma frequência maior em mulheres. O que explicaria essa situação paradoxal seria o fato de homens com depressão maior procurarem com menos frequência o tratamento clínico do quadro mental do que mulheres e, em contrapartida, procurarem relativamente mais por tratamento de sintomas somáticos, pelo desconforto causado pelo zumbido e por ser melhor aceito pela sociedade. De fato, encontrou-se uma maior prevalência de zumbido em pacientes, sendo do sexo feminino com transtorno depressivo maior, com 40,62%. Já em relação a ocorrência de zumbido nos pacientes com transtorno de ansiedade, houve uma maior prevalência do sexo masculino, com 45,5%.

A baixa procura dos pacientes psiquiátricos por tratamento de seus sintomas de zumbido e tontura foi um dado importante notado, em que apenas 26,31% dos pacientes portadores de zumbido procuraram tratamento com otorrinolaringologista e, do mesmo modo, somente 29,41% dos portadores de tontura recorrente buscaram atendimento para suas queixas. Esse

dado pode estar atrelado ao fato de que, muitas vezes, esses sintomas são taxados como manifestações psicossomáticas ou neurovegetativas, decorrentes do quadro de ansiedade/depressão, o que acaba por distanciar o paciente de uma consulta com o especialista e do tratamento específico, como é relatado por Gurgel et al.³, em seu estudo sobre tontura associada a distúrbio do pânico e agorafobia.

Em relação aos achados referentes à tontura, em pacientes com transtorno depressivo maior, observou-se uma maior prevalência no sexo feminino, com 70,85% contra 29,16% encontrado nos homens. Assim como quando relacionado à ocorrência de tontura com transtorno ansioso, em que o sexo feminino obteve pequena superioridade, com 66,6% contra 63,3% em relação aos homens.

No presente estudo, entre os 44 pacientes depressivos, 19 pacientes eram portadores de zumbido, e desses, 8 (42,10%) tiveram início do zumbido antes do quadro de ansiedade e/ou depressão maior, tendo a maior parte dos pacientes início do zumbido após o início do quadro ansioso/depressivo (57,89%). O que é corroborado pelo estudo de Zoger et al.⁹, em que a maioria dos indivíduos relatou o aparecimento do zumbido, após o início do quadro depressivo. De fato, há 3 diferentes formas de associação entre zumbido e depressão: depressão maior primariamente ao zumbido¹¹⁻¹³, zumbido sendo um fator predisponente à depressão^{14,15} e zumbido e depressão comorbidos^{16,17}. A comorbidade entre zumbido e depressão é tida como uma das principais questões que levam à incapacidade crônica e sofrimento em pacientes portadores de zumbido¹⁸. Já em relação à tontura, 25 (73,52%) iniciaram o quadro de tontura, após o quadro ansioso/depressivo. O início do quadro sintomatológico de zumbido e tontura, secundariamente, ao quadro ansioso/depressivo sugere que pode existir um papel destes transtornos na exacerbação do zumbido/tontura ou até na gênese dos mesmos.

A relação entre zumbido e quadros ansiosos/depressivos é estudada e defendida por estudos¹⁹⁻²², os quais mostram que pacientes portadores de zumbido podem possuir um déficit no sistema das monoaminas e da serotonina. Sabe-se também que pacientes com transtorno ansioso/depressivo tendem a apresentar uma diminuição na quantidade de transmissão da serotonina na fenda sináptica, o que poderia indicar a causa da alta prevalência dessas doenças psiquiátricas em portadores de zumbido¹⁶. Aliado a tal fato, Mathias et al.², em seu estudo sobre a prevalência do transtorno do pânico em pacientes com zumbido, defendem essa hipótese afirmando sobre a presença de fibras serotoninérgicas no núcleo auditivo e em outras áreas do sistema nervoso central relacionadas à audição.

A ocorrência de zumbido e tontura pode levar a uma piora dos sintomas de ansiedade e depressão maior, sendo o contrário também verdadeiro, piorando, desse modo, a qualidade de vida desses pacientes.

4 Conclusão

O presente estudo encontrou importante ligação entre os

transtornos de ansiedade e depressão maior e a ocorrência de zumbido e tontura, no entanto, é necessário um olhar mais aprofundado acerca de outras variáveis envolvidas, como a presença de comorbidades e o uso de medicamentos. De fato, é necessária uma atenção multidisciplinar envolvendo médicos otorrinolaringologistas e psiquiatras, além de psicólogos, fisioterapeutas, e demais especialidades a depender da comorbidade presente, para que haja uma abordagem capaz de aliviar o real sofrimento desses pacientes.

