

---

# IMPACTO DA VERTIGEM NA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO VESTIBULAR

## *Impact of the vertigo in the quality of life in patients with vestibular dysfunction*

---

Aretha Cintra Vaz

Graduanda em Fisioterapia UNIFRAN. e-mail: arehavaz@yahoo.com.br

Ana Paula Rocha de Oliveira

Mestre em Fisioterapia UNIFRAN/UNIARAXA. e-mail: anaproliveira@uai.com.br

---

### **Resumo**

A vertigem é uma sensação ilusória de movimento da própria pessoa ou do ambiente que a cerca e pode ser um componente da tontura. Dessa forma, pacientes com disfunção vestibular apresentam uma diminuição nas atividades diárias devido a manifestações dos sintomas durante essas atividades, resultando em uma diminuição na qualidade de vida (QV). O objetivo deste estudo foi verificar o impacto da vertigem na QV desses indivíduos. Foram avaliados 60 pacientes, 28 do sexo masculino e 32 do sexo feminino, com idade média de  $50 \pm 47$  anos. Foi aplicado, inicialmente, o Inventário da Incapacidade decorrente da Tontura (IIDT), para avaliação de comprometimento da disfunção vestibular. Foi aplicado, então, o questionário de QV SF-36. A aplicação inicial do IIDT apontou 32 pacientes que possuíam disfunção vestibular, uma vez que todos estes apresentaram escores muito elevados ( $42 \pm 25,3$ ) e 28 pacientes sem disfunções vestibulares apresentaram um escore de 0 (nenhuma incapacidade percebida). O SF-36 evidenciou uma diminuição em todos os itens da avaliação. Esses dados demonstram o impacto negativo da vertigem na qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Vertigem; Disfunção vestibular; Qualidade de vida.

### **Abstract**

*The vertigo is a illusory sensation of movement of the proper person or the environment who the fence, and can be one component of giddiness. Of this form, patients with vestibular dysfunction tend to present a reduction of the quality in the daily activities had the manifestations of the symptoms during these activities, presenting, thus, one consequent reduction in the quality of life. The aim of this study was to verify the impact of the vertigo in the quality of life of these individuals. 60 patients, 28 of masculine sex and 32 of the feminine sex had been evaluated, with average age of  $50 (\pm 47)$ . He was applied, initially, the Inventory of the decurrent Incapacity of Tontura (IIDT), for evaluation of the vestibular dysfunction. Soon after the questionnaire of quality of life Sf-36 was applied. The initial application of the IIDT pointed the 32 patients who can vestibular dysfunction, a time that all these had presented props up very high ( $42 \pm 25,3$ ) and 28 patients without vestibular dysfunction had presented one prop up of 0 (no perceived incapacity). The Sf-36 evidenced a reduction in all items of the evaluation. These data demonstrate the impact of the vertigo in the ones in the quality of life.*

**Keywords:** Vertigo; Vestibular dysfunction; Quality of life.

---

## INTRODUÇÃO

Lesões no sistema vestibular podem ser largamente categorizadas de acordo com a área da disfunção: o órgão terminal, os terminais do nervo vestibular, as conexões do órgão terminal com o tronco cerebral e os centros mais altos do cerebelo e cérebro. As causas das lesões são variadas e incluem infecções, doenças vasculares, neoplasias, traumatismo cranioencefálico, desordens metabólicas, uso de drogas tóxicas e doenças de causa desconhecida (1).

A tontura é a terceira queixa mais comum na clínica médica depois de dor torácica e fadiga (2). Entre a população adulta, 42% relatam apresentar vertigem em algum momento. Estima-se que 76 milhões de americanos sofrerão de algum tipo de distúrbio vestibular (3).

O sistema vestibular fornece informações sensoriais sobre os movimentos e as posições cefálicas em referência à gravidade. As informações vestibulares aferentes são usadas para a estabilização do olhar, a postura e o equilíbrio contribuem com a nossa sensação consciente de orientação no espaço (4). Além disso, participa dos controles de ajustes posturais e antecipa e exerce influência sobre informações autonômicas e na consciência (5, 6, 7, 8). Dessa forma, a patologia do sistema vestibular pode produzir problemas associados: a) estabilização do olhar, incluindo visão embaçada ou oscilopsia (visão oscilante) durante a interrupção do reflexo vestibulo-ocular; b) postura e equilíbrio e c) vertigem ou tontura (9).

