



ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR) INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA DO INDIVÍDUO COM VERTIGEM

Nathalie Alves Carvalho

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Orientada por

Prof. Doutora Maria Alexandra Pacheco Ribeiro da Costa

Versão Provisória

Inclui correções ou alterações sugeridas pelo júri.

Porto, 10 de Julho de 2019



ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR) INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA DO INDIVÍDUO COM VERTIGEM

Nathalie Alves Carvalho

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Orientada por

Prof. Doutora Maria Alexandra Pacheco Ribeiro da Costa

Versão Provisória

Inclui correções ou alterações sugeridas pelo júri.

Porto, 10 de Julho de 2019

Resumo

Este estudo tem como principal objetivo medir a qualidade de vida dos indivíduos com vertigem, referenciados da consulta Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE para o gabinete de Audiologia e mostrar a importância da reabilitação vestibular. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e prospetivo, com uma amostra de 25 indivíduos (64% do género masculino), com idade média = 53,16 e desvio-padrão = 16,60. Recorreu-se à Versão Portuguesa 2 do Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2) como instrumento para medição da qualidade de vida e elaborou-se um questionário sociodemográfico e clínico. Na amostra confirmou-se forte relação entre o desempenho físico, dor corporal, saúde em geral, vitalidade, desempenho emocional e saúde mental. Todos os participantes referiram ter problemas de tonturas, sendo que a maioria indicou que os sintomas de vertigens tiveram início há vários anos. A maioria dos participantes reportou sentir-se incomodado com o problema de equilíbrio devido ao fraco resultado da medicação. Podemos concluir que às idades superiores estão associadas a menos qualidade de vida. A avaliação da vertigem é extremamente importante sendo um problema cada vez mais comum na sociedade. No futuro deverá dar-se maior enfoque no domínio emocional e na reabilitação vestibular para se poder contribuir para uma melhoria da qualidade de vida do indivíduo com vertigem.

Palavras-chave: vertigem, qualidade de vida, questionário SF-36v2, reabilitação vestibular.

Abstract

This study has as main objective measure the quality of life on individuals with vertigo, referenced by the ENT consultation of the CHTS, EPE to the office of Audiology and show the importance of vestibular rehabilitation. This is a quantitative, cross-sectional and prospective study with a sample of 25 individuals (64% male), mean age = 53.16 and standard deviation = 16.60. The Portuguese Version 2 of the Health Status Questionnaire (SF-36v2) was used as a tool to measure quality of life and a socio-demographic and clinical questionnaire was developed. **RESULTS:** The sample showed a strong relationship between physical performance, body pain, general health, vitality, emotional performance and mental health. All participants reported having dizziness problems, with most of them indicated that the symptoms of vertigo had started several years ago. Most participants reported feeling discomfort with the balance problem due to the poor outcome of the medication. **CONCLUSIONS:** Higher ages are associated with lower quality of life. The assessment of vertigo is extremely important and is an increasingly common problem in society. In the future, there should be a greater focus on the emotional domain and vestibular rehabilitation in order to contribute to an improvement in the quality of life of the individual with vertigo.

Keywords: vertigo, quality of life, SF-36v2 questionnaire, vestibular rehabilitation.

Dedico este trabalho aos meus pais e ao meu namorado.

Agradecimentos

A conclusão desta dissertação não seria possível sem o apoio de diversas pessoas e, por isso, quero agradecer a todas elas o apoio incondicional.

O meu particular agradecimento:

- à Professora Doutora Alexandra Costa, minha orientadora, pela oportunidade dada, pela partilha de conhecimentos, sugestões, disponibilidade e mensagens de força e incentivo para a conclusão do trabalho;
- ao Doutor Pedro Ferreira pela resposta imediata de autorização do questionário SF-36v2 e pela amabilidade;
- ao Dr. Nuno Lousan pelo interesse imediato no trabalho e apoio e o incentivo do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa;
- aos meus pais pelo incentivo, pela compreensão e pela força dada em todos os momentos;
- ao meu namorado, Eduardo, pelo amor, pelo incentivo e pela paciência;
- por último, mas não menos importante, a todos os pacientes que colaboraram comigo neste projeto.

A todos, o meu agradecimento profundo. Muito obrigada!

Lista de Abreviaturas e/ou Siglas

CHTS – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

DHI – *Dizziness Handicap Inventory*

DM – Doença de Ménière

EPE - Entidade Pública Empresarial

INE – Instituto Nacional de Estatística

KDQOL-SF – *Kidney Disease and Quality of Life Short Form*

OMS – Organização Mundial da Saúde

ORL - Otorrinolaringologia

QV – Qualidade de vida

QVRS – Qualidade de vida relacionada com a saúde

RV – Reabilitação vestibular

SF-36 – *Thirty-six Item Short Form Health Survey*

SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

VIH – Vírus da imunodeficiência humana

VPPB – Vertigem posicional paroxística benigna

WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life*

WHOQOL-BREF - *World Health Organization Quality of Life - Bref*

Índice

Índice de Figuras	ixi
Índice de Tabelas	xiii
Introdução.....	1
CAPÍTULO I - Fundamentação Teórica.....	3
1.1. Vertigem	3
1.1.1. Definição.....	3
1.1.2. Causas Biológicas	5
1.1.3. Consequências Psicossociais	7
1.1.4. Avaliação	8
1.1.5. Tratamento	10
1.2. Qualidade de Vida e Saúde.....	12
1.2.1. Introdução	12
1.2.2. Qualidade de vida.....	13
1.2.3. Qualidade de vida relacionada com a saúde.....	14
1.2.4. Qualidade de vida em indivíduos com vertigem	21
1.2.5. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde.....	26
1.2.5.1. <i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)</i>	28
1.2.5.2. <i>Thirty-six Item Short Form Health Survey (SF-36)</i>	30
1.2.5.3. <i>Dizziness Handicap Inventory (DHI)</i>	31
1.2.6. Conclusão	34
CAPÍTULO II - Contributo Empírico.....	36
2.1. Metodologia	36
2.2. Caracterização do estudo.....	37
2.2.1. População e amostra.....	37
2.2.2. Instrumentos	38
2.2.3. Procedimentos.....	39
2.2.4. Análise de dados	41
CAPÍTULO III – Resultados.....	41
3.1. Caracterização da amostra	42
3.2. Qualidade - Instrumento (fiabilidade)	43

3.3. Relação entre qualidade de vida e variáveis sócio-demográficas em indivíduos portugueses com vertigem	46
Discussão	50
Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação	52
Referências Bibliográficas	55
Anexos	63

Índice de Figuras

Figura 1. Diferentes sistemas de equilíbrio	4
Figura 2. Ouvido Humano.....	6
Figura 3. Manobra de Epley	10
Figura 4. Características clínicas e semiológicas e tratamento das principais síndromes vestibulares periféricas, centrais, vertigem postural fóbica e enxaqueca.....	12

Índice de Tabelas

Tabela 1. Medidas descritivas relativas a variáveis sociodemográficas.....	42
Tabela 2. Medidas descritivas relativas a variáveis clínicas.....	43
Tabela 3. Consistência interna dos itens do SF-36v2, por dimensão.	44
Tabela 4. Medidas descritivas relativas às dimensões do SF-36v2 (n=25).	44
Tabela 5. Matriz de correlações entre as dimensões do SF-36v2.	45
Tabela 6. Diferenças entre as médias de cada dimensão do SF-36v2 e médias de referência.	45
Tabela 7. Diferenças ao nível da qualidade de vida em função do género.....	46
Tabela 8. Correlações entre a idade e a qualidade de vida.	47
Tabela 9. Diferenças ao nível da qualidade de vida em função do estado civil.	47
Tabela 10. Diferenças ao nível da qualidade de vida em função da situação profissional.	48
Tabela 11. Diferenças ao nível da qualidade de vida em função da situação profissional	48

Introdução

O sistema vestibular está localizado dentro do ouvido interno e contribui para o equilíbrio e noção da localização no espaço. Este sistema é importante para o equilíbrio, coordenação e controlo ocular. (Platt, 2006)

As complicações do sistema vestibular podem causar os seguintes sintomas: vertigem (sensação de movimento do espaço), enjoos, náuseas e/ou vômitos, acúfenos, dificuldade visual e perda de equilíbrio. (Platt, 2006)

No entanto, para poder ser feita uma avaliação da vertigem, deverá recolher-se a história clínica através de um questionário simples que questione quais as características da vertigem, duração, como se apresenta e, se possível, o que a causou. (Seabra, n.d.)

A observação de um doente com problemas de equilíbrio deverá iniciar com a otoscopia para se avaliar o canal auditivo externo, bem como as características da membrana timpânica avaliando a sua coloração, integridade e mobilidade. (Seabra, n.d.)

Com frequência, observa-se no doente um movimento conjugado dos olhos, caracterizado por um componente lento seguido de um movimento rápido, trazendo o olho de volta à posição inicial. A este movimento chamamos nistagmo e é o único sinal objetivo quantificável na vertigem, permitindo através da análise do mesmo um complemento ao diagnóstico. (Seabra, n.d.)

Ao longo deste trabalho serão explorados os principais problemas vestibulares, assim como as principais causas e tratamentos. (Platt, 2006)

Os problemas vestibulares mais comuns são: VPPB (Vertigem Paroxística Posicional Benigna), que é a mais comum e caracteriza-se por uma vertigem curta e intensa que surge com movimentos bruscos e repentinos da cabeça associada muitas das vezes a náuseas e/ou vômitos; neuronite vestibular que provoca uma repentina sensação de perda de equilíbrio com náuseas, vômitos, dificuldade no caminhar e visão; labirintite tem os mesmos sintomas da neuronite vestibular, no entanto, geralmente está associada a perda de audição e acúfenos, ambas causadas por uma infeção provocada por um vírus; doença de Ménière (DM) que provoca perda de equilíbrio recorrentes, náuseas, perda de audição, acúfenos e sensação de pressão nos ouvidos, sendo causada pelos líquidos existentes no ouvido interno que causam a interrupção de sinais aos nervos e acidente vascular encefálico. (Platt, 2006)

Os tratamentos são à base de medicação, para controlo da vertigem e das náuseas e vômitos, e de manobras de reabilitação vestibular (RV), para “desbloqueio” do ouvido interno. (Platt, 2006)

A RV deve ser aplicada no indivíduo com vertigem não só numa fase inicial, mas deve fazer parte do seu dia a dia, de modo a reduzir progressivamente os sintomas da vertigem.

