

UNIVERSIDADE BANDEIRANTE DE SÃO PAULO  
ROSINEIDE SOARES ROGÉRIO

QUALIDADE DE VIDA EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS COM  
VESTIBULOPATIAS ATENDIDOS NO LABORATÓRIO DA UNIBAN  
BRASIL

SÃO PAULO  
2010

ROSINEIDE SOARES ROGÉRIO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM REABILITAÇÃO DO EQUILÍBRIO  
CORPORAL E INCLUSÃO SOCIAL

QUALIDADE DE VIDA EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS COM  
VESTIBULOPATIAS ATENDIDOS NO LABORATÓRIO DA UNIBAN  
BRASIL

Dissertação de Mestrado Profissional  
apresentada à Banca Examinadora da  
Universidade Bandeirante de São Paulo –  
Uniban Brasil como exigência parcial para  
obtenção do título de Mestre em  
Reabilitação do Equilíbrio Corporal e  
Inclusão Social

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Rita Aprile  
Co-orientador: Prof. Dr. Fernando Freitas  
Ganança

SÃO PAULO  
2010

Rogério, Rosineide Soares

Qualidade de Vida em uma População de Idosos com Vestibulopatias Atendidos no Laboratório da Uniban Brasil/  
Rosineide Soares Rogério. – São Paulo: [s.n.], 2010

52.: il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Bandeirante Brasil, Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita Aprile

1. Idosos    2. Qualidade de vida    3. Vestibulopatia    4.  
Equilíbrio corporal

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a Deus pela misericórdia em me conceder novamente o dom da sabedoria, pois, em muitos momentos, o sentimento de incapacidade tomava a minha mente.*

*Também dedico a todas as pessoas que me incentivaram durante o decorrer desta trajetória e em minha vida:*

- *À amiga e companheira de todas as horas Simone Araujo da Silva, por sua disposição em me ajudar.*
- *À minha filha amada Júlia Rogério pelo seu amor incondicional, pela sua existência e motivo do meu viver.*
- *Aos meus pais e familiares pela compreensão de minhas ausências.*
- *À amiga Simére Perez Pereira que, mesmo de longe, sempre esteve perto, acreditando que seria possível.*
- *A sempre Professora Maria Tereza da Silva (in memoriam), precursora de ensinamentos na área da atividade física adaptada, motivo de minha iniciação à pesquisa, espelho de amor incondicional às pessoas com necessidades especiais e pela sua indicação para que eu pudesse ser, hoje, professora universitária. A cada passo dado por mim, neste trabalho, imaginava o quanto ela ficaria feliz por mais esta conquista em minha vida.*
- *Aos meus professores orientadores, a vocês o meu eterno amor.*

## AGRADECIMENTOS

Senhor, agradeço a ti, por tudo que tens feito em minha vida, principalmente por mais esta conquista. O tempo todo, Tu estivestes ao meu lado, pois me enviou anjos da terra para poder estar comigo. Em especial, Simone Araújo da Silva que com seu companheirismo, dedicação e, mesmo, na minha mais alta fraqueza, não desistiu de mim.

Agradeço à minha orientadora Professora Dr<sup>a</sup>. Maria Rita Aprile, pelo seu dinamismo, paciência e, principalmente, por seus apontamentos para fazer com que este trabalho fosse concluído e sem o seu incentivo não seria possível.

Agradeço ao professor co-orientador Dr<sup>o</sup>. Fernando Freitas Ganança que, sem dúvida nenhuma, representa, hoje, na área da saúde um dos grandes pesquisadores sobre o tratamento de pacientes com vestibulopatias. Para mim, em especial, foi uma grande honra a sua participação efetiva neste trabalho, pois suas considerações só vieram enriquecer esta pesquisa.

Agradeço à Professora Ms. Juliana Maria Gazzola que, com a sua sabedoria, contribuiu como colaboradora principalmente quanto à realização da coleta de dados e, o tempo todo, se dispôs em me ajudar.

A vocês professores, minha eterna admiração e gratidão, sem vocês não seria possível a realização deste trabalho.

*“Todos nós precisamos de um sistema de apoio – um amigo sábio, um conselheiro competente, que nos ajude a entender o que estamos sentindo, nos dê o apoio necessário para mudarmos e nos aprove quando crescemos”.*

***Patsy Clairmont***

ROGÉRIO, R.S. **Qualidade de vida em uma população de idosos com vestibulopatias atendidos no laboratório da UNIBAN Brasil** 2010. 52f. Dissertação de Mestrado – Programa de Mestrado Profissional em de Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social, Universidade Bandeirante de São Paulo, São Paulo, 2010.

O processo envelhecimento é inerente a todo ser vivo e todos os indivíduos sofrem perdas diversas, durante esse processo, em especial, nos aspectos físicos. A população idosa se torna mais suscetível às doenças crônicas, com implicações sobre os aspectos psicológicos, sociais e afetivos e, portanto, sobre a sua qualidade de vida. Este estudo teve o objetivo de caracterizar uma população de idosos portadores de distúrbios de origem no sistema vestibular (vestibulopatias) atendida no Laboratório de Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social da UNIBAN Brasil em relação às características clínicas e otoneurológicas, de qualidade de vida. O estudo, realizado em 2009, foi retrospectivo por análise de prontuários dos idosos com diagnóstico de vestibulopatia crônica, submetidos à avaliação da qualidade de vida e as características da tontura. Para coleta de dados, foram utilizados dados dos questionários de Qualidade de Vida e Inclusão Social para portadores de distúrbios do equilíbrio corporal (QVIS). Os dados analisados evidenciaram prevalência de alguns indicadores na: categoria busca de tratamento em relação ao indicador necessidade de dormir melhor; categoria atividade física em relação ao indicador apoio da família para praticar atividades físicas; categoria hábitos de lazer em relação aos indicadores vai à igreja e apoio da família para praticar atividades de lazer. Concluiu-se que os idosos avaliados – apesar de manifestarem prevalência de tontura do tipo rotatória e esporádica e de longa duração não apresentaram prejuízos na qualidade de vida nos aspectos; busca de tratamento; atividades físicas; hábitos de lazer; auto-estima e relacionamentos interpessoais. O impacto da tontura na qualidade de vida está diretamente associado aos distúrbios do equilíbrio postural, porém não os impedem na realização das tarefas relacionadas às suas atividades de vida diária.

Palavras – chave: Idosos. Qualidade de Vida. Vestibulopatia. Equilíbrio Corporal.

ROGÉRIO, R.S. **Quality of life the population of aged vestibulopatas of UNIBAN Brazil.**2010. 52f. Dissertação de Mestrado – Course of Whitewashing of the Corporal Balance and Social Inclusion, Universidade Bandeirante de São Paulo, 2009.

Considering that the process aging is inherent the all alive being, and that all the individuals pass for conditions diverse losses and mainly how much to the aspects physical and partner-affective, taking the aged population to a bigger susceptibility the chronic illnesses, implying directly in the quality of life. From the displayed one, a study in the period of August of 2008 to the November of 2009 was carried through, in the city of São Paulo, with the objective to characterize the population of aged vestibulopatas taken care of in (UNIBAN Brazil) in relation to the clinical and otoneurológicas characteristics, of quality of life and balance during the march. A retrospective study for handbook analysis was carried through of the aged ones with diagnosis of chronic vestibulopatia, submitted to the evaluation of the quality of life and balance during the march in the Initial laboratory of Whitewashing and Social Inclusion of the Uniban Brazil. For collection of data, the questionnaire of quality of life and Social Inclusion of Carriers of Riots of Equilíbrio Corporal had been used (QVIS) and the Index of Marcha Dinâmica (DGI). Simple discutivas statistical analyses and correlation of Pearson had been carried through. The analyzed data had not only demonstrated to significant correlation in the majority of the pointers of the QVIS, pointing significance with respect to the pointers of the category search of treatment in relation, necessity to sleep more good, for the category physical activity the pointer have support of the family to practise physical activity, in the category leisure habits the pointer goes to the church, and has support of the family to practise activities of leisure. One concluded that the aged ones evaluated had not presented damages in the quality of life in the aspects; physical search of treatment, activities, habits of leisure, auto-esteem and interpersonal relationships. The impact of giddiness in the quality of life this directly associated to the riots of the corporal balance, however does not hinder in the accomplishment them to them tasks related to its activities of daily life.

Words - key: Aged. Quality of Life. Vestibulopatia. Corporal balance



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da tontura dos 65 idosos com vestibulopatia crônica.....	28
Tabela 2 – Freqüência absoluta e relativa das respostas referentes aos motivos de busca de tratamento apresentados por 65 idosos com vestibulopatia crônica .....	29
Tabela 3 - Freqüência absoluta e relativa das respostas aos indicadores referentes às atividades físicas apresentados por 65 idosos com vestibulopatia crônica .....	30
Tabela 4 - Freqüência absoluta e relativa das respostas aos indicadores referentes às atividades de lazer apresentados por 65 idosos com vestibulopatia crônica .....	31
Tabela 5 - Freqüência absoluta e relativa das respostas aos indicadores referentes à auto-estima e aos relacionamentos interpessoais apresentados por 65 idosos com vestibulopatia crônica .....	32

**LISTA DE ABREVIATURAS**

AVD	Atividades de vida diária
DGI	<i>Dinamic Gait Index</i>
DHI	<i>Dizziness Handicap Inventory</i>
DP	Desvio-Padrão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de vida
RV	Reabilitação vestibular
SMADS	Secretária Mundial de Assistência e Desenvolvimento Social

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
2	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	14
2.1	ENVELHECIMENTO .....	14
2.2	VESTIBULOPATIAS E EQUILIBRIO FUNCIONAL EM IDOSO .....	18
2.3	QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM VESTIBULOPATIAS .....	21
3	<b>MÉTODO</b> .....	23
4	<b>RESULTADO</b> .....	27
5	<b>DISCUSSÃO</b> .....	33
6	<b>CONCLUSÃO</b> .....	42
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	44
	<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	48
	<b>ANEXOS</b> .....	49

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, vêm se avolumando as investigações sobre o tema do envelhecimento e sobre as questões relacionadas à saúde e à qualidade de vida das pessoas idosas. Dados demográficos divulgados pelo IBGE (2008) indicam mudanças em relação às faixas etárias, apontando um aumento significativo da população idosa. Nesse sentido, verifica-se um aumento significativo em relação à expectativa de vida cuja estimativa para os próximos decênios é que - para um grupo de 100 crianças entre 0 e 14 anos - existam 172,7 idosos.