A vertigem é uma sensação ilusória de movimento da própria pessoa ou do ambiente que a cerca, e pode ser um componente da tontura (10, 11). Esses pacientes apresentam, geralmente, limitações cinético-funcionais como instabilidade postural, associadas a manifestações neurovegetativas (12), alterações da marcha (13), fadigabilidade (7) e indisposição (14), resultando em dificuldades para as atividades de vida diária (AVDs).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, saúde é definida como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente pela ausência de doença ou enfermidade”. Já a qualidade de vida (QV) pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Nessa definição, fica implícito que o conceito de QV é subjetivo, multidimensional e inclui elementos de avaliação tanto positivos quanto negativos (15).

Várias evidências científicas mostram que a QV afeta a saúde; esta, por sua vez, influencia na vida do ser humano (16). Neste campo, Ortiz e Puerredón (17) destacam que a QV relacionada com a saúde está sendo cada vez utilizada como indicador de resultado da ação das intervenções terapêuticas (18, 19, 20).

Assim, pacientes com disfunção vestibular tendem a apresentar uma diminuição da qualidade nas atividades diárias devido a manifestações dos sintomas durante essas atividades, apresentando, assim, uma conseqüente diminuição na QV. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi verificar o impacto das alterações vestibulares na QV de indivíduos que apresentavam vertigem secundária.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e os pacientes foram informados sobre os procedimentos e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Foram avaliados 60 pacientes, 28 do sexo masculino e 32 do sexo feminino, com idade média de  $50 \pm 47$  anos. Foi aplicado, inicialmente, o Inventário da Incapacidade decorrente da Tontura (IIDT), para avaliação de comprometimento da disfunção vestibular (21). Essa escala foi aplicada a fim de identificar, primariamente, os pacientes que realmente apresentavam disfunção vestibular. Essa avaliação é uma escala de incapacidade autopercebida, atribuída à doença vestibular. São fornecidas 25 questões, classificadas dentro dos domínios físico, funcional e emocional. A resposta “sim” vale 4 pontos, “às vezes” vale 2 e “não” vale 0. Portanto, a pontuação total varia entre 0 (nenhuma incapacidade percebida) e 100 (incapacidade máxima percebida).

Foi aplicado, então, o questionário SF-36 (22). O questionário SF-36 foi aplicado individualmente, sendo o paciente auxiliado quando solicitado, mas sem ter interferência nas suas respostas. O SF-36

engloba oito componentes: (1) capacidade funcional, (2) aspectos físicos, (3) dor, (4) estado geral de saúde, (5) vitalidade, (6) aspectos sociais, (7) aspectos emocionais e (8) saúde mental (23).

As pontuações de cada componente do SF-36 são calculadas pelo somatório dos itens de cada questão e transformadas em uma escala de 0 a 100 pelo cálculo de *Raw Scale*. Nesse escore, o zero corresponde ao pior estado geral de saúde, e o valor 100, ao melhor estado de saúde. Assim, para cada componente sendo avaliado em separado, não existe um único valor que resuma toda a avaliação, traduzindo-se num estado geral de saúde que seja melhor ou pior. Isso evita o erro de não identificar ou subestimar os reais problemas relacionados à condição do paciente.

## RESULTADOS

A aplicação inicial do IIDT apontou os pacientes que possuíam disfunção vestibular. Dos 60 indivíduos avaliados, 32 apresentavam vertigem secundária, uma vez que todos estes apresentaram escores muito elevados ( $42 \pm 25,3$ ) e 28 não apresentam esse comprometimento, uma vez que apresentaram um escore de 0.

No SF-36 foram observadas diminuições nas porcentagens totais dos pacientes com vertigem quando comparadas ao outro grupo. Os resultados obtidos nos dois grupos são mostrados na Figura 1.