Este estudo tem como objetivos principais: descrever e analisar as perceções do estado de saúde dos indivíduos que constituem a amostra; analisar e comparar os resultados das perceções do estado de saúde dos indivíduos que realizaram tratamento para a vertigem dos que não

realizaram; conhecer a qualidade de vida dos indivíduos da amostra com queixas de vertigem; avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com vertigem nos oito domínios (função física; desempenho físico; dor; saúde geral; vitalidade; função social; desempenho emocional e saúde mental); comparar a qualidade de vida dos indivíduos com vertigem, com a qualidade de vida da população portuguesa ativa; analisar e explorar as relações entre a qualidade de vida e variáveis sociodemográficas, tais como: género, idade, estado civil, situação profissional, local de residência e escolaridade, analisar e explorar os principais sintomas que os indivíduos referem aquando de um episódio de vertigem.

A amostra escolhida é composta pelos indivíduos com queixas de vertigem que recorreram à consulta de ORL do CHTS, devido à facilidade de acesso e características da mesma.

Após uma pesquisa da literatura apresentada, parece não existirem abordagens da qualidade de vida (QV) dos indivíduos com vertigem, sendo o principal objetivo deste estudo contribuir para a melhoria das intervenções e cuidados a estes indivíduos.

Este trabalho está organizado em três capítulos. No primeiro capítulo abordamos o conceito de vertigem explorando as suas causas biológicas, consequências psicossociais e formas de avaliar esta patologia. No mesmo capítulo explora-se o conceito de QV, a qualidade de vida nos indivíduos com vertigem e os instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS). No segundo capítulo são definidos os objetivos, finalidades e hipóteses do estudo, é feita a caracterização do estudo onde se descreve a população e a amostra, os instrumentos utilizados no estudo, os procedimentos e como foi realizada a análise dos dados. No terceiro capítulo discute-se estatisticamente os resultados obtidos, finalizando com uma discussão e conclusão dos resultados.

CAPÍTULO I - Fundamentação Teórica

Neste capítulo fazemos uma abordagem aos fenómenos da vertigem e da QV.

1.1. Vertigem

Neste tópico apresentamos a definição de vertigem, referindo as principais patologias que lhe estão associadas, as suas principais causas e consequências. São ainda destacados os meios de diagnóstico e de tratamento mais comuns.

1.1.1. Definição

A anamnese é essencial para perceber se o que o indivíduo sente é vertigem ou tontura, sendo necessários por vezes exames de diagnóstico e terapêutica. Torna-se necessário colocar ao paciente várias questões, nomeadamente sobre as características do desequilíbrio, a existência de perda auditiva e de acufenos ou enjojo/vómito.

Segundo Michel citado por Reis e Correia (2006), a vertigem compreende duas espécies de fenómenos: o movimento e a sensação, podendo ser descrita como a sensação ilusória do movimento. Por seu lado, Terence Cawthorne citado por Reis (2006), define vertigem como a “alucinação do movimento” incluindo não só os movimentos rotatórios como também os lineares e de oscilação. (Reis, 2006)

Sendo assim, a vertigem pode ser definida como a ilusão de movimento, rotação do meio envolvente ou sensação de rotação dentro da cabeça. As alterações do equilíbrio estão relacionadas com a dificuldade na relação com o movimento circundante aquando da mobilização do corpo, ou alteração da percepção estática e da capacidade estática. (Paço, 2009)

Um estudo efetuado refere que as mulheres e os indivíduos entre os 60 e 79 anos de idade são os mais afetados pela vertigem, verificando-se um aumento anual do número de casos, passando de 7,6% para 17% nos doentes observados na urgência. Referem, ainda, que no hospital central universitário de Lisboa, observaram durante quatro anos um total de 4347 doentes (10,8%), sendo mais prevalente na população idosa e no verão e outono. (Roque Reis, L., Lameiras, R., Cavilhas, P., & Escada, P. (2016).

Vários sistemas contribuem para a correta posição estática e dinâmica do corpo humano como o sistema vestibular, o sistema ocular, a sensibilidade propriocetiva, o cerebelo, o tronco cerebral e o córtex cerebral (ver figura 1). Quando há falha de um destes sistemas o indivíduo sente perda de equilíbrio. (Reis, 2006). A vertigem vai então resultar de um conflito sensorial entre os diferentes sistemas de equilíbrio: sistema visual, sistema propriocetivo e sistema vestibular. Essas aferências captadas são transmitidas ao nível central para uma regulação multissensorial de postura e movimento. (Choplin, 2012)

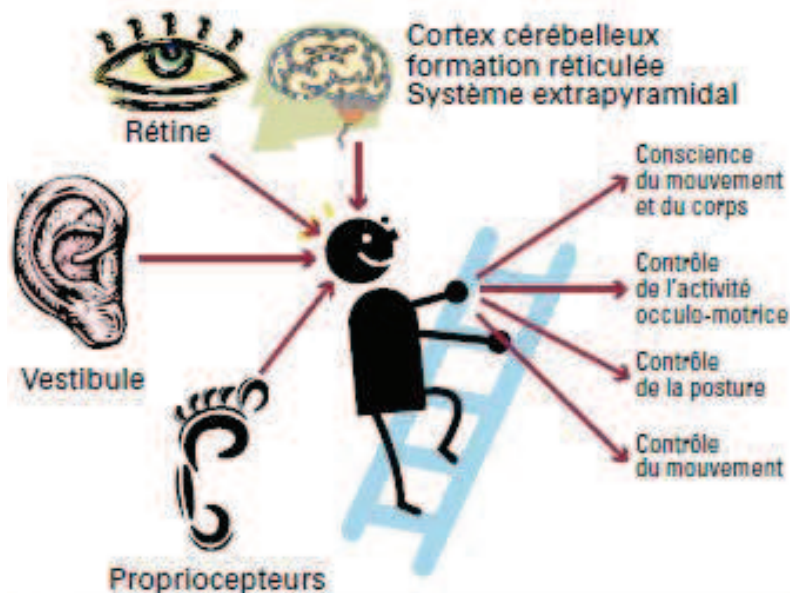


Figura 1. Diferentes sistemas de equilíbrio (Choplin, 2012)

Em algumas situações podem estar envolvidos mais do que um sistema do equilíbrio e a sensação de perda de equilíbrio pode ser caracterizada como vertigem, tonturas, desequilíbrio, instabilidade, desorientação espacial.

A vertigem (termo que melhor define todas as sensações de origem vestibular) pode ser objetiva (rotatória ou não rotatória) quando a sensação é de deslocamento do meio ambiente em relação ao indivíduo e subjetiva (rotatória ou não rotatória) quando o sujeito se sente a deslocar em relação ao ambiente. (Reis, 2006)

De seguida, apresentamos os principais tipos e formas de apresentação da vertigem (Reis, 2006):

1. **Desequilíbrio:** insegurança na marcha com tendência para a queda, havendo uma perda da capacidade de orientação do corpo em relação ao meio ambiente.
2. **Desorientação espacial:** pode ir da simples descoordenação gerada pelos movimentos da cabeça à oscilopsia.
3. **Lipotimia:** mais frequente nas situações hemodinâmicas da hipoperfusão ou em alterações funcionais dos hemisférios cerebrais ou da substância reticular do tronco cerebral.
4. **Falsas vertigens:** vertigem ocular (instabilidade oculomotora por desequilíbrio funcional da musculatura ocular) ou vertigem psicogénica (agarofobia, claustrofobia).
5. **Cinetose:** alterações neurovegetativas ocasionadas pelo movimento e em que predominam alterações vasomotoras como palidez, sudação e náuseas, vômitos induzidos por movimentos e aceleração irregular e complexa.

Os sintomas vestibulares variam mediante a patologia, sendo que, algumas são episódicas e outras podem causar lesões irreversíveis. Como exemplos de patologias vestibulares temos a VPPB, a hidropsia endolinfática, a labirintite, fístulas peri-linfáticas, as concussões labirínticas, a ototoxicidade, as hemorragias labirínticas, etc. (Reis, 2006)

No caso da VPPB esta é transitória e é causada por uma estimulação dos órgãos sensoriais vestibulares por canalolitíase e geralmente surge após movimentos súbitos da cabeça, surgindo ao rodar na cama e ao levantar-se subitamente. É incapacitante, na medida em que interfere na rotina diária de cada indivíduo. (Macedo, 2010)

A DM surge com o aumento de endolinfa nos canais semicirculares provocando, além da vertigem, perda auditiva flutuante e acufenos.

A neuronite vestibular aguda ocorre com a inflamação do nervo vestibular, alterando o impulso nervoso do lado afetado, incapacitando o indivíduo inicialmente, mas com prognóstico de pouca durabilidade, resolvendo-se de forma espontânea. Outras causas para vertigem periféricas são: colesteatoma, síndrome de Ramsay-Hunt e fistula perilinfática. (Macedo, 2010)

A vertigem surge em patologias do foro central, tais como: tumores do ângulo cerebelopontino, acidentes cerebrovasculares, indivíduos com enxaqueca (cerca de 25%) e em patologias de causa cervical. (Macedo, 2010)

1.1.2. Causas Biológicas

O ouvido humano é constituído pelo ouvido externo, médio e interno. Para podermos falar de vertigem, importa perceber a anatomia e a fisiologia do aparelho vestibular (ver figura 2).