É importante destacar que o aumento da longevidade se deve a inúmeros fatores. Entre eles, se destacam os avanços da medicina e das demais ciências da saúde associados aos novos recursos farmacêuticos; maior divulgação e acesso às informações sobre o processo de envelhecimento; criação de novas oportunidades sociais, culturais e profissionais para a população idosa e o fato de os idosos constituírem um novo segmento do mercado e, portanto, serem alvos de novos recursos tecnológicos e estéticos.

Apesar desses avanços e conquistas, o processo de envelhecimento é inerente a todo ser vivo e se manifesta inicialmente pela deterioração biológica, inclusive em pessoas consideradas “com saúde”, segundo os padrões desejáveis para cada faixa etária.

As conseqüências da senescência, isto é, do processo natural de envelhecimento que atinge todos os indivíduos indistintamente, afetam vários sistemas do organismo, como é o caso do sistema vestibular. Com o aumento da idade, os idosos se apresentam mais suscetíveis aos distúrbios de origem no sistema vestibular que provocam vertigem, tontura, perda auditiva, zumbido, distúrbio de marcha, alterações no equilíbrio e quedas.

Esses distúrbios, por sua vez, prejudicam os componentes do controle postural, sensorial e efetor, considerados fundamentais para o controle do equilíbrio corporal. Assim, os distúrbios do equilíbrio corporal de origem no sistema vestibular constituem um dos fatores etiológicos de quedas e instabilidades em idosos que, por sua vez, poderão levá-los à incapacidade parcial ou total. Em decorrência dessa incapacidade, os idosos poderão apresentar dependência e/ou perda de autonomia,

o que reflete negativamente no desempenho de suas atividades físicas, sociais e profissionais e, em consequência, em sua qualidade de vida (QV).

A forma mais comum de tontura entre idosos com vestibulopatias crônicas é a vertigem, quase sempre de origem no sistema vestibular periférico ou central. A vertigem é uma sensação de rotação do meio ambiente, que gera uma perturbação no equilíbrio corporal, podendo se caracterizar de forma objetiva e de forma subjetiva. De forma objetiva, com caráter rotatório, dá ao indivíduo a sensação de rotação dos objetos no ambiente e, subjetiva, com sensação de estar rodando em relação ao ambiente. Essa é uma das causas da vertigem ser considerada a responsável por provocar insegurança física, insegurança psíquica, ansiedade, depressão e pânico nos pacientes.

Apesar de inúmeras pesquisas sobre o tema QV, a expressão é polissêmica, isto é, assume vários significados, dependendo da área de conhecimento; do contexto de investigação; das características dos sujeitos a que se refere e, ainda, do período em que os estudos foram realizados. Em relação à população idosa, o conceito inicialmente se traduzia por fatores objetivos, por exemplo, ausência de enfermidades ou de perdas das capacidades funcionais. Nos dias atuais, a expressão qualidade de vida incorpora critérios subjetivos, como é o caso, entre outros, das relações sociais e das expectativas de vida, estando de acordo, portanto, com a concepção de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”.

Dessa forma, a expressão qualidade de vida pode estar vinculada a um grau de satisfação do sujeito em relação à sua vida familiar, afetiva, social e ambiental, bem como a outras condições, tais como, saúde, bem estar físico e emocional. A expressão qualidade de vida, portanto, constitui um termo socialmente construído.

A investigação das influências das vestibulopatias sobre a qualidade de vida das pessoas se justifica na medida em que os estudos e pesquisas sobre a temática constituem uma condição básica para o aprofundamento e o avanço das discussões sobre as relações que se estabelecem entre ambas. A relação entre qualidade de vida e vestibulopatias, em especial, da população idosa, também se constitui em uma questão central para identificar as características dessa faixa etária acometida de vestibulopatias de modo a propor ações que venham ao encontro de suas

necessidades e lhes proporcionem condições que promovam uma melhoria efetiva em sua qualidade de vida.

A partir do exposto e ainda considerando que o Laboratório do Programa de Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão social da Universidade Bandeirante de São Paulo - UNIBAN Brasil vem desenvolvendo estudos e pesquisas cujos sujeitos – em sua maioria – são idosos que apresentam sintomas de desequilíbrio corporal de origem no sistema vestibular, este estudo teve o objetivo de caracterizar uma população de idosos vestibulopatas, atendida durante o ano de 2009, no Laboratório de Reabilitação e Inclusão Social da Uniban em relação às características clínicas e otoneurológicas e à sua qualidade de vida no tocante aos motivos de busca de tratamento; à prática de atividades físicas: aos hábitos de lazer e a auto-estima e relacionamentos inter-pessoais.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ENVELHECIMENTO

O processo do envelhecimento é inerente a todo ser vivo. Um fenômeno natural que se evidencia de maneira diferente, em momentos diversos, e não ocorre necessariamente junto com a idade cronológica. São considerados determinantes para o processo de envelhecimento fatores como a genética e outros relacionados aos hábitos, aos comportamentos e à maneira de cada indivíduo viver em sociedade (MOTA, 2002).

Neste sentido, Schneider e Irigaray (2008) consideram que esta etapa da vida pode ser analisada sob diferentes aspectos, entre eles, os cronológicos, os biológicos, os psicológicos e os sociais. Por sua vez, esses aspectos também dependem de outras variáveis, entre elas, as condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais em que estão inseridos os indivíduos.

Palacios (2004) e Schneider; Irigaray (2008) consideram que o processo de envelhecimento pode ser compreendido em comparação às diferentes idades, levando em conta a idade cronológica, isto é, a mensuração do número de anos vividos pelo indivíduo, desde o seu nascimento. Esses mesmos autores consideram que a idade cronológica - apesar de bastante referenciada nos primeiros anos de vida - passa a ser um critério menos utilizado no decorrer da própria vida e do processo de maturação na medida em que outros aspectos de ordem psicológica e social passam a ser considerados.

Palacios (2004) classifica o processo envelhecimento, segundo a idade cronológica: idade adulta inicial (25 aos 40 anos); idade adulta média (40 aos 65 anos); idade adulta tardia ou velhice precoce (65 aos 75 anos) e velhice tardia (após os 75 anos). O autor também relaciona a idade cronológica à idade psicológica. Considera que ambas se relacionam à capacidade do indivíduo de se adaptar aos eventos do ambiente e de responder aos desafios que lhes são apresentados, utilizando-se da inteligência, motivação, emoção e competição social. Palacios (2004) também considera a possibilidade de realização de estimativas em relação ao processo de envelhecimento. Dependendo do lugar em que uma pessoa vive e de suas condições de vida, quando comparada à outra pessoa da mesma faixa

etária, poderá apresentar diferenças em relação às condições físicas e ao potencial de vida.

Palacios (2004) ainda considera que a idade funcional, ou seja, a idade biológica e a idade psicológica estão relacionadas à capacidade do indivíduo de ter autonomia e independência. Um exemplo de idade funcional é a condição de uma pessoa que vive sozinha e cuja saúde biológica lhe deve permitir se deslocar de um lugar para outro sem auxílio e sua capacidade psicológica que se traduz pela condição de poder se lembrar, planejar e se organizar para realizar este tipo de atividade.

Schneider e Irigaray (2008) consideram a idade biológica resultante dos processos de maturação, que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento. Os autores subdividem o envelhecimento em três grupos: os idosos jovens, localizados na faixa etária entre 65 e 74 anos, que qualifica de mais ativos; os idosos velhos, que situa na faixa entre 75 e 84 anos e, os mais velhos, com idade a partir de 85 anos.

Schneider e Irigaray (2008) consideram ainda a chamada idade social, que corresponde ao processo relacionado à aquisição de hábitos e papéis sociais e às expectativas da sociedade em relação aos sujeitos de uma determinada faixa etária. Dependendo da cultura e do grupo social em que a pessoa está inserida, ela poderá ser classificada de “velha” ou “jovem”, segundo os padrões dessa cultura ou grupo. Esses padrões se revelam nos comportamentos; no tipo de vestuário utilizado; nos hábitos manifestados; na linguagem empregada e, até mesmo, na posição de liderança que essa pessoa assume em relação às demais. Nesse sentido, o autor lembra que a idade da velhice, em países considerados desenvolvidos, se inicia a partir dos 65 anos e, em países, em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, se inicia a partir dos 60 anos<sup>1</sup>.

Alencar e Carvalho (2009) consideram o envelhecimento um processo normal e dinâmico que envolve perdas de condições sócio-afetivas e políticas, que submetem o indivíduo a uma condição de maior vulnerabilidade. Os autores consideram ainda que essas perdas - quando relacionada a outras variáveis, tais como gênero, idade,

---

<sup>1</sup> Em seu artigo 1º, o Estatuto do Idoso (2004), afirma que “É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”.



classe social, raça e regiões geográficas – podem se refletir nas expectativas e na capacidade e/ou incapacidade dos indivíduos, provocando reflexos em sua qualidade de vida.

Para Santos, Andrade e Bueno (2009), apesar do processo de envelhecimento não ter regras totalmente esclarecidas, os fatores biológicos estão relacionados a outros fatores primários e secundários. Entre os fatores primários, se inclui as características referentes à maneira como e ao momento em que o envelhecimento se inicia em cada indivíduo. Os secundários se relacionam à qualidade e ao estilo de vida; às condições de nutrição; ao desempenho das atividades físicas e à não exposição aos fatores debilitantes, como substâncias químicas ou o alto nível de estresse.