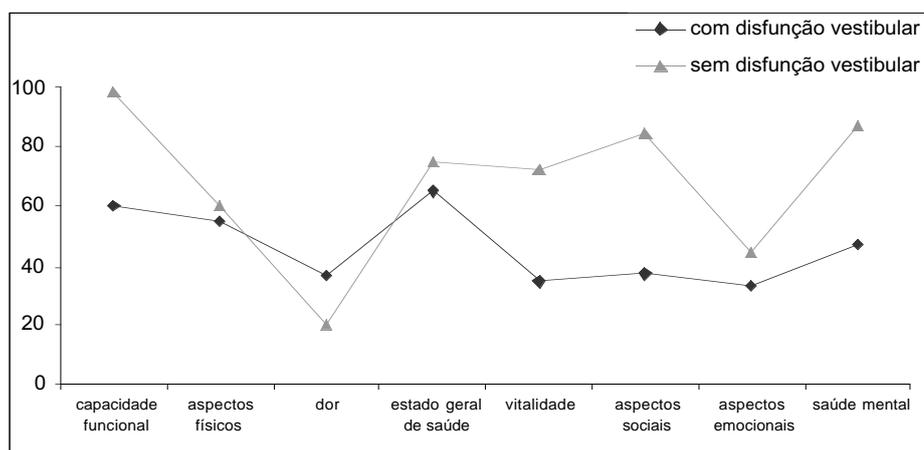


FIGURA 1 - Representação gráfica das médias dos resultados da avaliação da qualidade de vida dos pacientes que não apresentavam vertigem secundária e os que apresentam vertigem secundária (cálculo do Raw Scale).

## DISCUSSÃO

Existe uma alta prevalência de problemas psicológicos e comportamentais não reconhecidos nos pacientes com tontura, especialmente as disfunções de ansiedade (24, 25). Em muitos pacientes, os sintomas de vertigem provocada por movimento cefálico, sensação de flutuação, instabilidade ou combinações entre estes são a manifestação de ansiedade e distúrbio de pânico primários (25, 26). Estes pacientes se classificam como sendo muito mais incapacitados por causa da vertigem do que aqueles que não apresentam nenhuma disfunção psiquiátrica (27, 28, 29).

As fraturas traumáticas do osso temporal podem produzir hipofunção vestibular unilateral ou bilateral. As fraturas transversais são responsáveis por quase 20% de todas as fraturas do osso temporal e foi relatado que elas resultam mais habitualmente dos golpes no occipício (30, 31).

As deficiências de equilíbrio afetam negativamente a função motora, levando à incapacidade (32). Essas deficiências freqüentemente restringem os níveis de atividade, produzindo comportamentos

motores compensatórios anormais e podem exigir o auxílio de dispositivos ou outros tipos de assistência. Quando o desequilíbrio é grave, pode haver quedas, levando a lesões secundárias.

As repercussões psicossociais atingem não somente o paciente com disfunção vestibular, mas todo o universo familiar, podendo trazer problemas complexos que irão traduzir em prejuízo na QV de todo o grupo. Portanto, é importante o processo de adaptação da família a esse indivíduo e a nova situação. São consideradas como implicações desse processo os custos financeiros, o desgaste físico, o estresse emocional, a atividade produtiva e a vida social (33).

Conforme Buss (16), uma nova concepção identifica a saúde com bem-estar e QV, e não simplesmente com ausência de doença. Os procedimentos de tratamento visam não apenas a diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida.

No presente estudo, inicialmente, foi necessário averiguar os pacientes que apresentaram disfunção vestibular para que pudessem ser posteriormente avaliados. Para esse fim, aplicou-se o IIDT. O IIDT tem uma alta consistência interna e pode ser usado para identificar problemas funcionais, emocionais ou físicos específicos e associados à tontura. Esse teste é confiável, exige pouco tempo para ser administrado e pode ser proveitoso para analisar a instalação da disfunção e a eficácia do tratamento. Após a aplicação da escala IIDT foi, então, aplicada a escala SF-36 para averiguação da qualidade de vida nestes indivíduos.

A aplicação do SF-36 foi um importante meio do reconhecimento do perfil dos pacientes com vertigem (34). Esses valores mostraram a interferência da disfunção na QV desses indivíduos e as limitações apresentadas nas atividades de vida diária. Esses indivíduos apresentaram valores que chamaram a atenção como diminuição na capacidade funcional, vitalidade, aspectos sociais e emocionais. Esses aspectos geram um grande impacto na saúde mental e estado geral de saúde nesses indivíduos (34, 35).

## CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou o impacto da vertigem secundária na QV dos indivíduos avaliados e atenta para estratégias de tratamento que venham a contribuir com a melhora das habilidades funcionais que repercutam na QV dos pacientes com vertigem.