O ouvido interno é responsável pelo equilíbrio e encontra-se inserido na espessura do rochedo, que é composto por uma caixa óssea, pelo labirinto ósseo que contém um líquido chamado perilinfa que circunda o labirinto membranoso, sendo que dentro deste circula a endolinfa. (Reis, 2006)

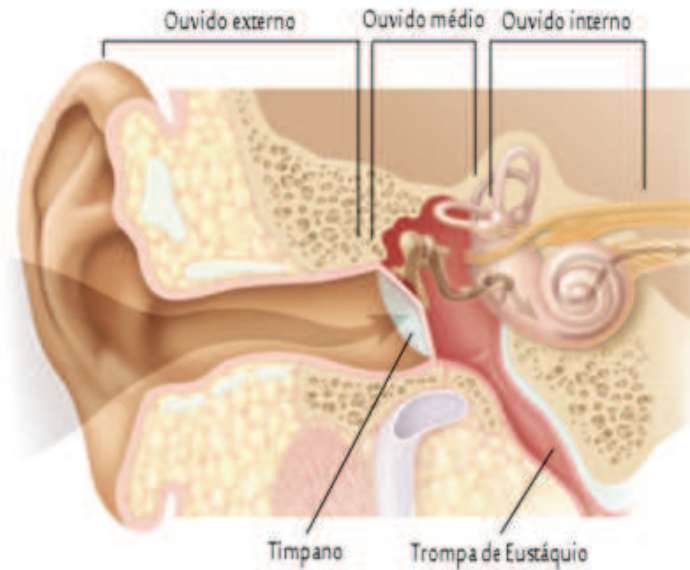


Figura 2. Ouvido Humano (Centro de Reabilitação Auditiva, 2019)

O labirinto ósseo divide-se em três partes: vestibulo ósseo, cóclea e canais semicirculares ósseos. O vestibulo ósseo tem 4 mm de diâmetro com um total de seis faces. A parede interna corresponde ao fundo do conduto auditivo interno (CAI) e contém a fosseta hemisférica para o sáculo e a fosseta semiovoide para o utrículo surgindo entre as duas a crista vestibular, enquanto que a parede externa é constituída pela janela oval e redonda. No utrículo e sáculo, há a participação de cristais de carbonato de cálcio chamados otólitos, responsáveis pela fisiopatologia da VPPB. As paredes superior e posterior contêm os cinco orifícios dos canais semicirculares (três), pelo facto da abertura não ampular dos canais semicirculares superior e posterior serem a mesma. A cóclea é um canal ósseo anterior ao vestibulo, tendo a base situada na porção ântero-lateral do fundo do CAI e o seu apex corresponde ao promontório sendo constituída pela columela, canal espiral e lâmina espiral. Os canais semicirculares são três, como o referido anteriormente: externo, superior e posterior. Sempre que se efetua um movimento de rotação da cabeça (ou angular) as células ciliadas vão gerar estímulos nervosos e enviar essa informação ao encéfalo. Cada canal semicircular auxilia o cérebro a distinguir o sentido e intensidade de cada movimento rotativo e das acelerações angulares nos diferentes planos do espaço. (Reis, 2006)

O labirinto membranoso contém três estruturas: ductos semicirculares, vestibulo membranoso e ducto coclear. Os ductos semicirculares são as formações membranosas inseridas nos canais semicirculares ósseos, enquanto que o ducto coclear encontra-se ao longo do bordo da lâmina espiral e divide o canal espiral da cóclea em duas rampas, rampa vestibular e rampa timpânica, e é constituído por três faces: a posterior (a membrana basilar onde assenta o órgão de Corti), a anterior ou membrana de Reissner e a externa onde se localiza o ligamento espiral (encontra-se a estria vascular) e fica entre a inserção da membrana de Reissner e a basilar. O vestibulo membranoso tem dois sacos de nome utrículo e sáculo, onde a união forma o ducto endolinfático. Importa referir que tanto o utrículo como o sáculo juntamente com as cristas ampulares estão envolvidos na função de equilíbrio. (Reis, 2006)

Também fazem parte do ouvido interno o canal auditivo interno, onde as porções superiores correspondem à saída dos nervos vestibulares superior e inferior e as vias auditivas, uma aferente e duas eferentes, onde a primeira é ascendente e composta por quatro neurónios e as segundas pelo feixe olivococlear (Rasmussen) e os feixes que terminam nos vários núcleos da via auditivas. (Reis, 2006)

Resumindo, o aparelho vestibular funciona para controlar a posição e o movimento do corpo no espaço, enquanto os órgãos otolíticos auxiliam o equilíbrio postural pelo controlo do tónus muscular em todo o corpo. (Quintela, 2007)

1.1.3. Consequências Psicossociais

Sem dúvida que a vertigem gera dificuldades na vida diária do indivíduo reduzindo drasticamente a sua QV, provocando perturbações físicas, mas também emocionais, comprometendo a vida profissional e pessoal. (Moreira, Bohlsen, Momensohn-santos, & Cherubini, 2006)

Num indivíduo com vertigem, uma tarefa que seria simples de executar passa a ser muitas das vezes um martírio, pois percebe-se que perdeu independência e que precisam de assistência para a maioria das tarefas.

A literatura mostra que as dificuldades do indivíduo vão depender das características da lesão vestibular, da duração e intensidade da vertigem, assim como da motivação, da expectativa e do seu estado psicológico. Segundo o estudo do *handicap* em pacientes com queixa de tontura, associada ou não ao sintoma zumbido, existe uma forte relação entre a vertigem e os problemas psicológicos em adultos e idosos, o que faz com que o tratamento dado ao indivíduo com vertigem se baseie mais no sofrimento e comportamento da doença. (Moreira et al., 2006)

Existem alguns fatores importantes no tratamento da vertigem e que podem tornar a vertigem num problema muito incapacitante, nomeadamente as condições psicológicas, a depressão e a ansiedade. Quanto mais medo o indivíduo tiver com o surgimento da vertigem, mais ansiedade vai criar diminuindo a sua QV. Perante estes factos, podem existir dois indivíduos com o mesmo diagnóstico, no entanto, serem afetados de forma completamente diferente pela vertigem. O perfil do indivíduo com vertigem tem de ser avaliado, devendo ter uma descrição detalhada que englobe todas as variáveis, sejam elas o papel que o indivíduo ocupa no trabalho, família ou sociedade. (Moreira et al., 2006)

É importante a avaliação das condições clínicas, mas também a avaliação da parte emocional da vertigem e, por isso, neste trabalho foram aplicadas algumas questões do foro emocional aos indivíduos. Os fatores psicológicos são difíceis de avaliar e frequentemente contribuem para diferenças existentes nas avaliações entre o médico e o paciente no impacto que a tontura causa na saúde do indivíduo.

1.1.4. Avaliação

A recolha da história clínica é a chave para se decifrar a origem da vertigem. A anamnese realizada ao doente deve ter em conta os seguintes pontos: tipo de perturbação do equilíbrio (vertigem com ilusão do movimento ou sensação de insegurança ou instabilidade); forma de evolução dos sintomas (crises ou sensação contínua); frequência das crises (diária, semanal, mensal); duração da crise (segundos, minutos, horas, dias); fatores desencadeantes da crise (determinadas posições); fatores de agravamento (determinados movimentos) e sintomas acompanhantes (sintomas neurovegetativos, cocleares e neurológicos). (Seabra, 2006)

A realização dos exames de diagnóstico e terapêutica é fundamental para diagnóstico da patologia. É essencial realizar-se um exame neurológico para permitir a identificação de sinais neurológicos, como é o caso do nistagmo e a avaliação de um possível surgimento de perda auditiva. (Macedo, 2010)

Deverá ser realizado um exame que avalie a cabeça e o pescoço, o ouvido e a membrana timpânica permitindo identificar a presença de alguma fístula, trauma ou vesículas que possam ter surgido com a reativação do vírus varicela zoster. (Paço, 2009)

Desta forma, a observação do doente deverá ser realizada de uma forma rigorosa através dos seguintes passos: (Paço, 2009)

- Otoscopia - procurar a existência de otorreia, colesteatoma, sinais inflamatórios ou infecciosos.
- Presença de nistagmo espontâneo - com o doente a olhar em frente identificar a presença de nistagmo e, quando for suficientemente intenso, observar a fase rápida do nistagmo que será contralateral em relação ao ouvido lesado.
- Prova de Romberg - doente em pé, com os pés juntos e olhos fechados e esperar um minuto e perceber se a prova é positiva, ou seja, quando o doente cai durante a prova, indicando ataxia sensorial.
- Prova de Fukuda - marcha de olhos fechados durante 20 a 30 segundos e havendo desvio pode indicar patologia periférica.
- *Head trust test* (Halmagyi) - doente sentado, fixa o olhar num ponto em frente e rotação rápida da cabeça fixando sempre o ponto e observar se existe sacada de refixação indicando o teste positivo, ou seja, patologia vestibular. Se o nistagmo for vertical podemos estar perante uma patologia central.
- Teste ou manobra de Dix-Halpike – sentar o doente na marquesa, colocar a cabeça do doente primeiramente a 45° para o lado afetado e depois inclinar 30° para trás, de seguida deitá-lo na marquesa mantendo a posição da cabeça e observar e caracterizar o nistagmo; sentar rapidamente o doente e após cessação do nistagmo observar e caracterizar o

nistagmo. Se o nistagmo for característico – torsional geotrópico (sentido da gravidade) estamos perante uma VPPB do canal semicircular posterior.

A avaliação da vertigem através da manobra Dix-Halpike tem a capacidade de diagnosticar VPPB e permitir a distinção entre vertigem periférica ou central. Na vertigem periférica a duração dos sintomas é maior e muito sintomática e o nistagmo dura segundos, enquanto na vertigem central a vertigem é mais ligeira, apesar de durar mais de um minuto e não apresenta fenómenos de fadigabilidade ou habituação. (Paço, 2009)

É essencial a realização de Tomografia Computorizada (TC), em doentes que apresentem sintomas e sinais neurológicos (ex: afasia, disartria, paralisia facial, entre outros); com fatores de risco de doença cerebrovascular ou perda de audição progressiva unilateral. A Ressonância Magnética (RM) permite visualizar com mais precisão a fossa craniana posterior, sendo também importante realizar em casos específicos. (Paço, 2009)

Como possível protocolo de exames a realizar perante uma situação de vertigem apresentamos os seguintes: (Paço, 2009)

- Exames audiométricos (audiograma, timpanograma e reflexos estapédicos) – verificação de hipoacusia de percepção/neurosensorial nas frequências mais baixas, unilateral (ex: DM) ou nas frequências mais altas (ex: patologia retrocolear).
- Videonistagmografia – permite observar os movimentos dos olhos e os nistagmos no monitor e grava estes movimentos sob forma gráfica.
- Nistagmo espontâneo no olhar centrado e descentrado – despiste de nistagmo espontâneo e caracterização, ou seja, um nistagmo periférico aumenta com a escuridão e o nistagmo de etiologia central aumenta com a fixação ocular.
- *Pos-head shake test* – quando positivo indica possibilidade de verificação de patologia vestibular unilateral.
- Provas de perseguição lenta, sacádicas e optocinéticas – quando estão fora dos parâmetros normais indicam a existência de patologia central.
- Provas de Dix-Halpike.
- Provas calóricas e índices de fixação ocular – as provas calóricas permitem medir a resposta de cada ouvido separadamente. São realizadas provas de estimulação fria e quente em cada ouvido e através de um gráfico permitem identificar hiporreflexias unilaterais ou bilaterais, arreflexias unilaterais ou bilaterais e através das preponderâncias direcionais ou alterações dos índices de fixação ocular, suspeitar da existência de patologia central.
- Posturografia Dinâmica Computorizada – *Sensory Organization Test (SOT)* – O doente em pé realiza várias provas que permitem avaliar quantitativa e qualitativamente o equilíbrio nos

seus componentes somatossensorial, visual e vestibular, relacionados com a altura e idade dos doentes. É um exame que complementa a VNG.