A despeito das várias abordagens sobre envelhecimento, a maioria dos autores considera que quanto mais aumenta a idade cronológica, mais diminui a capacidade física, o que acarreta alteração em vários aspectos do organismo que, por sua vez, irão contribuir para os processos de deterioração física e psicológica e favorecer o processo envelhecimento, refletindo de maneira direta em sua qualidade de vida. Também concordam que o avanço das pesquisas sobre o processo de envelhecimento poderá evitar os efeitos negativos do avanço da idade; promover formas de deter ou de retardar o processo de envelhecimento; garantir a manutenção da capacidade funcional e a autonomia dos idosos e buscar a melhoria de sua qualidade de vida (KARSCH, 2003).

Matsudo; Matsudo e Neto (2000) analisaram os efeitos do envelhecimento em variáveis antropométricas, neuromusculares e metabólicas. Alguns resultados obtidos em relação às condições antropométricas indicaram que o processo de envelhecimento acarreta, de um lado, um aumento do peso corporal entre os 40 e 60 anos e, de outro lado, a diminuição do peso, após os 70 anos de idade, acompanhado de diminuição gradativa da estatura corporal devido à perda de massa óssea. Em relação aos aspectos neuromotores, os autores consideram que conforme aumenta a idade cronológica, os músculos esqueléticos diminuem em relação ao seu número de fibras e tamanho, levando a uma perda da força muscular que influencia o desempenho neuromotor. Os autores também consideram que variáveis metabólicas provocam diminuição da potência aeróbia, mesmo nos idosos considerados ativos. Estas perdas passam a ser mais evidentes em torno dos 50

anos de idade e os efeitos deletérios do envelhecimento passam a contribuir para a aquisição de doenças.

Ramos (2003) e Caldas (2003) ao relacionarem o envelhecimento com a aquisição de doenças crônicas lembram que nem todos os idosos são levados a uma condição de limitação. Os pacientes que apresentam pelo menos uma doença crônica poderão ter uma vida dentro dos padrões considerados normais, desde que essas enfermidades sejam controladas. Ainda, na perspectiva desses autores, os idosos poderão ser considerados indivíduos saudáveis, quando comparados a idosos que não têm o controle de suas enfermidades e, em decorrência, apresentam uma condição de dependência ou de incapacidade física.

Nasri (2008) contribui dizendo que quanto mais ativo e independente for o idoso, mais ele passará a ser visto como sinônimo de saúde. Neste sentido, Teixeira e Neri (2008) consideram que o envelhecimento bem sucedido é uma condição subjetiva relacionada a fatores sociais, psicológicos e culturais. Portanto, no estudo dos vários grupos de idosos, além das particularidades físicas e individuais também devem ser consideradas as diferenças socioculturais.

Wachelke (2008; 2009) afirma que devem ser consideradas as representações sociais sobre o processo envelhecimento. No caso do Brasil, algumas das representações sociais mais comuns associadas ao envelhecimento são: degradação física e mental; sabedoria e experiência; doenças; aposentadoria e solidão. No cotidiano, em que vive a população idosa, Veras (2009) acrescenta problemas sociais considerados graves, entre eles, o medo à violência, a falta de assistência médica e a escassez de atividades de lazer. Esses problemas associados à desinformação sobre o processo de envelhecimento, ao preconceito e ao desrespeito aos idosos, se somam à precariedade das políticas públicas voltadas às questões da população idosa. Nesse sentido, Veras (2009) destaca a necessidade de haver uma mudança urgente no cuidado dos idosos, lembrando que no tratamento da população idosa deve-se considerar não somente a doença, mas, também, as práticas de atenção aos idosos com ênfase na humanização da assistência.

Sobre o processo de humanização da assistência, Gomes e Vianna (2008) consideram que a interação do profissional da saúde com o paciente idoso, em geral, se efetiva quando esse idoso passa a ser portador de alguma doença. A

interação que se estabelece é do profissional com a doença do sujeito, ou seja, o paciente não é considerado em seu todo, mas apenas em sua doença. Em oposição, Gomes e Vianna (2008) ressaltam alguns aspectos importantes no estabelecimento do contato entre ambos: atender o paciente com hora marcada; oferecer-lhe menor tempo de espera; dispor de um espaço de atendimento confortável; preservar a sua privacidade; trata-lo pelo seu nome; olhá-lo enquanto fala; ouvi-lo mais que falar; comunicar-se por meio de uma linguagem compreensível e, ainda, referir-se sobre o paciente de forma respeitosa e positiva, quando falar sobre ele com demais profissionais.

Ganança et al. (2004a) também relacionam as atitudes que o profissional da saúde deve assumir em relação ao paciente vertiginoso, entre elas, explicar-lhes que a vertigem e as tonturas de origem vestibular têm tratamento e podem ser curadas ou controladas; bem como solicitar-lhes paciência e perseverança em relação à espera dos resultados.

## **2.2 VESTIBULOPATIAS E EQUILIBRIO FUNCIONAL EM IDOSOS**

Para Ganança et al. (2002), a vestibulopatia é uma das doenças crônicas que acomete os idosos de forma significativa e com alta prevalência. Conforme os autores, o sistema vestibular é a principal fonte das tonturas, que também podem ter origem em outros acometimentos nos sistemas visual, vascular, neurológico, cervical e psicológico.

Segundo Simoceli et al. (2003); Luxon (2004); Mochizuki e Amadio (2006); Ganança et al. (2008); Gazzola et al. (2009), o equilíbrio corporal depende da integração do sistema vestibular que, por sua vez, compreende o labirinto, o nervo vestibulococlear, os núcleos, as vias e as inter-relações com sistema nervoso central. O sistema labiríntico é responsável pelo equilíbrio e pela posição do corpo no espaço. O sistema somatossensorial com os receptores sensoriais localizado nos tendões, músculos, articulações e o sistema visual.

Para Ganança et al. (2004a); Zanardini et al. (2007), o aparecimento da tontura e do desequilíbrio se dá devido a uma interferência no funcionamento do sistema de equilíbrio corporal que pode ser de origem periférica e/ou central. Nas tonturas de origem central, as crises normalmente são de caráter rotatório

sem a presença de manifestações neurovegetativas e estão associadas aos sintomas e aos sinais neurológicos.

Além das tonturas de origem central, Ganança et al. (2004b) acrescentam as de origem mista e lembram que as periféricas são mais comuns que as centrais, podendo ser agudas ou crônicas. A vertigem aguda poderá ocorrer de forma associada a uma tontura intensa e incapacitante do tipo rotatório, junto com náuseas, vômitos, sudorese, palidez e taquicardia. Esses sintomas com duração média de uma a duas semanas poderão ser compensados em um prazo de três a seis semanas, quando deverá ser registrado o seu desaparecimento. Contudo, poderá haver reincidência, com sua apresentação, ou não, em intervalos assintomáticos. Quando recorrente, a vertigem pode desencadear conseqüências somato-psíquicas e, em decorrência, interferir nas atividades da vida diária, causando nos indivíduos um sentimento de estar fora da realidade.

Ganança; Mezzalira e Cruz (2008) consideram a vertigem uma das formas mais freqüentes de tonturas. O termo vertigem é o mais utilizado para definir os tipos de perturbação do equilíbrio corporal. Ela é caracterizada pela sensação de rotação do meio ambiente ou giro do ambiente, sendo mais comum as vertigens que surgem em determinadas posições e/ou movimentação da cabeça. Embora as mais freqüentes sejam as vertigens de posicionamento, que ocorrem quando há uma mudança de posição da cabeça, também são registrados casos de pacientes que não apresentam as vertigens de caráter rotatório.

Em geral, pacientes que apresentam disfunção vestibular apresentam instabilidades e desequilíbrio devido a um aumento da oscilação do corpo; redução do limite de estabilidade; desvio de marcha; quedas e redução na capacidade funcional. Os autores consideram que as tonturas geram distúrbios no equilíbrio corporal; causam insegurança física e podem conduzir o indivíduo à insegurança psíquica, ansiedade, depressão e pânico. Para Gazzola (2006); Ganança; Mezzalira e Cruz (2008), para que haja o equilíbrio corporal, é necessário o ajuste dos sistemas associados a um alinhamento dos segmentos referentes à amplitude de movimento, flexibilidade, condições de base de sustentação e força muscular.

Ganança et al. (2004a) consideram que a avaliação do paciente com distúrbio do equilíbrio corporal pode ser feita por meio de sua história clínica

quanto à tontura e sintomas associados e, por meio de exames otoneurológicos ou perfil otoneurológico, que constituem a única forma de confirmar, localizar e caracterizar a lesão no sistema vestibular. A história clínica do paciente é importante não somente para verificar a intensidade do quadro clínico, mas também para verificar as implicações quanto à qualidade de vida do paciente.

Ainda, quanto à verificação diagnóstica, Ganança et al. (2004a) consideram que na identificação do tipo de lesão, periférica ou central, as tonturas diagnosticadas como rotatórias e não rotatórias, poderão ser agudas, com uma única crise, periódicas ou crônicas. Portanto, poderão se apresentar de forma intermitente ou constante, com intensidade leve, moderada, severa ou incapacitante, sendo que o mesmo paciente pode apresentar mais de um tipo de tontura (GANANÇA et al., 2004b).

A tontura e/ou desequilíbrio pode levar o indivíduo à incapacitação parcial ou total em relação ao desempenho de atividades sociais, profissionais, familiares, além de causar prejuízos físicos e psicológicos, como a perda da autoconfiança, além de depressão, déficit na concentração e rendimento, podendo refletir sobre a sua qualidade de vida (GANANÇA et al. 2008; JACOBSON e SHEPARD 2008; PATATAS; GANANÇA e GANANÇA 2009).

A tontura e/ou desequilíbrio no idoso pode levar à queda, que passa a ser um fator de preocupação da saúde pública por estar associada à principal *causa mortis* na população idosa. O sistema dinâmico de manutenção da postura, decorrente da fraqueza muscular devido ao processo de envelhecimento, passa a ser um fator contribuinte para as quedas nos idosos, apesar de essa condição não ser considerada a causa responsável pelas quedas.

Acredita-se que o comprometimento do sistema vestibular esteja envolvido nas condições que levam as pessoas idosas à instabilidade, pelo próprio processo envelhecimento no sistema labiríntico (GANANÇA, MEZZALIRA e CRUZ, 2008). Para os autores, não se sabe especificamente qual o risco de quedas para idosos vestibulopatas, apesar da existência de vários estudos sobre o tema.