Referências

1. Mathias KV, Mezassalma MA, Nardi AE. Prevalência de transtorno de pânico em pacientes com zumbidos. *Rev Psiq Clín* 2011;139-42.
2. Ganança MM, Caovilla HH, Munhoz MSL, Silva MLG. Alterações da audição e do equilíbrio corporal no idoso. *RBM Rev Bras Med* 1999;56(10):995-1011.
3. Gurgel JDC, Costa KVT, Cutini FN, Júnior KMAS, Mezassalma MA, Villar H, Cavalcanti R. Tontura associada a distúrbio do pânico e agorafobia: relato de caso e revisão da literatura. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2007;569-72.
4. Paiva ADM, Kuhn AMB. Sintomas psicológicos concomitantes à queixa de vertigem em 846 prontuários de pacientes otoneurológicos do Ambulatório de Otoneurologia da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004;512-515.
5. Marchiori LLM. Zumbido e hipertensão arterial no processo de envelhecimento. *Rev Bras Hipertens* 2009;5-8.
6. Geocze L, Mucci S, Abranches DC, Marco MA, Penido NO. Revisão sistemática sobre as evidências de associação entre zumbido e depressão. *Braz. J. Otorhinolaryngol* 2013;106-11.
7. Ribeiro KMX, Testa JRG, Weckx LLM. Labirintopatias na mulher. *Rev Bras Med.* 2000;57(5):456-62.
8. Silva ER, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Rev Esc. Enferm USP* 2012;1387-93.
9. Zöger S, Svedlund J, Holgers KM. Psychiatric disorders in tinnitus patients without severe hearing impairment: 24 month follow-up of patients at an audiological clinic. *Audiology* 2001;40(3):133-40.
10. Lockwood AH. Tinnitus. *Neurol Clin* 2005;23(3):893-900.
11. Kirsch CA, Blanchard EB, Parnes SM. Psychological characteristics of individuals high and low in their ability to cope with tinnitus. *Psychosom Med* 1989;51(2):209-17.
12. Budd RJ, Pugh R. The relationship between locus of control, tinnitus severity, and emotional distress in a group of tinnitus sufferers. *J Psychosom Res* 1995;39(8):1015-8.
13. Andersson G, Kaldo-Sandström V, Ström L, Strömngren T. Internet administration of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample of tinnitus patients. *J Psychosom Res* 2003;55(3):259-62.
14. Ooms E, Meganck R, Vanheule S, Vinck B, Watelet JB, Dhooge I. Tinnitus severity and the relation to depressive symptoms: a critical study. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2011;145(2):276-81.
15. Figueiredo RR, Rates MA, Azevedo AA, Oliveira PM, Navarro PB. Correlation analysis of hearing thresholds, validated questionnaires and psychoacoustic measurements in tinnitus patients. *Braz J Otorhinolaryngol* 2010;76(4):522-6.
16. Holgers KM, Zöger S, Svedlund K. Predictive factors for development of severe tinnitus suffering-further characterisation. *Int J Audiol* 2005;44(10):584-92.
17. Sullivan MD, Katon W, Dobie R, Sakai C, Russo J, Harrop-Griffiths J. Disabling tinnitus. Association with affective disorder. *Gen Hosp Psychiatr.* 1988;10(4):285-91.
18. Zoger S, Svedlund J, Holgers K. Relationship between tinnitus severity and psychiatric disorders. *Psychosomatics* 2006;282-8.
19. Dobie RA. Depression and tinnitus. *Otolaryngol Clin North Am* 2003;36(2):383-8.
20. Holgers KM, Zöger S, Svedlund J. Tinnitus suffering: a marker for a vulnerability in the serotonergic system? *Audiol Med* 2003;1(2):138-43.
21. Langguth B, Landgrebe M, Kleinjung T, Sand GP, Hajak G. Tinnitus and depression. *World J Biol Psychiatry* 2011;12:489-500.
22. Malakouti S, Mahmoudian M, Alifattahi N, Salehi M. Comorbidity of chronic tinnitus and mental disorders. *Int Tinnitus J* 2011;16(2):118-22.
23. Jacob RG, Furman JM. Psychiatric consequences of vestibular dysfunction. *Curr Opin Neurol* 2001;14(1):41-6.