- Imagiologia – tomografia computadorizada crânio-encefálica; tomografia computadorizada dos ouvidos; tomografia computadorizada dos canais semicirculares e ressonância magnética cranioencefálica e dos ouvidos.

1.1.5. Tratamento

Nos últimos anos temos assistido a uma evolução quer ao nível do diagnóstico quer ao nível do tratamento, surgindo novas formas de medir o nistagmo e o equilíbrio, tornando assim o diagnóstico mais preciso e a possibilidade de uma maior diversidade de tratamentos. É possível distinguir-se alguns meios de diagnóstico, como a videonistagmografia, a posturografia dinâmica computadorizada e a imagiologia. (Macedo, 2010)

O tratamento da vertigem tem várias vertentes. Pode ser específico, ou seja, dirigido à causa, sintomático ou a RV.

No caso da VPPB é realizada a manobra de Epley para reposicionamento dos otólitos (ver figura 3). Tem a vantagem de ser realizada em consultório sem sujeitar o doente à toma de medicação. (Macedo, 2010)

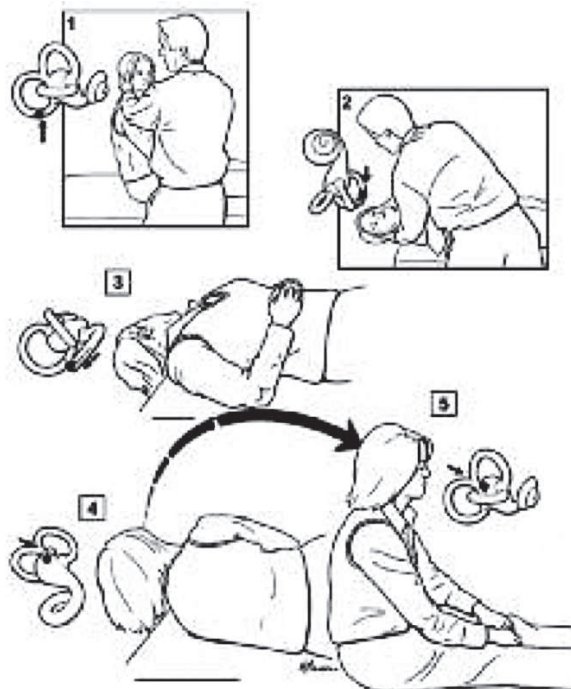


Figura 3. Manobra de Epley (Santos, 2012)

Na neuronite vestibular aguda, o tratamento baseia-se na ingestão de medicamentos supressores vestibulares, podendo ser prescritos corticosteroides ou aciclovir no Síndrome de Ramsay-Hunt. Estes medicamentos fazem com que os sintomas diminuam de intensidade ao longo do tempo, no entanto, a realização de exercícios vestibulares diminui o tempo de recuperação. (Macedo, 2010)

Com a DM é aconselhada uma alimentação sem sal e a utilização de diuréticos (hidroclorotiazida com triamtereno) por forma a evitar a progressão da doença, assim como no doente com enxaqueca é sugerido também cuidado com a alimentação e alterações ao estilo de vida evitando os fatores responsáveis pelo aparecimento da enxaqueca. Nestes casos, os exercícios de RV são fundamentais, permitindo ao cérebro usar pistas visuais e propriocetivas para manter o equilíbrio. Estes exercícios melhoram o nistagmo, controlo postural, tonturas, assim como outros sintomas vertiginosos. Desenvolveu-se a utilização transtimpânica da gentamicina para tratamento da vertigem e suspensão da evolução da doença. (Paço, 2009)

De uma forma geral, no tratamento da vertigem destaca-se a manobra de Sémont e a manobra reabilitadora de Epley para a VPPB e, mais recentemente, as manobras de Lempert e de Appiani e de Casani, bem como a posturografia dinâmica e as estimulações optocinéticas, no tratamento do equilíbrio. (Paço, 2009)

Deve dar-se especial atenção ao tratamento da vertigem nos idosos pelas graves consequências que pode causar, nomeadamente fratura do colo do fémur e traumatismo craniano. A recuperação de um doente idoso com fratura do colo do fémur é longa, dispendiosa e, com frequência, com sequelas irreversíveis. Nestes casos, a melhoria do equilíbrio previne quedas proporcionando uma melhor QV, bem como uma maior segurança. Os gastos de saúde também serão menores tanto a nível de consultas como de medicação. (Paço, 2009)

Quando a causa da vertigem é viral causando nevrite vestibular ou síndrome cocleovestibular, o tratamento inicial passa pela avaliação da audição e, numa segunda fase, o tratamento do equilíbrio.

Quando uma das estruturas do ouvido interno é afetada surge a vertigem. De seguida, é apresentado um quadro resumo com as principais características clínicas e semiológicas das principais síndromes vestibulares periféricas e centrais, da vertigem postural fóbica e da enxaqueca, assim como do respetivo tratamento (ver figura 4).

Diagnóstico	Características da anamnese	Características do exame físico	Tratamento
VPB	Vertigem rotatória de curta duração desencadeada por movimentos rápidos da cabeça ⁵	Nistagmo de posicionamento vertical para cima, rotatório para o lado comprometido ⁵	Manobra de Epley ⁶ , manobra de Semont ⁷ , manobra de Brandt-Daroff ⁸
Doença de Menière	Triade de ataques recorrentes de vertigem, déficit auditivo flutuante, zumbidos, pressão no ouvido do lado comprometido ⁹	Durante as crises: nistagmo horizontal-rotatório para o lado lesado ou para o lado são, desequilíbrio, hipoacusia ⁹	Betaistina, diurético ⁹
Neurite vestibular	Vertigem rotatória aguda de duração prolongada, desequilíbrio, tendência a queda para um dos lados, náuseas, vômitos. Ausência de sintomas auditivos ¹⁰	Tendência de queda para o lado lesado, nistagmo horizontal-rotatório para o lado são, reflexo vestibulo-ocular patológico no lado da lesão ¹⁰	Reabilitação vestibular
Paroxísmia vestibular	Ataques curtos e frequentes de vertigem rotatória desencadeados por movimentos da cabeça, podem ser associados a tinnitus ou hipoacusia ³	Nistagmo de provocação para o lado bom. Pode ter associado paralisia facial, espasmo facial, hipoacusia, ipsilaterais ³	Carbamazepina, fenitoína ³
Vestibulopatia bilateral	Desequilíbrio, oscilopsia.	Reflexo vestibulo-ocular patológico bilateral	Reabilitação vestibular, tratamento da causa ³
Outras lesões periféricas	Além de sintomas e sinais de vertigem periférica, sintomas auditivos como hipoacusia, dor no ouvido, dor em região da mastóide.	Hipoacusia, reflexo vestibulo-ocular patológico no lado da lesão	Tratamento da causa ³
Vertigem postural fóbica	Vertigem oscilatória ou tontura desencadeadas em locais movimentados e cheios de pessoas, com multidões, associada a medo de sair de casa, medo de cair, ansiedade ¹¹	Exame normal	Antidepressivo (tricíclico ou inibidor da recaptação de dessensibilização ¹¹
Vertigem central	Sintomas de uma síndrome vestibular (vertigem, náuseas, vômitos, desequilíbrio, nistagmo) associados a sintomas de comprometimento do SNC ³	Diplopia, oftalmoparesia internuclear, desvio skew, nistagmo upbeat (vertical para cima), ataxia cerebelar, outros sintomas de comprometimento de tronco encefálico ³	Tratamento da causa (AVC, esclerose múltipla, infecções do SNC, outros)
Nistagmo <i>downbeat</i> e <i>upbeat</i>	Vertigem oscilatória, náuseas, vômitos, desequilíbrio, nistagmo, e sintomas de comprometimento do tronco encefálico	Nistagmo <i>downbeat</i> : vertical para baixo. Nistagmo <i>upbeat</i> : vertical para cima	Benzodiazepínico, lítico, tratamento da causa ³
Enxaqueca	Critérios International Headache Society (IHS) ¹²	Exame normal ou com pequenas alterações da motricidade ocular extrínseca (seguimento e sacadas) ³	Betabloqueador, antidepressivo ³

Figura 4. Características clínicas e semiológicas e tratamento das principais síndromes vestibulares periféricas, centrais, vertigem postural fóbica e enxaqueca. (Kanashiro, 2005)

1.2. Qualidade de Vida e Saúde

1.2.1. Introdução

A QV é entendida como a percepção que um indivíduo, um grupo de indivíduos ou ainda uma população tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que estão inseridos, relativamente aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Abrange as várias dimensões da vida das pessoas, da qual faz parte a saúde. A QVRS constitui igualmente uma percepção individual ou coletiva, mas é relativa às condições de saúde e bem-estar físico, psicológico, social e ambiental.

Esta percepção subjetiva precisa ser transformada em dados concretos para que se possa medir. Através dos instrumentos de avaliação é possível conhecer o estado de saúde dos grupos que se pretendem estudar. O número crescente de instrumentos de avaliação que já foram construídos reflete a importância atual da avaliação da QVRS. Uns são específicos para certas patologias e focam problemas associados a doenças concretas, grupos de doentes e/ou áreas funcionais. Outros são de utilização genérica e fornecem uma visão geral da QVRS.