Ganança et al. (2004b); Patatas; Ganança e Ganança (2009) destacam a necessidade de um instrumento capaz de estabelecer um perfil do paciente

vertiginoso, caracterizando a relação da tontura e as implicações na qualidade de vida para que se possa definir o tratamento mais eficaz para os idosos vestibulopatas. O instrumento *Dizziness Handicap Inventory* (DHI) destinado a avaliar a qualidade de vida em pacientes vertiginosos tem sido bastante utilizado como um dos parâmetros para verificar os impactos da tontura nos pacientes vestibulopatas.

Segundo Ganança e Ganança (2002; 2004b); Zanardini et al. (2007), um dos métodos que contribui para o tratamento do paciente vertiginoso e, em decorrência, para a melhoria de sua qualidade de vida é a reabilitação vestibular (RV), realizada por meio de mecanismos centrais de neuroplasticidade com adaptação, habituação e substituição. Trata-se de exercícios que trabalham com a instabilidade corporal, estabilidade do olhar e controle postural para que haja diminuição da tontura e de seus impactos na realização das tarefas do dia a dia e, dessa forma, colaborarem para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

### **2.3 QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM VESTIBULOPATIAS**

As conseqüências somatopsíquicas advindas da vertigem - quando recorrentes e causadas pela disfunção no sistema vestibular - podem trazer consigo desajustes em relação ao equilíbrio corporal, levando às quedas. Essa condição física, a que é acometido o vestibulopata, restringe cada vez mais as suas atividades físicas devido, entre outros aspectos, à insegurança física; à insegurança psíquica; irritabilidade; perda de autoconfiança; ansiedade e depressão que se apresentam como fatores associados às vestibulopatias e que, em conseqüência, interferem no desempenho de suas atividades do cotidiano e respectivamente em sua qualidade de vida (GANANÇA, 2004a; 2006).

Jacobson e Shepard (2008); Ganança et al. (2004b); Patatas; Ganança e Ganança (2009) destacam a importância dos instrumentos capazes de estabelecer um perfil dos indivíduos vertiginosos, relacionando as conseqüências e, sobretudo, as alterações que a tontura pode trazer sobre a sua qualidade de vida. Os autores destacam também que a avaliação da QV constituiu uma prática diária do manejo clínico que contribui para a diminuição dos impactos das doenças crônicas. Nesse

sentido, os autores lembram que vários instrumentos já foram propostos e utilizados para avaliar a QV em pacientes com vestibulopatias, como o DHI.

Todos os autores, aqui referenciados, são unânimes quanto às interferências entre os sintomas do desequilíbrio corporal de origem vestibular e a qualidade de vida dos pacientes. Também concordam que a possibilidade de investigar as relações existentes entre a qualidade de vida em idosos que apresentam as vestibulopatias, como é o caso da tontura, é de suma importância não apenas para a investigação dos aspectos da vida do paciente que são mais afetados pelos distúrbios, mas, sobretudo, para a escolha de uma terapia mais adequada.

### 3 MÉTODO

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi realizado um estudo retrospectivo por análise de prontuários. O projeto que deu origem à investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNIBAN Brasil, sob o protocolo de número 0019/09.

A amostra foi constituída de 65 (sessenta e cinco) pacientes atendidos, no ano de 2009, no Laboratório de Reabilitação Vestibular e Inclusão Social do Programa de Mestrado em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social, localizado em São Paulo, no campus Maria Cândida, pertencente à referida universidade.

Os pacientes integrantes da amostra – dos gêneros masculino e feminino - apresentavam disfunção de origem vestibular crônica, caracterizados pela queixa de tontura e/ou desequilíbrio, há pelo menos três meses.

Na delimitação da amostra, foram excluídos do estudo os idosos que apresentaram alterações oculares que prejudicassem a realização dos exames; pacientes que apresentavam perda auditiva severa a profunda bilateral devido à dificuldade de compreensão do teste; pacientes com alterações neurológicas ou psiquiátricas que impedissem a compreensão e a realização dos testes; pacientes com alterações locomotoras que impedissem a realização dos exames ou impossibilidade de permanecer de forma independente na posição ortostática. Também foram excluídos da amostra os pacientes diabéticos descompensados; com distúrbios ortopédicos e/ ou com utilização de próteses em membros inferiores.

Todos os pacientes passaram por avaliação médica, no Laboratório. No primeiro momento, foram analisados os dados obtidos durante a avaliação clínica otoneurológica, em que se submeteram todos os idosos pertencentes à amostra. Essa avaliação incluiu anamnese; exame físico otorrinolaringológico; audiometria e exame vestibular, por meio da vectoelectronistagmografia,

A verificação dos dados da anamnese teve por objetivo levantar informações para realização dos diagnósticos sindrômico e topográfico da disfunção vestibular, compreendendo informações sobre o tipo de afecção vestibular e a caracterização da tontura.

Neste estudo, foi utilizado o questionário de “Qualidade de Vida e Inclusão Social” (QVIS), instrumento inédito, elaborado por professores do Programa de Mestrado em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social da UNIBAN



Brasil, que permite avaliar e ampliar o diagnóstico inicial e de saída de pacientes portadores das vestibulopatias. Também permite o levantamento de informações sobre indicadores que obtiveram significância em relação aos efeitos causados por tonturas nos idosos e, em decorrência, considerar o paciente em toda a sua singularidade tendo em vista analisar a sua qualidade de vida e sua inclusão social.

As questões incluídas no QVIS foram agrupadas nas seguintes categorias: motivos da busca de tratamento; prática de atividades físicas; hábitos alimentares; hábitos de lazer; atividades intelectuais; relação com o trabalho e aposentadoria; auto-estima e relacionamentos interpessoais e expectativas de vida. Cada uma dessas categorias é avaliada por meio de um conjunto de indicadores. Para cada indicador, há a possibilidade de emissão de três opções de resposta: “sim”, “não” e “às vezes”. A aplicação do instrumento não necessita de um ambiente especial, mas a garantia de algumas condições necessárias ao seu preenchimento como: silêncio, iluminação e ventilação adequados. O responsável pela aplicação e o respondente deverão permanecer sentados confortavelmente e próximos um do outro. O preenchimento do questionário é feito pelo aplicador, que assinala com um “x” uma das alternativas escolhidas pelo respondente: “sim”, “não” e “às vezes”.

Para realização desta pesquisa, foram selecionadas as seguintes categorias: busca de tratamento, atividade física, hábitos de lazer, relacionamentos interpessoais e auto-estima. Essas categorias foram selecionadas por incluírem indicadores cujas questões formuladas permitem obter informações que avaliam os indivíduos de forma mais dinâmica e global. Os idosos concordaram em responder o questionário, não havendo nenhuma recusa e durante a aplicação não houve necessidade de repetir as questões. Cada questão levou em média 1 minuto para aplicação. Todos os pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

A inclusão da categoria “busca de tratamento” se justifica pela necessidade de levantar informações sobre os motivos que levaram o paciente buscar o tratamento ou de verificar até que ponto foi uma decisão pessoal ou exigência da própria família. Nesta categoria, foram considerados os seguintes indicadores do QVIS:

- medo de incomodar a família;
- insegurança em andar desacompanhado;
- necessidade de dormir melhor;

- insegurança em usar transporte;
- falta de disposição para o lazer;
- falta de disposição para praticar esportes;
- necessidade de melhorar os relacionamentos interpessoais;
- exigência da família.

A seleção da categoria “atividade física” se justifica porque uma das maiores queixas dos indivíduos que apresentam vestibulopatias se refere aos seus impactos sobre as atividades físicas, na medida em que estão sujeitos às quedas, às tonturas, entre outras manifestações. Nesse sentido, foram considerados os seguintes indicadores do QVIS:

- costuma caminhar;
- pratica natação;
- pratica algum esporte;
- pratica ioga;
- pratica tai chi chuan;
- frequenta algum clube ou academia esportiva;
- participa de algum grupo voltado a alguma atividade física;
- costuma dançar;
- sente falta de disposição para realizar atividades físicas;
- sente insegurança para realizar atividades físicas;
- sua dificuldade de saúde interfere na atividade física;
- tem apoio da família para realização das atividades físicas.

No que se refere à categoria “hábitos de lazer”, a preocupação fundamental com sua inclusão foi a de verificar até que ponto os sintomas das vestibulopatias interferem nos hábitos de lazer dos idosos integrantes da amostra. Para tanto, foram avaliados os seguintes indicadores:

- costuma visitar amigos e familiares;
- costuma ir à praça;
- costuma viajar;
- frequenta algum clube;
- vai à igreja;
- vai ao cinema;

- ler jornais, livros ou revistas;
- assiste televisão;
- costuma ver filmes, vídeos ou DVD;
- vai ao estádio de futebol;
- costuma ir ao centro da cidade;
- costuma ir ao shopping;
- sente falta de disposição para realizar atividades de lazer;
- sua dificuldade de saúde interfere nas atividades físicas;
- sente insegurança para realizar atividades de lazer;
- tem apoio da família para realização de atividade de lazer.

Lembrando que o conceito de qualidade de vida, em concordância com o que estabelece a OMS, envolve aspectos sociais, psicológicos e culturais, optou-se pela inclusão da categoria “auto-estima e relacionamentos interpessoais”, para se obter informações que permitissem identificar como o paciente vestibulopata se vê e, ao mesmo tempo, como se relaciona com as demais pessoas.

Esta categoria incluiu os seguintes indicadores:

- fala abertamente de sua dificuldade para as pessoas;
- pede ajuda às pessoas quando sente os sintomas;
- sua dificuldade de saúde influi em seus relacionamentos interpessoais;
- troca idéias com pessoas que tem a mesma dificuldade;
- recebe apoio de seus familiares em relação à sua dificuldade.

Em relação a limitação do estudo foram analisados 110 prontuários sendo que destes mediante aos critérios de exclusão foram selecionados 65 prontuários para verificação e análise.

As variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas, esta análise foi feita por meio da observação dos valores mínimos e máximos e do cálculo de médias, desvios-padrão e medianas. Para as variáveis qualitativas, foram calculadas as freqüências absolutas e relativas.