## REFERÊNCIAS

1. Umphred, DA. *Fisioterapia Neurológica*. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2004.
2. Kroenke K, Mangelsdorf D. Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med*. 1989; 86:262.
3. O' Sullivan SB, Schmitz TJ, *Fisioterapia: Avaliação e Tratamento*. 3ª ed. São Paulo: Manole; 2004.
4. Shumway-Cook A, Woollacott MH. *Controle Motor: Teoria e aplicações práticas*. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2002.
5. Lundy-Ekman L. *Neurociência Fundamentos para a Reabilitação*. São Paulo: Guanabara Koogan; 2000.
6. Silva ALS, Moreira JS. Vertigem: A abordagem da fisioterapia. *Fisioterapia Brasil*. 2000; 1(1):91-97.
7. Herdman SJ. *Reabilitação vestibular*. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2004.
8. Brandt T, Dieterich M. Vestibular syndromes in the roll plane: Topographic diagnosis from brainstem to cortex. *Ann Neurol*. 1994; 36:337.
9. Shumway-Cook A., Horak FB. Vestibular rehabilitation: an exercise approach to managing symptoms of vestibular dysfunction. *Semin Hering*. 1989; 10:196-205.

10. Herdman SJ. Advances in the Treatment of vestibular disorders. *Physical therapy*. 1997; 77(6):602-618.
11. Furman JM, Cass SP. Benign Paroxysmal Positional Vertigo. *N Engl J Méd*. 1999; 341(21):1590-1596.
12. Ganança MM. *Vertigem tem cura?* São Paulo: Janssen-Cilag; 1998.
13. Ganança MM, Caovilla HH. As muitas faces da vertigem posicional. *Atualidades em geriatria*. 1999; 21(4):8-14.
14. Silva ALS, Moreira J, Fernandes S, Silva MAG. Reabilitação Vestibular em Duas Pacientes com Vertigem Posicional Paroxística Benigna. *Fisioterapia Brasil*. 2001; 2(5):313-323.
15. Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev. Saúde Pública*. 1999; 33(2):198-205.
16. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, ABRASCO. 2000; 5:1.
17. Ortiz ZE, Pueyrredón CE. Calidad de vida relacionada con la salud. *Bol. A. N. de Medicina*. 2000; 78:119-129.
18. Ciconelli RM. Tradução para a língua portuguesa e validação questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*. 1999; 39(3):144-150.
19. Nobre MC. Qualidade de vida. *Arq. Bras. Cardiol*. 1995; 67:4.
20. Ware Jr., John E., Sherbourne CD. Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*. 1992; 30(6):473-483.
21. Jacobson GP, Newman CW. The development the dizziness handicap inventory. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1990; 116:424.
22. Stewart AL, Hays RD, Ware Jr. JE. The MOS short general health survey: reliability and validity in a patient population. *Med Care*. 1988; 26:724.
23. Ware Jr, John E, Gandek B. and the IQOLA Project Group. - The SF-36 health survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. *Int. J. Ment. Health*. 1994; 23:49-73.
24. Simpson RB, Nedzelski JM, Barber HO, Thomas MR. Psychiatric diagnoses in patients with psychogenic dizziness or severe tinnitus. *J Otolaryngol*. 1988; 17:325.
25. Jacob R. Panic disorder and the vestibular system. *Psychiatr Clin North Am*. 1988; 11:361.
26. Jacob RG, Furman JM, Durrant JD, Turner SM. Panic, agoraphobia and vestibular dysfunction. *Am J Psychiatry*. 1996; 153:503-512.
27. Northcott CJ, Stein MB. Panic disorder in patients attending a clinic for vestibular disorders. *Am J Psychiatry*. 1994; 151:1697.
28. Kroenke K, Lucas CA, Rosenberg ML, Scherokman B, Herbers JE Jr, Wehrle PA, Boggi JO. Causes of persistent dizziness. *Ann Intern Méd*. 1992; 117:898.
29. Sloane PD, Hartman M, Mitchell CM. Psychological factors associated with chronic dizziness in patients aged 60 and older. *J Am Geriatric Soc*. 1994; 42:847.

30. Lindsay JR, Heminway WG. Postural vertigo due to unilateral sudden partial loss of vestibular function. *Ann Otol.* 1956; 65:692.
31. Herdman SJ. Treatment of vestibular disorders in traumatically brain-injured patients. *J Head Trauma Rehabil.* 1990; 5:63.
32. Troster AI, Stalp LD, Fields JA, Koller WC. The disablement model: The relationships between and among impairment, functional limitation and disability in the elderly population. *Issue on Aging.* 1999; 22:5.
33. Pereira WL. Qualidade de vida após o transplante cardíaco. [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2000.
34. McAuley E., Rudolph D. Physical activity, aging, and psychological well-being. *Journal of Aging and Physical Activity.* 1995; 3:67-96.
35. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36)". [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; 1997.

Recebido em: 29/11/2005

*Received in:* 11/29/2005

Aprovado em: 02/03/2006

*Approved in:* 03/02/2006