Os instrumentos de avaliação são geralmente compostos por questionários, que dão a conhecer a forma como certas situações clínicas interferem na QV das pessoas. Uma dessas situações

clínicas é a vertigem, considerada um dos sintomas mais comuns no mundo, que tem a capacidade de limitar todas as várias atividades da vida diária, e que tem sido objeto de estudo.

1.2.2. Qualidade de vida

A compreensão relativa à QV tem sido objeto de estudo nas últimas décadas, nas mais diferentes áreas do conhecimento, e tem tido conotações diferentes, dependendo da época e do contexto onde tem sido utilizado. (Cruz, Collet & Nóbrega, 2018)

O termo propriamente dito surge em 1920 num livro de economia e bem-estar da autoria de Pigou, no qual discute o suporte governamental para as classes menos favorecidas, bem como o impacto na vida das pessoas e nas finanças nacionais. Aqui, o conceito de QV aparece associado à economia (Lopes et al., 2018; Praça, 2012). Há indícios de que o termo QV surgiu pela primeira vez na literatura médica, na década de 30 do século XX, segundo um levantamento de estudos que tinham como objetivo a sua definição e que faziam referência à avaliação da QV (Praça, 2012). Após a 2ª Guerra Mundial, o conceito de QV foi utilizado para caracterizar a quantidade de bens materiais adquiridos pelas pessoas (Praça, 2012). Nos anos 50 do século XX, com a evolução tecnológica, os investigadores focaram-se no campo da saúde, educação e economia (Sampaio, 2007). Em 1976, Campbell tentou explicitar as dificuldades em qualificar QV referindo que era uma vaga entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é. (Praça, 2012; Seidl & Zannon, 2004)

Devido ao facto de se tratar de um conceito dinâmico, subjetivo e multidimensional, podem ser encontradas várias designações para QV, nomeadamente: bem-estar, grau com que as pessoas aproveitam as oportunidades que surgem nas suas vidas, perceção de satisfação com a vida (Noronha et al., 2016; Seidl & Zannon, 2004; Vaz & Oliveira, 2007). A origem da palavra “qualidade” faz menção ao modo de ser característico de algo. (Lopes et al., 2018; Infopedia, s.d.)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a QV é “a perceção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994). Esta definição resulta de um consenso internacional, representando uma perspetiva transcultural e multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, do nível de independência, das relações sociais, das crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respetivo meio na avaliação subjetiva da QV individual. (WHOQOL Group, 1993, 1994, 1995, 1998)

A OMS (1995), citado por Sampaio (2007), refere que, apesar de não haver um significado consensual do conceito de QV, existe, entre os investigadores, o consenso acerca de algumas características e subjetividade, tratando-se de considerar a perceção da pessoa sobre aspetos da sua vida. A avaliação de cada indivíduo sobre a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas com a QV só pode ser avaliada pelo próprio. Esta multidimensionalidade

é composta por diferentes dimensões: a dimensão física é a percepção do indivíduo sobre a sua condição física, a dimensão psicológica é a percepção do indivíduo sobre a sua condição afetiva e cognitiva, a dimensão social é a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida e a dimensão ambiental é a percepção do indivíduo sobre aspetos diversos relacionados com o ambiente onde vive.

Apesar de atualmente ainda existir uma diversidade de conceitos e opiniões sobre a definição de QV, parece haver concordância em relação a alguns aspetos, que podem ser descritos da seguinte forma: integrar domínios relacionados com o bem-estar; conter mais que uma dimensão ou categoria, podendo haver inter-relação entre eles; integrar fatores objetivos externos à pessoa; ser influenciado pela idade, género, raça, cultura e estatuto socioeconómico; integrar uma visão holística que permite compreender o que é importante para cada indivíduo; ser baseado nas percepções individuais; refletir a necessidade dos indivíduos terem escolhas e controlo pessoal (uma forma de *empowerment* que lhes confere a sensação de controlo individual). (Pires, 2009)

Os representantes da medicina holística afirmam que a QV tem impacto sobre a saúde. Não sendo elementos estáticos nem independentes, a saúde e a doença, constituem um processo global, em que os fatores estão em constante interação. (Pires, 2009)

A QV abrange uma variedade de domínios que incluem estado de saúde, recursos económicos, situação profissional, relacionamentos e atividades de lazer (Petri, Chirilă, Bolboacă & Cosgarea, 2017). Em termos globais, a percepção individual do estado geral de saúde é o mais importante em relação a todas as outras vivências (Pimentel, 2003). De entre os múltiplos e distintos fatores que podem influenciar a QV das populações, dá-se destaque aos aspetos relacionados com a saúde, sendo cada vez mais importante compreender o significado da QVRS. (Sampaio, 2007)

O conceito de QVRS é uma parte da QV que se refere à forma como cada pessoa percebe e sente a sua *performance* em várias dimensões, nomeadamente: física, funcional, psicológica, social, crenças pessoais, religiosidade e espiritualidade. (Praça, 2012)

1.2.3. Qualidade de vida relacionada com a saúde

A palavra saúde deriva da raiz latina *Sanus* que significa “são”. (Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010)

A OMS, citado por Oliveira (2009), instituiu um conceito abrangente, definindo a saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.

O conceito de saúde é difícil de definir e medir, sendo fortemente influenciado pelas expectativas, experiências e atividades de cada pessoa. A percepção do estado de saúde é única e individual. (Canavarro et al., 2010)

Os conceitos QV e saúde estão intimamente relacionados, na medida em que a QV afeta a saúde e esta, por sua vez, exerce influência na forma como cada um vive e sente a sua vida (Vaz & Oliveira, 2007). A saúde está relacionada com o bem-estar e o equilíbrio enquanto a doença com o mau estar e o desequilíbrio, mas ambas têm repercussões ao nível das diferentes dimensões da vida. (Praça, 2012)

A abrangência dos conceitos relativos à saúde e à QVRS vão muito para além do aspeto físico ou da presença de doença. Um exemplo que reflete este pensamento diz respeito aos utentes que vão aos serviços de saúde. Segundo Fonseca et al. (2009), aos serviços de saúde chegam utentes com questões não especificamente relacionadas com a saúde, mas com outras dimensões de cariz psicossocial, como sejam: a solidão, o isolamento, a falta de um papel social, entre outras. Estas situações têm um impacto significativo na utilização dos sistemas de saúde e têm levado à necessidade de se introduzirem alterações profundas na forma como se prestam os cuidados de saúde, dando origem a novos paradigmas de cuidado, assentes numa abordagem integral, interdisciplinar e, quando possível, integrada na comunidade.

A introdução da QV na área da saúde só foi possível graças à mudança no modelo de abordagem das questões de saúde, passando de uma perspetiva biomédica para uma perspetiva biopsicossocial, compreendendo a importância de não se avaliarem as intervenções médicas exclusivamente do ponto de vista dos resultados, em termos de mortalidade e morbilidade, mas de ter também em consideração a melhoria do bem-estar geral, nomeadamente no que respeita às doenças crónicas. (Fonseca et al., 2009)

De acordo com o *Relatório Europeu de Saúde 2018 – Mais do que números - evidência para todos* (OMS, 2018), as doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, o cancro, a diabetes *mellitus* e as patologias respiratórias crónicas, constituem atualmente a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas. São também as principais responsáveis por situações de incapacidade, muitas vezes permanente, e perda de QV, com impacto significativo no consumo de serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico, medicamentos e dias de internamento. O relatório refere ainda que os fatores relacionados ao estilo de vida que afetam a mortalidade por estas causas permanecem uma grande preocupação e podem retardar ou mesmo reverter os ganhos na esperança de vida se não forem controlados.

O relatório europeu de saúde é publicado a cada três anos, analisa as tendências significativas na saúde pública e os comportamentos sociais que impulsionam a saúde e o bem-estar em toda a região europeia, abrangendo 53 países e 800 milhões de pessoas. Grande parte dos dados da versão mais recente do relatório são referentes a 2014 e 2015.

Segundo o referido relatório, as taxas de tabagismo são as mais altas do mundo, com uma em cada três pessoas com mais de 15 anos a fumar, o consumo de álcool em adultos é o mais alto do

mundo e mais de metade da população tem peso a mais. No consumo de tabaco, Portugal apresenta uma prevalência de 22,6%, menor do que os quase 30% da média da região, de acordo com dados de 2013. No que respeita ao consumo de álcool, Portugal está acima da média dos 53 países. Quanto ao excesso de peso, Portugal mostra-se alinhado com a média, com uma prevalência de excesso de peso superior a 57%, segundo dados de 2016.

As doenças crónicas são as que mais afetam a QV do indivíduo, na medida em que interferem de uma forma permanente, no seu estilo de vida e limitam a sua capacidade produtiva e a sua visão em relação ao mundo (Canavarro et al., 2010; Cruz et al., 2018). É uma consequência do diagnóstico, dos tratamentos prolongados e, muitas vezes, agressivos e da incerteza do prognóstico (Canavarro et al., 2010). Por estas razões, tem-se verificado um maior interesse em avaliar a QV dos indivíduos com doenças crónicas. (Canavarro et al., 2010; Cruz et al., 2018; Fonseca et al., 2009)

Segundo Cruz et al. (2018), a diabetes *mellitus* é considerada uma das doenças que mais afeta a QV do indivíduo, na medida em que a terapêutica requer uma mudança radical no estilo de vida dos diabéticos e dos que com eles convivem, pela necessidade de manter o controlo metabólico nos parâmetros ideais. Quando esta patologia surge na adolescência, o indivíduo, além de ter que lidar com os conflitos inerentes à idade, precisa aprender a lidar com a doença, o que é uma tarefa extremamente difícil, porque exige por parte do adolescente disciplina e mudança de hábitos. Uma revisão integrativa da literatura efetuada acerca da QVRS de adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 concluiu que a avaliação da QVRS de adolescentes diabéticos é uma forma de conhecer as suas perceções, necessidades, medos, aspirações e dificuldades em relação ao autocuidado. Muitos são os fatores que interferem no controlo metabólico, entre eles, a ansiedade e/ou o *stress*, o medo da hipoglicemia, a vergonha diante dos pares, entre outros. Todavia, o apoio dos profissionais e dos pais melhora o desempenho dos adolescentes em relação ao autocuidado e ao controlo metabólico. Neste contexto, medir a QVRS de adolescentes diabéticos e compreender quais são os fatores que interferem é uma forma de ajudar os profissionais da saúde a traçar estratégias que motivem para o autocuidado e reduzam as complicações resultantes da doença.