## 4 RESULTADOS

Foram avaliados 65 idosos com vestibulopatia crônica, com média etária de 71 anos e desvio – padrão (DP) de 5, 35%, e idades mínima e máxima entre 65 e 85 anos, respectivamente.

Os dados obtidos indicaram que o gênero prevalente foi o feminino. Dos 65 pacientes, 59 (90,8%) eram mulheres. Sete pacientes apresentaram zumbido representando (10,8%) da amostra.

A caracterização da tontura quanto ao tempo, tipo, duração e periodicidade está apresentada na tabela 1.

**Tabela 1** - Caracterização da tontura de 65 idosos com vestibulopatia crônica quanto ao tempo da tontura; tipo de tontura; tipo de tontura rotatória; duração e periodicidade.

	Categoria	Frequência (n)	
		Absoluta	Relativa (%)
<b>Tempo da Tontura</b>	3 a 6 meses	5	7,7
	7 a 11 meses	2	3,1
	1 a 2 anos	12	18,5
	3 a 4 anos	11	16,9
	mais de 5 anos	35	53,8
	Total	65	100
<b>Tipo de Tontura</b>	Tontura rotatória	35	53,8
	Tontura não rotatória	20	30,8
	Ambas	10	15,4
	Total	65	100
<b>Tipo de Tontura Rotatória</b>	Subjetiva	15	23,1
	Objetiva	23	35,4
	Ambas	9	13,8
	Não refere	18	27,7
	Total	65	100
<b>Duração</b>	Horas	8	10,9
	Minutos	24	38,3
	Segundos	33	50,8
	Total	65	100
<b>Periodicidade da Tontura</b>	Esporádica	30	46,2
	Mensal	7	10,8
	Semanal	11	16,8
	Diária	17	26,2
	Total	65	100

As tabelas 2 a 4 apresentam os dados referentes às quatro categorias selecionadas do instrumento QVIS, respectivamente, busca de tratamento, atividades físicas, hábitos de lazer, auto-estima e relacionamento interpessoais.

**Tabela 2** – Freqüência absoluta e relativa das respostas referentes aos motivos de busca de tratamento apresentadas por 65 idosos com vestibulopatia crônica.

BUSCA TRATAMENTO	Sim		Não		Às vezes	
	N	%	N	%	N	%
Medo incomodar familiar	26	40,1	29	44,6	10	15,3
Insegurança andar desacompanhado	13	20,0	44	67,7	8	12,3
Necessidade de dormir melhor	33	50,8	25	38,5	7	10,7
Insegurança em usar transporte	19	29,3	37	56,9	9	13,8
Falta disposição para usar o lazer	13	20,0	43	66,2	9	13,8
Falta de disposição para praticar esportes	15	23,1	44	67,7	6	9,2
Necessidade de melhorar os relacionamentos interpessoais	20	30,8	39	60,0	6	9,2
Exigência da família	8	12,3	56	86,2	1	1,5

**Tabela 3** – Freqüência absoluta e relativa das respostas aos indicadores referentes às atividades físicas apresentadas por 65 idosos com vestibulopatia crônica.

ATIVIDADES FÍSICAS	Sim		Não		Às vezes	
	N	%	N	%	N	%
Costuma caminhar	38	58,6	24	36,8	3	4,6
Pratica natação	6	9,3	57	87,7	2	3,0
Pratica algum esporte	6	9,3	58	89,2	1	1,5
Pratica ioga	11	16,9	53	81,6	1	1,5
Pratica <i>tai chi chuan</i>	17	26,1	48	73,9	--	--
Freqüenta algum clube ou academia esportiva	20	30,8	43	66,2	2	3,0
Participa de algum grupo voltado a alguma atividade física	33	50,8	30	46,2	2	3,0
Costuma dançar	8	12,3	49	75,4	8	12,3
Sente falta de disposição para realizar atividades físicas	17	26,1	41	63,0	7	10,7
Sente insegurança para realizar atividades físicas	11	16,9	48	73,8	6	9,3
Sua dificuldade de saúde interfere na A.F	16	24,7	40	61,5	9	13,8
Tem apoio da família para realização das A.F	43	66,2	22	33,8	--	--

-- sem obtenção de valores

**Tabela 4** – Frequência absoluta e relativa das respostas aos indicadores referentes às atividades de lazer apresentadas por 65 idosos com vestibulopatia crônica.

HÁBITOS DE LAZER	Sim		Não		Às vezes	
	N	%	N	%	N	%
Costuma visitar amigos e familiares	33	50,8	13	20,0	19	29,2
Costuma ir à praça	15	23,1	43	66,2	7	10,7
Costuma viajar	27	41,6	19	29,2	19	29,2
Freqüenta algum clube	15	23,1	49	75,4	1	1,5
Vai a igreja	45	69,3	13	20,0	7	10,7
Vai ao cinema	3	4,6	51	78,5	11	16,9
Ler jornais, livros ou revistas	39	60,0	18	27,7	8	12,3
Assiste televisão	57	87,7	--	--	8	12,3
Costuma ver filmes, vídeos ou DVD	17	26,1	38	58,6	10	15,3
Vai ao estádio de futebol	--	--	62	95,4	3	4,6
Costuma ir ao centro da cidade	31	47,8	17	26,1	17	26,1
Costuma ir ao shopping	34	52,3	14	21,6	17	26,1
Sente falta de disposição para realizar atividades de lazer	13	20,0	47	72,3	5	7,7
Sua dificuldade de saúde interfere nas atividades físicas	14	21,6	42	64,6	9	13,8
Sente insegurança para realizar atividades de lazer	13	20,0	43	66,2	9	13,8
Tem apoio da família para realização de atividade de lazer	44	67,7	21	32,3	--	--

-- sem obtenção de valores



**Tabela 5** – Frequência absoluta e relativa das respostas aos indicadores referentes à auto-estima e aos relacionamentos interpessoais apresentadas por 65 idosos com vestibulopatia crônica.

AUTO-ESTIMA E RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS	Sim		Não		Às vezes	
	N	%	N	%	N	%
Fala abertamente de sua dificuldade para as pessoas	41	63,0	20	30,8	4	6,2
Pede ajuda as pessoas quando senti sintomas	27	41,5	34	52,3	4	6,2
Sua dificuldade de saúde influi em seus relacionamentos interpessoais	12	18,4	49	75,4	4	6,2
Troca idéias com pessoas que tem a mesma dificuldade	40	61,5	21	32,3	4	6,2
Recebe apoio de seus familiares em relação a sua dificuldade	48	73,9	15	23,1	2	3,0

## 5 DISCUSSÃO

A verificação da relação entre os distúrbios e as manifestações clínicas das vestibulopatias e a qualidade de vida dos idosos é importante para o aprofundamento dos estudos e das investigações sobre a temática. Também é importante para a proposição de alternativas mais adequadas ao seu tratamento; bem como para a indicação de procedimentos que possam concorrer para que esses idosos adquiram melhores condições de saúde, maior independência e autonomia, com reflexos positivos em seus relacionamentos sociais e, portanto, em sua qualidade de vida.

Alguns autores, como Ganança et al. (2004b); Jacobson; Shepard (2008); Patatas; Ganança e Ganança (2009); Gazzola et al. (2009), consideram que pacientes acometidos pelas vestibulopatias passam a ter restrições quanto às atividades físicas e funcionais, atividades sociais e psicológicas, influenciando na perda da autoconfiança, que gera um sentimento de frustração e pode levar a quadros depressivos, com impactos significativos em seu bem estar e em sua qualidade de vida.

Neste estudo, a caracterização de uma amostra de 65 pacientes idosos com vestibulopatias crônicas, de ambos os sexos, residentes em São Paulo foi feita, conforme apontado, anteriormente, com base em dados encontrados nos questionários, respondidos voluntariamente, sobre Qualidade de Vida e Inclusão Social (QVIS), elaborado por professores do Programa de Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social (2008).

É importante destacar que a amostra constante deste estudo foi integrada por idosos encaminhados, em 2009, para tratamento ao Laboratório de Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social da UNIBAN Brasil por meio do convênio celebrado entre a UNIBAN Brasil e a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) da Prefeitura de São Paulo, em 2008. Essa condição de origem da amostra de idosos pode indicar características de um perfil diferenciado em relação à outra população idosa vestibulopata no que se refere à importância de buscar um tratamento de saúde e ao próprio comprometimento do idoso em buscar uma nova condição de bem estar e, portanto, de qualidade de vida.

## **Gênero Feminino**

Verificou-se que o gênero feminino é prevalente, ou seja, constitui 90,8% dos 65 pacientes da amostra selecionada. Essa constatação reafirma as conclusões das pesquisas realizadas por Ganança et al. (2006); Gazzola et al. (2006a; 2006b; 2009). Os autores são unânimes em afirmar que o sexo feminino tem maior incidência em relação à apresentação dos sintomas de vestibulopatias. Os autores ainda concordam que as mulheres procuram mais o tratamento que os homens. A incidência do sexo feminino segundo Gazzola et al. (2006a) e Mantello et al. (2008) pode estar associada às disfunções hormonais e aos distúrbios metabólicos apresentados por mulheres. Também está acordo com os estudos de Ganança et al. (2006) que lembram que a população feminina está mais preocupada em buscar orientação médica que a população masculina.

## **Tontura: tempo, tipo, duração e periodicidade**

Quanto à caracterização da tontura, verificou-se que as maiores taxas de incidências em relação ao tempo de apresentação do sintoma da tontura se situam nas faixas: mais de 5 anos, que corresponde a 53,8%; entre 3 e 4 anos, 16,9% e, entre 1 e 2 anos, 18,5%. Por sua vez, as menores taxas incidências se situam nas faixas entre 7 e 11 meses (3,1%) e 3 e 6 meses (7,7%). Comparando-se os percentuais, verifica-se a prevalência de idosos que apresentam tontura, em um período mais longo, isto é, há mais de 5 anos, é de 53,8%, o que representa mais da metade da amostra, portanto, um dado bastante significativo. Esse percentual 53,8% - se somado aos que apresentaram o sintoma entre 3 e 4 anos 16,9% - atinge 70,7% da amostra de idosos, ratificando as observações de Ganança et al. (2002), ao considerar que a vestibulopatia é uma das doenças crônicas que acomete os idosos de forma significativa e com alto grau de prevalência.

Na amostra estudada, verificou-se também que o tipo de tontura prevalente é o da rotatória, sendo 53,8% do tipo objetiva e 35,4% com duração em segundos 33% e, de forma esporádica, 46,2%. A constatação da prevalência da tontura rotatória é semelhante às encontradas em estudos de Ganança et al. (2004b) que indicam o predomínio da tontura do tipo rotatória em pacientes idosos. Os dados da amostra privilegiada, neste estudo, indicaram que 30,8% apresentam tontura

não rotatória e, em um menor percentual, 15,4%, são encontradas indicações dos dois tipos de tontura. Esses resultados também estão de acordo com Ganança et al. (2004) quando afirmam que na identificação do tipo de lesão, periférica ou central, as tonturas diagnosticadas poderão ser dos tipos: rotatória e não rotatória, sendo que um mesmo paciente poderá apresentar mais de um tipo de tontura.

A constatação da amostra também concorda com a pesquisa de Gazzola et al. (2006a) em que a autora aponta a cronicidade da tontura na população idosa, sugerindo a dificuldade de compensação vestibular completa em relação à população de idosos uma vez que o aumento da idade está associado ao aparecimento dos sintomas otoneurológicos como a vertigem e a tontura. Gazzola (2006a) e Ganança (2008) destacam que os sintomas desencadeadores de tonturas mais freqüentes referem-se aos seguintes movimentos: virar a cabeça; manter a cabeça em posição específica; levantar da posição deitada; andar; virar o corpo; levantar da posição sentada. Estes movimentos ou posições da cabeça são bastante estimulantes para o sistema vestibular e acabam provocando a vertigem e outras tonturas.

Gazzola (2006a) e Ganança et al. (2008) destacam que as tonturas e a vertigem levam à alteração do equilíbrio corporal, provocam uma restrição dos movimentos e da locomoção devido aos distúrbios de marcha e quedas ocasionadas pela vertigem. O zumbido é outro sintoma associado às principais queixas de tonturas, conforme destaca Onishi et al. (2008). O autor considera ainda que apesar desta associação, os pacientes que se queixam de “barulho” sem motivo aparente, correspondem entre 15% e 17% da população. E que o impacto na qualidade de vida desses pacientes pode variar desde um pequeno incômodo ou até quadros incapacitantes. Contudo, no caso específico desta amostra, apenas 10,8% revelaram sentir zumbidos.

### **Busca de tratamento**

Quanto à categoria “busca de tratamento”, o instrumento aplicado permitia que os idosos respondessem “sim”; “não”; ou “às vezes” a cada uma das questões ou indicadores.

Os dados obtidos apresentaram um quadro bastante interessante em relação à amostra. Enquanto 40% dos idosos buscaram tratamento por “medo de incomodar a família”, um percentual quase que semelhante 44,6% apresentou comportamento contrário, ou seja, não tem esse medo. Essa característica da amostra nos leva a supor a existência de um comprometimento com o estado de saúde tanto do grupo que busca o tratamento sem levar em conta se está incomodando a família, quanto dos que procuram o tratamento em razão desse medo. Em um estudo de Gazzola et al. (2006a), os autores destacam que pacientes provenientes de “um ambulatório de otoneurologia” denotam maior comprometimento com a saúde. Ainda, em relação a esse indicador, verificou-se que 15,4% da amostra responderam “às vezes”, o que nos leva a supor que esse percentual (ora afirmativo, ora negativo) corresponda a momentos pontuais, na vida desses idosos.

Outro dado bastante interessante se refere à “insegurança em andar desacompanhado”. Do grupo de idosos analisados, 67,7% revelaram não apresentar esse comportamento e somente 20,0% responderam afirmativamente. Esses dados podem ser relacionados às respostas dadas em relação ao indicador “insegurança em usar transporte”. Verificou-se que a prevalência se situa entre 56,9% de idosos que responderam não sentir insegurança, enquanto, 29,2% responderam afirmativamente. Como se percebe, existe uma relação entre os índices obtidos entre aos dois indicadores. Os percentuais de idosos que não apresentam insegurança em andar desacompanhado 67,7% e de usar transporte 56,9% são bem próximos. Da mesma forma, os idosos que apresentam insegurança em andar desacompanhado 20% e de usar transporte 29,2% também guardam proximidade. Essa constatação talvez se explique pela origem da amostra. Conforme já destacado, a amostra integra grupos de idosos, assistidos e apoiados pela SMADS. Por essa razão, esses idosos já gozam de certa independência e autonomia na medida em que participam de um conjunto de eventos realizados nos centros e associações supervisionados e/ou mantidos pelo referido órgão, o que exige o seu deslocamento e locomoção para comparecer aos eventos programados.

Da relação de indicadores, o que apresentou maior prevalência em relação à busca de tratamento foi a “necessidade de dormir melhor”, ou seja, 50,85% da amostra responderam afirmativamente, enquanto que 38,5% responderam negativamente e somente 10,8% responderam “às vezes”. Esta condição de

prevalência pode estar associada aos estudos de Gazzola et al. (2009), quando a autora se refere à relação da disfunção vestibular crônica com os sintomas depressivos e estes, em conseqüência, se refletem sobre a presença de insônia.

As respostas apresentadas em relação aos indicadores “falta de disposição para o lazer” e “falta de disposição para praticar esportes” também apresentaram uma correlação positiva entre os percentuais obtidos nas respostas. No indicador “falta de disposição para o lazer”, verificou-se que 66,2% da amostra responderam negativamente e 20,0% respondeu afirmativamente, enquanto que somente 13,8% responderam “às vezes”. No que se refere à “disposição para praticar esportes”, 67,7% responderam não sentem falta de disposição; 23,1% responderam negativamente e somente 9,2% responderam “às vezes”. Essa constatação indica que a amostra estudada mesmo apresentando sintomas de vestibulopatias crônicas apresenta disposição para o lazer e para a prática de esportes. Nesse sentido, opõe-se ao estudo realizado por Castro et al. (2007) sobre avaliação da qualidade de vida dos idosos com tontura, utilizando o instrumento o DHI, cujos resultados apontaram que os pacientes restringem suas atividades físicas e sociais, visando à redução dos riscos de apresentar os sintomas referentes à tontura. Por outro lado, os resultados da presente amostra concordam com as pesquisas de Rosa (2006) sobre envelhecimento, tomando como referência um grupo de 748 idosos, ao apontar que o envolvimento ativo de idosos com a vida inclui, entre outras categorias, as atividades de lazer e a independência física, em que se inclui a prática dos esportes.

Em relação à busca de tratamento pela necessidade de “melhorar os relacionamentos interpessoais”, 30,8% dos idosos incluídos na amostra responderam afirmativamente; 60,0% responderam negativamente e apenas 9,2% responderam “às vezes”. A prevalência de respostas que não indicam a necessidade de melhorar os relacionamentos talvez se explique novamente pela origem da amostra. Os idosos analisados já integram uma rede de relações sociais na medida em que participam ativamente de grupos e associações, supervisionados pela SMDAS. Essa característica da amostra estudada é bastante positiva em relação à qualidade de vida da faixa etária, conforme estudos de Rosa (2006) que apontam que as relações sociais positivas – em que se incluem o apoio social, o companheirismo e amizades - são indicadores de uma velhice saudável e de uma melhor qualidade de vida.

## Atividades Físicas

Um aspecto interessante em relação à amostra estudada se refere ao desempenho das atividades físicas. Os resultados obtidos indicaram que a preferência de mais da metade da amostra 58,6% é pela realização de caminhadas, não demonstrando interesse pela realização de outras atividades esportivas o que foi confirmado pela frequência de respostas negativas apontadas: 87,7% não praticam natação; 81,6% não praticam ioga; 73,9% não praticam *tai chi chuan*; 66,2% não freqüentam algum clube ou academia esportiva e 75,4% não costumam dançar.

Apesar da incidência de respostas negativas, constatou-se que mais da metade do grupo realiza atividades físicas, isto é, 50,8% participam de um grupo voltado a alguma atividade física. Esse dado nos leva a concluir que - apesar das queixas de tontura - os idosos integrantes da amostra não sentem falta de disposição para realizar atividades físicas. Também não apresentam insegurança para realizá-las, o que foi confirmado por 61,5% dos idosos ao afirmarem que a sua dificuldade de saúde (tontura) não interferia no desempenho de atividades físicas, recebendo 66,2% deles apoio da família para a realização dessas atividades.

É bem provável que a insegurança dos idosos quanto à prática de atividade física, representada por 16,9% da amostra, se explique pelos estudos realizados por Ganança et al. (2008) e Gazzola et al. (2009) ao destacarem que a população idosa com distúrbios vestibulares passa a ter alterações nos diversos sistemas como o sistema vestibular, somato-sensorial e alterações patológicas, associando-os a déficits como medo de quedas. Na mesma direção se situam os estudos de Castro et al (2007), ao destacarem que muitos pacientes com tontura restringem suas atividades físicas e sociais com o propósito de reduzir o risco de ocorrência dos sintomas. Na amostra pesquisada apesar das restrições que a vestibulopatia ocasiona, os idosos aqui representados demonstraram uma compensação vestibular adaptando se a novas condições de realização das tarefas como, por exemplo, a caminhada executada com um ritmo considerado normal ou rápido, passou a ser executada de forma lenta, para que não houvesse a manifestação dos sintomas.

Estudo de Castro (2006) indica que - apesar da limitação imposta pela tontura - os idosos que apresentam comportamento independente funcionalmente e tomam suas próprias decisões têm mais disposição para a realização das atividades

físicas. Alguns estudos evidenciam o papel da atividade física na melhoria da qualidade de vida em particular da pessoa idosa, com o objetivo da diminuição dos efeitos deletérios do envelhecimento, procurando maximizar o contacto social desses grupos, procurando reduzir os problemas psicológicos, como ansiedade e depressão.