A avaliação da QV em relação às doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), o cancro, a artrite, as doenças neurológicas, a diabetes *mellitus*, a doença renal crónica, entre outras, é de extrema importância, por vários motivos: a) identifica o impacto da doença e do seu tratamento em diversas áreas da vida da pessoa; b) melhora o conhecimento sobre os efeitos secundários dos tratamentos; c) avalia o ajustamento psicossocial à doença; d) mede a eficácia dos tratamentos; e) define e desenvolve estratégias com vista a uma melhoria do bem-estar dos utentes; f) fornece informação prognóstica relevante ao nível da resposta ao tratamento e sobrevivência. (Canavarro et al., 2010; Noronha et al., 2016)

De acordo com Noronha et al. (2016), a avaliação do estado de saúde dos indivíduos adultos de uma população é também de extrema importância, pelas seguintes razões: os adultos representam a maioria da população, procuram os serviços de saúde, possuem particularidades epidemiológicas e por serem, na sua maioria, trabalhadores, as suas condições de saúde e bem-estar têm um impacto económico e social, ao nível do contexto familiar e da economia dos países. Por outro lado, os adultos influenciam de forma decisiva o comportamento e o estilo dos mais novos, que estão na sua dependência, ao nível do consumo de tabaco, consumo de bebidas alcoólicas, prática de atividade física, entre outros, influenciando o padrão de morbilidade a médio e a longo prazo das gerações futuras.

Segundo Nunes e Rego (2002, p. 63), “o estado de saúde da população é profundamente influenciado por fatores de ordem económica, social, política, experiência pessoal e estilos de vida”. A melhoria da QV é um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde, da prevenção de doenças e na melhoria da esperança de vida. (Praça, 2012)

Tavares e Nunes (2007), referem que a perceção individual de saúde depende do grau de conhecimento e compreensão do indivíduo no que se refere ao seu estado de saúde e aos problemas que afetam a mesma, sendo esta influenciada por variáveis como a idade, o género, o nível socioeconómico, a cultura e a natureza dos problemas de saúde.

Praça (2012) avaliou a perceção da QVRS de utentes que pertencem a um agrupamento de centros de saúde e os resultados demonstraram um impacto negativo de algumas variáveis sociodemográficas ao nível da perceção da QV, mais concretamente, o género, a idade, o estado civil, a escolaridade, o grupo profissional e situação profissional, o rendimento familiar e a atividade física. A maioria dos inquiridos (51,7%) apresentou índices de QV elevados. Numa análise dimensional, os inquiridos apresentaram pontuações mais elevadas na dimensão funcionamento físico (74,9) e desempenho emocional (71,7).

Ao nível da literatura, Praça (2012) constatou que os principais fatores que podem influenciar a perceção do estado de saúde do indivíduo são os indicadores sociodemográficos (compreendem o género, o local de residência, a classe etária e o estado civil), os indicadores socioeconómicos (incluem o nível de escolaridade, os recursos económicos suficientes para satisfazer as necessidades básicas humanas) e os indicadores gerais de saúde (compreendem a doença crónica e a qualidade de vida).

Noronha et al. (2016) avaliaram a autoperceção do estado de saúde de uma população considerando as duas componentes, física e mental, do questionário *Thirty-six Item Short Form Health Survey* (SF-36) e verificaram que os indivíduos do género masculino, com automóvel na família, que foram recentemente ao dentista, sem doença crónica, sem toma de medicamentos, sem hábitos tabágicos e praticantes de atividade física, apresentaram maiores níveis na

componente física da QVRS. Por sua vez, não tomar medicamentos e não fumar estiveram associados a maiores níveis na componente mental da QVRS.

Segundo Noronha et al. (2016) e Praça (2012) verificam-se diferenças entre a percepção da QV e o género: os homens apresentam melhores médias de percepção de QV quando comparadas com as das mulheres. Em relação à existência de problemas de saúde, a percepção de QV apresenta melhores resultados nos inquiridos que referem não ter problemas de saúde. No estudo de Praça (2012), os indivíduos que não têm qualquer problema de saúde (77,8) têm uma média de QV superior aos que têm pelo menos um problema de saúde (55,6), verificando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões e nas duas componentes física e mental do SF-36 v2. No estudo de Oliveira (2009), 61% dos indivíduos que não têm doenças crónicas referem ter um bom estado de saúde. A existência de doença crónicas encontra-se associada a um menor estado de saúde (Barros, 2003). Relativamente à prática de atividade física existem diferenças entre aqueles que praticam exercício físico e a percepção de QV, em todas as dimensões do SF-36 e nas duas componentes: os que praticam exercício físico apresentam melhor percepção de QV enquanto os indivíduos sedentários encontram-se associados a um menor estado de saúde. (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012; Guimarães, 2011; Noronha et al., 2016; Praça, 2012)

A caracterização do estado de saúde de uma população constitui uma tarefa de grande complexidade, que advém do próprio conceito de saúde. Medir o estado de saúde de populações permite-nos definir níveis de comparação entre grupos (detetar iniquidade em relação a condições de saúde, por exemplo, entre diferentes patologias ou tipos de cronicidade), áreas geográficas (regiões, países ou zonas dentro dos países), condições sociais (por exemplo, entre grupos populacionais socialmente excluídos e os restantes), condições económicas (por exemplo, entre várias classes de rendimento e/ou de ocupação) ou ainda relativas ao género e à idade. (Ferreira & Santana, 2003)

Medir o estado de saúde corresponde a uma descrição e quantificação da saúde da pessoa, num determinado momento. A percepção subjetiva ou autoanálise da saúde descreve como uma pessoa percebe a sua própria saúde (Sampaio, 2007). Em 2018, o Ministério da Saúde publicou um documento de extrema importância, chamado *Retrato da Saúde*, o qual reflete o estado de saúde dos portugueses.

Segundo o Ministério da Saúde (2018), *Retrato da Saúde, Portugal*, são vários os fatores que influenciam a forma como vivemos e, conseqüentemente, o nosso estado de saúde, que resulta da combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. Tendo em conta estes fatores, é fundamental a aposta nos fatores modificáveis, nomeadamente os ambientais e os comportamentais, alterando os comportamentos de risco comuns a todas as doenças crónicas, como o tabagismo, a má alimentação, o excesso de peso, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo. As redes sociais e comunitárias, que incluem a família e os amigos, constituem

outro nível de influência. Se as condições de vida, como o trabalho, a educação ou a habitação são determinantes, também as condições socioeconómicas, culturais e ambientais, influenciam a saúde das pessoas. O relatório analisa cada uma destas determinantes.

As determinantes sociais incluem a educação, o emprego e o rendimento. A educação condiciona fortemente os comportamentos e estado de saúde, já que tem uma grande influência no acesso dos indivíduos à informação, na sua capacidade em beneficiar de novos conhecimentos e na adoção de comportamentos saudáveis. As pessoas com nível educacional mais elevado têm menor propensão para sofrer de doenças crónicas, incluindo problemas de saúde mental, como depressão ou ansiedade. De facto, é nestes indivíduos que se registam prevalências mais baixas de hipertensão arterial, obesidade e diabetes. Em Portugal, o nível educacional tem aumentado ao longo das últimas décadas. Porém, existe ainda um número significativo de portugueses com baixa escolaridade, que corresponde a uma faixa da população mais envelhecida, residente no interior do país. O emprego é um dos determinantes mais importantes da saúde física e mental. É nos indivíduos desempregados ou sem atividade profissional que se registam mais casos de hipertensão arterial, obesidade e diabetes. O rendimento é outro determinante, condicionando o acesso a bens e serviços essenciais à saúde e bem-estar. De notar que os indivíduos com menores rendimentos tendem a avaliar negativamente o seu estado de saúde, quando comparados com indivíduos com rendimentos mais elevados. A forma como todos estes determinantes interagem influencia fortemente a saúde dos cidadãos.

Ao nível dos determinantes comportamentais, as doenças crónicas são responsáveis por 80% da mortalidade nos países europeus, sendo as afeções do aparelho respiratório as principais causas de mortalidade. A incidência e prevalência destas doenças é condicionada por fatores de risco individuais e sociais, dos quais se destacam: o excesso de peso, os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo, o tabagismo e o alcoolismo.

Existe uma relação indissociável entre a área da saúde, a QV e a prática de exercício físico. Relativamente à atividade física, o Ministério da Saúde (2018), *Retrato da Saúde, Portugal*, refere que a atividade física tem um papel decisivo na saúde e bem-estar das populações, ao estar diretamente ligada à prevenção de um conjunto importante de doenças crónicas não transmissíveis. Todavia, o estilo de vida das sociedades europeias traduz-se em comportamentos crescentemente menos ativos, estando a economia sustentada, cada vez mais em profissões e ocupações muito sedentárias. Uma população com níveis de atividade física muito inferiores aos recomendados internacionalmente tem, conseqüentemente, maiores custos de saúde e de produtividade, quer através de custos diretos, no âmbito da utilização dos serviços de saúde relacionada com o aparecimento ou agravamento de patologias, quer por meio de custos indiretos, por exemplo, o absentismo ou a produtividade limitada (devido a condição de saúde). Segundo o Eurobarómetro de 2017, em Portugal apenas 5% das pessoas com 15 anos ou mais afirmam que fazem exercício ou desporto regularmente e a mesma percentagem afirma que faz habitualmente outras atividades físicas (por exemplo, usar a bicicleta como modo de deslocação). Considerando

todas as atividades físicas, não mais do que 25% da população atinge as recomendações internacionais para a saúde. Portugal é o segundo país da Europa que menos caminha (29% nunca caminham mais de 10 minutos por dia) e o país onde mais pessoas afirmam que não têm interesse ou motivação para praticar atividade física ou desporto (33%). Um aspeto positivo é que Portugal é o país da Europa onde as pessoas reportam passar menos tempo sentadas diariamente.