As características apresentadas pela amostra estudada se contrapõem em parte às pesquisas realizadas sobre a limitação imposta pela tontura. Essa constatação talvez se explique pelo fato desta amostra se compor basicamente de pessoas idosas da comunidade que freqüentam clubes e/ou associações, apoiadas pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) da Prefeitura de São Paulo. Na medida em que esses clubes e associações estimulam a participação de idosos em atividades diversas com o propósito de contribuir para a aquisição de maior independência física e social, é bem possível que essa condição desses idosos tenha se refletido na obtenção dos resultados. Contudo, os achados sugerem que o desempenho de atividades físicas constituiu uma condição que interfere positivamente sobre aspectos relacionados à qualidade de vida de idosos com tontura de origem no sistema vestibular.

### **Hábitos de lazer**

Quanto à categoria “hábitos de lazer”, os resultados prevalentes em relação aos indicadores privilegiados no QVIS, nos levam a afirmar que os idosos integrantes da amostra - apesar das limitações que a tontura lhes impõe – apresentam uma atitude positiva em relação à vida na medida em: 50,8% deles costumam visitar seus amigos ou familiares; 41,5% costumam viajar; 87,7% assistem à televisão; 47,7% vão ao centro da cidade; 52,3% vão ao shopping; 72,3% não sentem falta de disposição para praticar as atividades de lazer; 64,6% consideram que sua dificuldade de saúde (tontura) não interfere no desempenho de atividades físicas (relacionadas ao lazer); 66,2% não apresentam insegurança para realizar as atividades de lazer e 67,7% contam com o apoio da família para a realização destas atividades. Esses resultados se contrapõem aos estudos de Aratani et al. (2006) sobre as atividades diárias que acarretariam maiores dificuldades para os idosos vestibulopatas crônicos. Segundo a amostra de idosos estudada pelos autores, foram detectadas dificuldades tanto em relação ao



desempenho de atividades físicas, quanto instrumentais em três atividades: subir escada 74%; fazer compras 56% e utilizar condução 56%. Os autores ainda concluíram que quanto mais o ambiente exigisse maior controle postural por parte dos idosos com disfunção vestibular crônica, mais as tarefas se tornavam mais difíceis.

Em relação ao indicador “vai à igreja”, 69,2% da amostra responderam que freqüentam algum tipo de igreja. Em um estudo realizado por Santos et al. (2002), em que utilizou a Escala de Flanagan para avaliar a qualidade de vida dos idosos, os seus resultados apontaram a prevalência de atividades ou práticas religiosas entre os idosos, considerando que o aspecto religioso tem grande influência nesta fase da vida, permitindo-lhes estabelecer um elo entre suas limitações e o aproveitamento de suas potencialidades e, desta forma, ajudando-lhes a viver de forma positiva esta fase da vida.

Um fator bastante importante apontado pelo estudo desta amostra se refere ao fato de que 60% dos idosos relataram ler jornais, livros ou revistas, o que nos leva a supor que temos uma população ativa em relação aos seus aspectos cognitivos. Essa constatação está de acordo com os estudos de Ribeiro e Yassuda (2007) sobre o papel da funcionalidade cognitiva que, quando gravemente comprometida, pode resultar entre outros aspectos no comprometimento das atividades sociais e de vida diária do paciente.

A busca pelo lazer por idosos portadores de vestibulopatias crônicas é de fundamental importância para o seu bem estar e qualidade de vida. Em um estudo realizado por Jóia; Ruiz e Donalizio (2007) referente ao grau de satisfação com a vida entre a população idosa, os autores destacam que a não referência à solidão está associada à satisfação com a vida. Destacam também que a busca do lazer passa a ser uma fuga da solidão e que os sintomas de ansiedade estão associados à menor satisfação com a vida e, principalmente, a um pior padrão de qualidade de vida.

### **Auto-estima e relacionamentos interpessoais**

Quanto à auto - estima e aos relacionamentos interpessoais, dos idosos avaliados, 63% costumam falar abertamente de sua dificuldade de saúde para outras pessoas; 75,4% consideram que a sua tontura não influi em seus relacionamentos interpessoais e 73,9% recebe apoio de seus familiares em relação a sua dificuldade. Na pesquisa realizada por Santos et al. (2002), os autores relacionam a influência das atividades exercidas nos grupos comunitários, em especial, as que envolvem tarefas sociais e religiosas, que passam a favorecer a interação com novas amizades e permitem a troca de experiências. Em relação à família, os vínculos são de fundamental importância, independente da vivência conjunta ou não. Os autores Santos et al. destacam a influência das relações familiares dos idosos em sua qualidade de vida.

O fato dos resultados da amostra não apresentar dificuldades em relação à tontura, talvez se explique devido à caracterização da tontura apresentada pelo grupo, ou seja, a maioria tem tontura de forma esporádica e em segundos. Contribuindo para este achado Gazzola et al (2006b), aponta que os idosos de sua pesquisa que referiram tontura com periodicidade diária tinham um pior desempenho de equilíbrio, quando foram comparados aqueles que tinham tontura com periodicidade esporádica, considerando ainda que isso provavelmente ocorra em razão da limitação imposta pela tontura passar a ser mais freqüente.

## 6 CONCLUSÃO

A amostra de 65 idosos que apresenta disfunção vestibular, objeto desta pesquisa cujo propósito foi verificar a relação entre o sintoma e a qualidade de vida, privilegiando algumas categorias, como: tipo de tontura; motivos de busca de tratamento; desempenho de atividades físicas; hábitos de lazer e auto-estima e relacionamentos interpessoais foram representados por maioria feminina e faixa etária entre 65 e 80 anos, com prevalência de tontura do tipo rotatória e esporádica e de longa duração.

Esse grupo de idosos atendido no Laboratório de Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social da UNIBAN – Brasil apresentou características diferenciadas no que diz respeito à relação entre os distúrbios relacionados ao equilíbrio corporal e suas implicações quanto ao bem estar e a qualidade de vida.

A mais significativa é que a amostra analisada não apresentou indicações de impactos dos distúrbios do equilíbrio corporal de origem no sistema vestibular sobre a sua qualidade de vida. Também não se constatou uma correlação negativa entre os sintomas da tontura e as categorias privilegiadas na análise.

A maior queixa dos idosos analisados se deu em relação à necessidade de dormir melhor, sendo que a maioria foi unânime em afirmar que recebe apoio da família para realizar as atividades e o tratamento e que os sintomas não interferem em seus relacionamentos pessoais.

Há prevalência de idosos que não sentem medo em andar desacompanhado e de tomar condução, o que indica um comportamento de independência e de autonomia por parte da amostra investigada.

A ocorrência dos distúrbios não os impedem de realizar tarefas relacionadas ao seu cotidiano, destacando-se a participação dos idosos analisados quanto à realização de atividades físicas e o desenvolvimento de atividades de lazer, em que se destaca ir à igreja.

Supõe-se que este grupo apresente uma característica específica que provavelmente interfira em sua qualidade de vida, ou seja, por já ter passado por um processo de triagem prévia na SMADS, o que resultou em seu encaminhamento

voluntário para o Laboratório. Trata-se, portanto, de indivíduos cujo tratamento resultou de uma decisão própria e não imposta por outra pessoa.

Por outro lado, estes idosos já participam de outras atividades nos grêmios e associações supervisionados pelo referido órgão e, portanto, já estão habituados às atividades em grupo, às atividades físicas e já mantêm uma rede de relações sociais.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, Maria do Socorro Silva; CARVALHO, Cecília Maria Resende Gonçalves de. O envelhecimento pela ótica conceitual, sociodemográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, vol 13, n 29, abr/jun. 2009.

ARATANI, Mayara Cristina et al. Quais atividades diárias provocam maior dificuldades para idosos vestibulopatas crônicos? *Acta Orl*, v.18, n.24. 2006.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, jan/jun. 2003.

CASTRO, Sandra Meireles de; PERRACINI, Monica Rodrigues; GANANÇA, Fernando Freitas. Versão brasileira do Dynamic Gait Index. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v.72, n.6, nov/dez. 2006.

CASTRO, Ana Silvia Oliveira de et al. versão brasileira do Dizziness Handicap Inventory. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, Barueri, v.19, n.1, jan/abr. 2007.

GANANÇA, Maurício Malavasi et al. Como diagnosticar e tratar a vertigem. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v.65, dez. 2008. Edição especial.

\_\_\_\_\_ et al. Conceitos e algoritmos terapêuticos. GANANÇA, Maurício Malavasi, et al. *Condutas na vertigem*. São Paulo: Moreira Jr. 2004a.

\_\_\_\_\_ et al. O Paciente Vertiginoso: **Manual de consulta rápida para o clínico**. São Paulo: Lemos Editorial. 2002. 185 p

GANANÇA, Fernando Freitas; MEZZALIRA, Raquel; CRUZ, Oswaldo Laércio M. Campanha nacional de prevenção a quedas de idosos dia 27 de setembro: dia de atendimento ao idoso com tontura. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v.74, n.2, mar/abr. 2008.

\_\_\_\_\_ et al. Circunstâncias e consequências de quedas em idosos com vestibulopatia crônica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.72, n.3, mai/jun. 2006.

\_\_\_\_\_ et al. Interferência da tontura na qualidade de vida de pacientes com síndrome vestibular periférica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.70, n.1, jan/fev. 2004b.

GAZZOLA, Juliana Maria, et al. Factors relating to depressive symptoms among elderly people with chronic vestibular dysfunction. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.67, jun. 2009.

\_\_\_\_\_ et al. Caracterização clínica de idosos com disfunção vestibular crônica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.72, n.1, jul/agos. 2006a.

\_\_\_\_\_ et al. Fatores associados ao equilíbrio funcional em idosos com disfunção vestibular crônica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.72, n.5, set/out. 2006b.

GOMES, Lucy; VIANNA, Cecília. Interação do profissional de saúde com paciente idoso. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 95, n. 5 e 6, nov/dez. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Comunicação Social**, 27 de novembro de 2008. Projeção da População do Brasil.

JACOBSON, Gary P; SHEPARD, Neil T. Assessing Dizziness-Related Quality of Life. JACOBSON, Gary P. e Neil T. SHEPARD. **Balance Function Assessment and Management**. San Diego: Plural Publishing. 2008.