O Ministério da Saúde (2018), *Retrato da Saúde, Portugal*, menciona que cerca de metade dos portugueses considera o seu estado de saúde muito bom ou bom, sendo esta autoapreciação mais frequente nos homens e no grupo etário dos 25 aos 34 anos.

As doenças têm diferentes impactos na população, que podem ser avaliados em termos de mortalidade (morrer de uma doença) ou de morbilidade (viver com uma doença).

O Ministério da Saúde (2018), *Retrato da Saúde, Portugal*, aponta as doenças cerebrovasculares e o cancro como as principais causas de morte em Portugal. Quanto à QV dos portugueses, é afetada sobretudo pelas doenças musculoesqueléticas, a depressão, as doenças da pele e as enxaquecas. As doenças respiratórias e a diabetes são também apontadas como responsáveis por um número considerável de mortes. O excesso de peso e a obesidade são dos fatores de risco que mais contribuem para a carga de doença dos portugueses.

Um aspeto muito positivo é que a esperança de vida em Portugal superou a média da União Europeia, sendo de 81,3 anos, e o número de pessoas com mais de 75 anos é superior a um milhão. No que diz respeito ao indicador “número de anos de vida saudável vividos depois dos 65 anos”, Portugal assume-se como um dos países com menor número de anos de vida saudável depois dos 65 anos. Assim, o Ministério da Saúde (2018), *Retrato da Saúde, Portugal*, conclui que os portugueses vivem mais, mas, por outro lado, vivem com mais comorbilidades durante os seus últimos anos de vida: diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, obesidade e doenças oncológicas. Paralelamente aos efeitos na morbilidade e mortalidade prematura, as doenças crónicas têm impacto significativo nas economias nacionais, entre outros fatores, pela diminuição da produtividade, aumento do absentismo laboral e dos encargos com a saúde. A melhoria das condições gerais de vida, a oferta de serviços de saúde de qualidade e a diminuição da prevalência de algumas doenças têm contribuído para prolongar a vida dos portugueses. Um aspeto interessante a referir é que se as mulheres portuguesas esperam viver mais à nascença, a partir dos 65 anos, são os homens que podem esperar viver mais com saúde.

Com a finalidade de melhorar a esperança de vida com saúde e reduzir a mortalidade prematura, Portugal tem implementado uma série de programas ao nível da saúde reprodutiva, infantil e juvenil e a vacinação. Para combater os fatores de risco responsáveis por grande parte das doenças crónicas, o Ministério da Saúde (2018), *Retrato da Saúde, Portugal*, refere que se criaram programas específicos para o tabagismo, a alimentação saudável, a atividade física, a diabetes, as

doenças cérebro cardiovasculares, as doenças oncológicas e as doenças respiratórias. Quanto às doenças transmissíveis foram desenhados planos de atuação para as hepatites virais, VIH/SIDA e tuberculose, bem como para as infeções ligadas aos cuidados de saúde e às resistências aos antimicrobianos. Porque a saúde mental é parte integrante da saúde e é um fator determinante para a coesão social, progresso económico e desenvolvimento sustentável da nossa sociedade, está em curso o Programa Nacional para a Saúde Mental.

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea (Evangelista, 2012; Lopes et al., 2018). Segundo a OMS (2002), a proporção de pessoas acima dos 60 anos está a crescer rapidamente em todo o mundo, cenário também visível no nosso país. Portugal tem uma população envelhecida, em que um milhão de portugueses têm mais de 75 anos, das quais mais mulheres do que homens. (Ministério da Saúde, 2018)

Segundo o *Censos 2011* do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2012), a percentagem de jovens recuou para 15% e de idosos cresceu para 19%. Portugal perdeu população em todos os grupos etários entre os 0 e os 29 anos, a população entre os 30 e os 69 anos cresceu 9% e, para idades superiores a 69 anos, o crescimento foi da ordem dos 26%. A idade média da população aumentou 3 anos numa década, atualmente é de 41,8 anos. Em 2011, o índice de envelhecimento da população era de 128, o que significa que, por cada 100 jovens, existiam 128 idosos. O Ministério da Saúde (2018), *Retrato da Saúde, Portugal*, elucida que estes dados explicam que o número de mortes tenha vindo a aumentar, tendo sido superior a 110 mil, em 2016. Pelo contrário, ao longo dos últimos dez anos, os nascimentos têm decrescido, o que começou a verificar-se na década de 70 do século XX. Em 2016 nasceram cerca de 87 mil crianças em Portugal.

O envelhecimento implica naturalmente mudanças ao nível do corpo, na medida em que há um declínio na função dos órgãos e das células. As alterações próprias do envelhecimento, a maior prevalência de doenças crónicas e degenerativas e a toma de vários medicamentos, entre outros fatores, podem favorecer o aparecimento de alterações no equilíbrio, vertigens e tonturas ou agravar a intensidade destes sintomas nos idosos, provocando limitações físicas, funcionais e emocionais, comprometendo a QV, pois estas alterações podem causar um risco acrescido de queda podendo mesmo levar o idoso à morte. (Evangelista, 2012)

1.2.4. Qualidade de vida em indivíduos com vertigem

Os termos tontura e vertigem são erradamente utilizados como sinónimos. A vertigem constitui um tipo mais comum de tontura (Handa, Kuhn, Cunha, Schafflein & Ganança, 2005; Vaz & Oliveira, 2007). São sintomas que aparecem frequentemente na população geral em todas as faixas etárias, atingindo ambos os géneros e com maior prevalência em adultos, especialmente idosos. (Handa et al., 2005; Mueller, Schuster, Strobl & Grill, 2012; Petri et al., 2017; Khaje-Bishak et al., 2014)

São dos sintomas mais comuns em idosos, sendo considerados uma síndrome geriátrica. (Júnior, Kozan, Moraes, Pereira & Moreno, 2014; Ribeiro et al., 2018)

Segundo Conceição Monteiro, presidente da Associação Portuguesa de Otoneurologia, a “vertigem é um sintoma e não uma doença”. Em Portugal sabe-se que a vertigem/tontura é uma causa frequente de consulta na prática clínica diária, em todos os grupos etários, contudo, a médica realça que “não existem estudos epidemiológicos”. Calcula-se que 20% das pessoas entre os 18 e os 65 anos já tenham sentido um episódio de vertigem/alteração do equilíbrio e que cerca de 30% destas mantêm algumas queixas ao fim de 12 meses. A título de exemplo, Conceição Monteiro refere que nos Estados Unidos a vertigem é a principal causa de consulta de Otoneurologia em doentes com mais de 75 anos. (Lusiadas, s.d.)

Há muitas doenças que podem contribuir para o aparecimento destes sintomas, algumas são patologias do ouvido interno (aparelho vestibular), mas outras podem ser de causa metabólica (diabetes, problemas da tiroide), cardiovascular, neurológica (tumores, doenças degenerativas, enxaqueca, etc.) ou problemas cervicais.

As suas causas multifatoriais, a elevada frequência com que ocorrem na população mundial e o facto de estarem ligadas a disfunções vestibulares, faz com que o impacto que estas doenças causam na QV das pessoas seja cada vez mais investigado (Isaac, 2015; Socher, Socher & Azzi, 2012). As disfunções do aparelho vestibular assumem particular importância, pois o aumento da idade é diretamente proporcional à presença de vários sintomas otoneurológicos associados, tais como vertigem e tontura, perda auditiva, zumbido, desequilíbrios, distúrbios da marcha e quedas ocasionais, entre outros. (Júnior et al., 2014)

Os pacientes com disfunção vestibular tendem a apresentar uma diminuição da qualidade ao nível da realização das atividades diárias, devido às manifestações dos sintomas durante essas atividades, resultando numa diminuição da QV (Handa et al., 2005; Magliulo, Bertin, Ruggieri & Gagliardi, 2005; Mueller et al., 2012; Vaz & Oliveira, 2007). A insegurança física gerada pela vertigem e pelo desequilíbrio pode conduzir a insegurança psicológica, irritabilidade, perda de autoconfiança, ansiedade, depressão ou pânico (Evangelista, 2012; Júnior et al., 2014; Magliulo et al., 2005; Roberts et al., 2009). Muitos doentes acabam por restringir as suas atividades diárias, com a finalidade de diminuir o risco de quedas, reduzir o aparecimento do sintoma, evitar possíveis constrangimentos sociais e o estigma que podem causar. (Magliulo et al., 2005; Socher et al., 2012; Júnior et al., 2014)

Segundo Evangelista (2012) existe uma relação muito direta entre as alterações do equilíbrio e as alterações psicológicas em adultos e idosos, sendo frequente os pacientes otoneurológicos apresentarem perturbações psicológicas. Para Vaz & Oliveira (2007) há uma alta prevalência de problemas psicológicos e comportamentais não reconhecidos nos pacientes com tontura, nomeadamente as disfunções de ansiedade. Em muitos pacientes, os sintomas de vertigem

provocada por movimento cefálico, sensação de flutuação, instabilidade ou uma combinação entre eles, são uma manifestação de ansiedade e distúrbio de pânico primários. Os referidos autores procuraram verificar o impacto das alterações vestibulares na QV dos indivíduos que apresentavam vertigem secundária, tendo sido aplicado o questionário SF-36. A aplicação deste questionário constituiu um meio importante de reconhecimento do perfil dos pacientes com vertigem, tendo-se verificado uma diminuição em todos os aspetos avaliados. Os resultados obtidos mostraram interferência da disfunção na QV destes indivíduos e limitações nas atividades diárias. Apresentaram valores preocupantes ao nível da diminuição na capacidade funcional, vitalidade, aspetos sociais e emocionais. O estudo demonstrou o impacto da vertigem secundária na QV dos indivíduos que participaram no estudo e alerta para a necessidade de estratégias de tratamento que venham a contribuir para a melhoria das capacidades funcionais e, conseqüentemente, da QV dos pacientes com vertigem.