JOIA, Luciane Cristina; RUIZ, Tania; DONALISIO, Maria Rita. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1, fev. 2007.

KARSCH, Ursula M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3. 2003.

LUXON, Linda M. Evaluation and management of the dizzy patient. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v.75. 2004.

MANTELLLO, Erika Barioni, et al. Efeito da reabilitação vestibular sobre a qualidade de vida de idosos labirintopatas. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.74, n.2. 2008.

MATSUDO, Sandra Mahecha; MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues; NETO, Turíbio Leite Barros. Impactos do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista Brasileira Medicina do Esporte**, Brasília, v.8, n.4, set. 2000.

MOCHIZUKI, Luis; AMADIO, Alberto Carlos. As informações sensoriais para controle postural. **Fisioterapia e Movimento**, São Paulo, v.19, n.2, abr/jun. 2006.

NASRI, Fabio. O envelhecimento populacional no Brasil. **Revista Einstein**, São Paulo, v.6, n.1. 2008.

ONISHI, Ektor, et al. Como diagnosticar e tratar zumbido. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v.65, dez. 2008. Edição especial.

PALACIOS, Jesus. Mudanças e desenvolvimento durante a idade adulta e a velhice  
COLL, César; MARCHESI, Álvaro; PALACIOS, Jesus. **Desenvolvimento Psicológico e Educação**. 2ª ed. Artmed. 2004.

PATATAS, Olívia Helena Gomes, Cristina Freitas GANANÇA e Fernando Freitas GANANÇA. Avaliação da Qualidade de Vida de Indivíduos submetidos à Reabilitação Vestibular. **Medicina e Cultura de São Paulo**, São Paulo, v.1, n.4, jan/mar. 2009.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidioso, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, jun. 2003.

SANTOS, Sergio Ribeiro dos, et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.6, nov/dez. 2002.

SANTOS, Flávia Heloísa dos; ANDRADE, Vivian Maria; BUENO, Orlando Francisco Amodeo. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.14, n.1, jan/mar. 2009.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.25, n.4. out/dez. 2008.

SHUMWAY-COOK A, et al. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults. **Phys Ther**; v.77, n.8, aug. 1997.

SIMOCELI, Lucinda, et al. perfil diagnóstico do idoso portador de desequilíbrio corporal: resultados preliminares. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.69, n.6, nov/dez. 2003.

TEIXIERA, Ilka Nicélia D'Aquino Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia USP**, São Paulo, v.19, n.1, mar. 2008.

VERAS, Renato. Envelhecimento contemporâneo: demandas, desafio e inovações. **Revista de Saúde Pública**. 2009.

WACHELKE, João Fernando Rech, et al. Princípios organizadores da representação social do envelhecimento: dados coletados via internet. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.13, n.2, mai/agost. 2008.

WACHELKE, João Fernando Rech. Índice de centralidade de representações sociais a partir de evocações (INCEV): exemplo de aplicação no estudo da representação social sobre o envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.22, n.1. 2009.

ZANARDINI, Francisca Halilla, et al. Reabilitação vestibular em idosos com tontura. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v.19, n.2, abr/jun. 2007.



**BIBLIOGRAFIA**

BASSIT, A. Z.; WITTER, C. Envelhecimento – Objeto de estudo e campo de intervenção. In: WITTER, Geraldina P. **Envelhecimento – Referenciais Teóricos e Pesquisas**, São Paulo, Alínea. 2006.

BITTAR, Roseli Saraiva Moreira, et al. “Repercussão das medidas de correção das comorbidades no resultados da reabilitação vestibular de idosos.” **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.73, n.3, mai/jun. 2007.

BUSS, Paulo Marchiori. “Promoção da saúde e qualidade de vida.” **Ciência & Saúde Coletiva**. 2000

CARNEIRO, Rachel Shimba, et al. “Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais.” **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 2007.

GUIMARÃES, Joanna Miguez Nery; FARINATTI, Paulo de Tarso Veras. “Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas.” **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. 2005.

MORAES, Norma Aparecida Silveira de; WITTER, Geraldina Porto. “Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca.” **Boletim de Psicologia**. 2007.

PATRÍCIO, Karina Pavão; HOSHINO, Katsumasa; Ribeiro Helena. “Ressignificação existencial do pretérito e longevidade humana.” **Saúde e Sociedade**. 2009.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. “Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos.” **Caderno de Saúde Pública**. 2004.

SILVEIRA, Solange Convento; FARO, Ana Cristina Mancussi. “Contribuição da reabilitação na saúde e na qualidade de vida do idoso no Brasil.” **Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento**. 2008.

WITTER, Carla, et al. “O envelhecimento.” Witter, Carla, et al. **Produção Científica na delimitação de um campo de estudo**, São Paulo. 2003.

**ANEXO A - Qualidade de vida e inclusão social de portadores de distúrbios do equilíbrio corporal – QVIS**

<b>BUSCA DO TRATAMENTO</b>			
<b>Motivos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Às vezes</b>
Sente vertigens			
Sente desmaios			
Sente tonturas			
Medo de incomodar a família			
Insegurança em andar desacompanhado			
Necessidade de dormir melhor			
Insegurança em utilizar transportes (ônibus, metrô etc.)			
Falta de disposição para o lazer			
Falta de disposição para praticar esportes			
Necessidade de melhorar os relacionamentos interpessoais			
Exigência da família			
<b>ATIVIDADE FÍSICA</b>			
<b>Tipo de atividade</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Às vezes</b>
Costuma caminhar			
Pratica natação			
Pratica algum tipo de jogo esportivo			
Pratica ioga			
Pratica tai chi chuan ou outra atividade semelhante			
Freqüenta algum clube ou academia esportiva			
Participa de algum grupo voltado a alguma atividade física			
Costuma dançar			
Sente falta de disposição para realizar atividades físicas			
Sente insegurança para realizar atividades físicas			
Sua dificuldade de saúde interfere nas atividades físicas			
Tem apoio da família para a realização de atividades físicas			

<b>LAZER</b>			
<b>Tipo de atividade</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>As vezes</b>
Costuma visitar amigos e familiares			
Costuma ir à praça			
Costuma viajar			
Freqüenta algum clube			
Vai à igreja			
Vai ao cinema			
Lê jornais, livros e revistas			
Assiste televisão			
Costuma ver filmes em VHS (vídeos) ou DVD			
Vai ao estádio de futebol			
Costuma ir ao centro da cidade			
Costuma ir a shoppings			
Sente falta de disposição para realizar atividades de lazer			
Sua dificuldade de saúde interfere nas atividades físicas			
Sente insegurança para realizar atividades de lazer			
Tem apoio da família para realização de atividades de lazer			
<b>RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>As vezes</b>
Fala abertamente de sua dificuldade para as pessoas			
Pede ajuda às pessoas quando sente os sintomas (ex.vertigens)			
Sua dificuldade de saúde influi em seus relacionamentos interpessoais			
Troca idéias com as pessoas que têm a mesma dificuldade			
Recebe apoio de seus familiares em relação a sua dificuldade			

## **ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido**

O(a) sr.(a) foi convidado(a) a participar deste estudo que tem o objetivo de analisar os possíveis fatores de risco associados a disfunções vestibulares e auditivas em adultos. A sua participação é muito importante para o trabalho que desenvolvemos como professores(as) e pesquisadores(as).

Leia este documento com atenção e faça as perguntas que desejar para que não haja dúvidas quanto à sua participação e, depois disto, por favor, assine este termo de consentimento.

Os questionários incluídos neste estudo se referem aos sintomas relacionados à função vestibular e a vários aspectos de sua vida, de seus hábitos e atitudes de vida. Sinta-se livre para expressar sua opinião, usando de toda sinceridade e seguindo livremente sua consciência. Dessa forma, estará contribuindo para que os pesquisadores responsáveis pelo estudo analisem as causas, os possíveis fatores de risco e outros aspectos associados às disfunções vestibulares e, no futuro, possam indicar medidas reabilitadoras e/ou preventivas destes distúrbios nesta população.

As informações obtidas nos questionários serão analisadas por esses pesquisadores e os resultados obtidos não serão divulgados de forma individualizada e os voluntários não serão identificados. Os resultados serão futuramente divulgados em congressos científicos e publicados em periódicos científicos, sem identificação pessoal dos participantes. Não haverá despesas pessoais para os participantes desta pesquisa.

Em qualquer momento, o(a) sr.(a) terá acesso aos pesquisadores responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas. Pesquisadoras responsáveis: Rosineide Soares Rogério, RG: 23.165.751- , CPF: 143.134.748-54 residente à Rua Guabiroba de Minas, 38 – Itaquera, CEP: 08032-560, São Paulo, SP. Telefone: 2016-2804. E-mail: rosy.jugi@hotmail.com.

Orientador responsável: Profa. Dra. Maria Rita Aprile, telefone: 3865-1445.

E-mail: maprile@uniban.com

Pesquisador colaborador: Prof<sup>o</sup> Dr. Fernando Freitas Ganança, telefone: 5041-6800.  
E-mail: fganança@terra.com.br.

Pesquisadora colaboradora: Profa. Ms. Juliana Maria Gazzola, telefone: 9998-7578.  
E-mail: juliana.gazzola@terra.com.br. Universidade Bandeirante de São Paulo, Av.  
Braz Leme, 3.029, Santana, São Paulo, capital, ou por meio dos telefones: 2972-  
9020/2972-9021.

Consentimento pós-informado:

Entendo que fui convidado(a) a participar como voluntário(a) nesta pesquisa e acredito ter sido suficientemente informado(a) e esclarecido(a) a respeito do estudo: "Tontura em idosos: implicações clínicas, psicossociais e sua reabilitação".

Discuti com a pesquisadora responsável e/ou com os pesquisadores colaboradores sobre minha decisão em participar desta pesquisa. Fui esclarecido(a) sobre os objetivos e procedimentos a serem realizados, bem como a garantia de confidencialidade da minha participação nesta pesquisa. Portanto, concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem sofrer qualquer tipo de sanção ou prejuízo.

SÃO PAULO,.....de.....de 2009

Nome: .....

R.G:.....

Assinatura:.....