Atualmente, há vários fatores que contribuem para a ansiedade (como a forte exposição à informação, a mudança rápida da tecnologia à qual as pessoas precisam de se adaptar, as pressões no ambiente de trabalho, as alterações nos valores sociais) e que estão na origem de distúrbios psicossomáticos acompanhados de vertigem e redução da QV (Isaac, 2015; Magliulo et al., 2005). Uma revisão sobre vertigem e psicoterapia mostrou sinais preliminares de que a psicoterapia pode produzir efeitos em pacientes em vertigem, cuja causa não seja por motivos clínicos ou decorrentes de perturbações psiquiátricas. (Schmid, Henningsen, Dieterich, Sattel & Lahmann, 2011)

De acordo com Júnior et al., 2014, a vertigem é particularmente importante nos idosos com uma tendência maior para quedas e fraturas e, por isso, maior risco de morbimortalidade. As quedas na população idosa são frequentes e as complicações daí resultantes têm um impacto negativo sobre a sua QV. Podem ser consideradas como o início do declínio funcional ou um sintoma de uma patologia nova, como consequência da perda de capacidades do corpo. Porém, as quedas podem ser evitadas com medidas preventivas adequadas. Uma das alternativas terapêuticas para o tratamento do idoso com vertigens é a RV. Esta ferramenta tem-se mostrado importante no tratamento dos pacientes com desequilíbrio, melhorando a competência e o bem-estar na realização das atividades quotidianas e, por conseguinte, na sua QV. Um dos estudos realizados primou por mostrar os resultados de um protocolo estruturado de RV em idosos, tendo-se verificado uma melhoria significativa da sintomatologia de tontura, QV geral e dos domínios físicos, emocionais e funcionais dos idosos participantes. Observou-se, ainda, uma correlação positiva entre a sintomatologia da tontura e a QV geral, ou seja, quanto menor a sintomatologia melhor a QV. Concluíram que o desenvolvimento de protocolos estruturados com a cooperação do paciente e a sua participação ativa, proporciona resultados satisfatórios e uma melhoria da QV.

As doenças do ouvido interno mais frequentes são a VPPB, correspondendo a 19% dos casos, seguida da DM, que atinge cerca de 18% dos pacientes com vertigens (Handa et al., 2005; Lopez-Escamez, Gamiz, Fernandez-Perez & Gomez-Fiñana, 2005; Magliulo et al., 2005; Mueller et al.,

2012; Pereira, Santos & Volpe, 2010; Petri et al., 2017; Ribeiro et al., 2018; Roberts et al., 2009; Socher et al., 2012). A VPPB é altamente prevalente em idosos, provavelmente devido a alterações degenerativas senis. (Maslovara, Soldo, Puksec, Balaban & Penavic, 2012; Ribeiro et al., 2018)

As pessoas com VPPB e/ou DM referem que estas doenças comprometem a capacidade de realizarem as suas tarefas quotidianas, com conseqüente diminuição da sua QV, seja pelo caráter recorrente das manifestações, pelo desconforto gerado pelos sintomas, pela imprevisibilidade de futuras crises vertiginosas ou pelas alterações emocionais. (Cunha, Settanni & Ganança, 2005; Handa et al., 2005; Magliulo et al., 2005; Pereira et al., 2010; Ribeiro et al., 2018; Roberts et al., 2009)

Alguns pacientes são diagnosticados com ambas as doenças, VPPB e DM. A associação destes dois distúrbios labirínticos no mesmo indivíduo potencia os efeitos nocivos da tontura/vertigem e, conseqüentemente, agrava a QV, na medida em que o desconforto gerado pelos sintomas altera de forma expressiva a capacidade das pessoas realizarem o seu dia a dia. (Handa et al., 2005; Socher et al., 2012)

Handa et al. (2005); Cunha et al. (2005) compararam os danos causados pela tontura/vertigem ao nível da QV dos pacientes com VPPB e/ou DM (nos momentos das crises e fora das crises), os aspetos mais comprometidos e a influência do género, da faixa etária e do canal semicircular afetado na VPPB. Chegaram a quatro conclusões principais: (1) Os pacientes com VPPB, DM e associação apresentaram a QV diminuída nas dimensões físicas, funcionais e emocionais, nos períodos de crise e fora da crise, embora a diminuição da QV tenha sido mais acentuada nos períodos das crises. (2) Os pacientes com DM apresentaram uma pior QV em todas as dimensões e em todas as fases das crises em comparação aos com VPPB; contudo, em relação aos pacientes com associação das duas doenças, somente nos aspetos funcionais e emocionais no período de crise da VPPB. (3) Os aspetos físicos foram os mais comprometidos nos grupos com VPPB e associação, enquanto que na DM são os aspetos físicos e funcionais os mais comprometidos. (4) Os efeitos negativos da tontura/vertigem ao nível da QV foram independentes do género, da faixa etária e, nos casos de VPPB e associação, não houve influência do canal semicircular posterior.

Petri et al. (2017); Ribeiro et al. (2018); Socher et al. (2012) descrevem a prevalência de sintomas vestibulares em mulheres explicando que se devem à menopausa, à osteoporose, às doenças cardiovasculares e metabólicas, que causam sintomas de tontura/vertigem. Todavia, Obermann et al. (2015) consideram que o viés de seleção de mulheres mais velhas pode ter uma influência importante nos resultados.

Evangelista (2012) explica que, apesar de não poder ser aplicada em todos os casos de vertigem, diversos autores salientam os benefícios da RV em relação à melhoria dos sintomas vestibulares e

do desequilíbrio, tornando-a uma importante alternativa não só terapêutica como também de promoção de saúde. De entre as alternativas terapêuticas disponíveis para o tratamento das vertigens, a RV promove mudanças significativas nos doentes, podendo promover a cura completa em cerca de 30% dos casos.

Ao nível da VPPB e/ou da DM, a RV demonstra ser um tratamento eficaz na redução das vertigens, especialmente quando aplicada em conjunto com outras terapias. Neste sentido, Socher et al. (2012) quiseram avaliar a QV dos pacientes com VPPB e DM, antes da RV e após a RV. A partir dos resultados obtidos verificaram que a QV dos pacientes com VPPB associada à DM melhorou após cinco sessões de RV, em todos os aspetos analisados. Observou-se também que o impacto dos aspetos físico e funcional foi maior na QV dos pacientes antes da RV, com maior índice de melhoria na perceção do aspeto físico após a aplicação da terapêutica. A idade e o género não interferiram na resposta ao tratamento. Os autores do estudo referiram que a RV foi bem aceite pelos participantes do estudo, que se mostraram mais entusiasmados e confiantes com a evolução do tratamento e a redução dos sintomas.

Fortes, Vicente & Lanzetta (2010) referem que podemos encontrar a vertigem associada à cefaleia, vulgarmente conhecida por dor de cabeça, e explicam que pode ser desencadeada por várias causas, sendo a mais comum a enxaqueca. É caracterizada por um conjunto de sintomas neurológicos, como cefaleias, náuseas, vómitos, tonturas, entre outros que, por sua vez, comprometem a QV ao nível social, emocional e no desempenho das atividades do dia a dia. Pode aparecer em indivíduos de todas as idades e a intensidade com que se manifesta pode ser determinada por fatores genéticos e de género. Estes investigadores pretenderam caracterizar a interferência da tontura na QV dos adultos com enxaqueca, tendo aplicado o questionário *Dizziness Handicap Inventory* (DHI). Concluíram que os indivíduos com enxaqueca apresentaram uma alta prevalência de vertigem. Por ordem decrescente, o aspeto funcional foi o mais afetado, seguido do aspeto físico (com resultado semelhante ao funcional) e do emocional, provocando limitações nas atividades diárias dos indivíduos e, conseqüentemente, na sua QV. O questionário DHI mostrou ser um instrumento fundamental como complemento na avaliação e no acompanhamento da evolução clínica destes indivíduos.

Deissler et al. (2017) referem que as vertigens são comuns em crianças e em adolescentes e têm a sua origem nas enxaquecas. Realizaram um estudo com crianças que sofriam de vertigens, em que avaliaram o impacto da vertigem na QVRS das crianças e adolescentes e se havia relação com a faixa etária, o género e o diagnóstico de vertigem. Aplicaram o questionário KIDSCREEN-52, que avalia a QVRS de crianças e adolescentes e também fornece informações sobre a perceção dos pais ou dos tutores. Os investigadores verificaram que a QVRS das crianças e dos adolescentes que sofrem de vertigens está diminuída em todas as dimensões (física, psicológica e de autonomia) comparativamente com a QVRS do grupo constituído por crianças saudáveis. Apesar de constatarem que não há relação com o género e o diagnóstico, a QV ficou mais comprometida em crianças com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos relativamente às

crianças dos 8 aos 11 anos. Estes resultados estão em linha com os obtidos para crianças com outras situações clínicas crónicas como, por exemplo, asma, diabetes, cancro, doenças gastrointestinais, perturbações psiquiátricas ou doenças reumatológicas. Este estudo recomenda medicação oral, intervenções terapêuticas e comportamentais com vista à melhoria do bem-estar físico e psicológico das crianças, bem como da sua autonomia.

Hoje em dia avaliar a QVRS reverte-se de grande importância em virtude dos seus resultados permitirem avaliar níveis de comparação entre grupos, contribuir para aprovar e definir tratamentos e avaliar o custo/benefício dos cuidados prestados e facilitar a tomada de decisão aos mais diversos níveis. (Praça, 2012)

“A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde tem como objetivos: a gestão da saúde, conhecer os interesses específicos dos doentes, avaliar o efeito da terapêutica, melhorar a comunicação pessoal de saúde/doente, constituir uma unidade de medição económica e monitorizar a saúde da população”, Santos (2005), citado por Pires (2009, p. 123).

É importante avaliar a QV, especialmente para facilitar a tomada de decisão clínica. Um médico que sabe de que forma, diferentes tratamentos afetam a quantidade e a QV dos seus doentes, encontra-se em melhor posição para assumir uma decisão em relação a determinado tratamento. (Silva, 2003)

Os instrumentos de avaliação da QV medem a forma como as pessoas percebem e sentem os aspetos que estiverem a ser considerados no estudo. Por exemplo, avaliar o modo como as manifestações de uma doença e/ou o seu tratamento são experienciados pelos indivíduos. Neste sentido dá-se preferência aos instrumentos que se baseiam na autoanálise.

1.2.5. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde

Os instrumentos para avaliação da QV surgiram da necessidade de se adequar os conceitos de saúde e as suas medidas, passando a abordar aspetos como funcionamento, suporte social e psicológico, além da morbilidade e da mortalidade (Lopes et al., 2018). São importantes para orientar programas de promoção da QV e comparar a QV de indivíduos, da mesma cultura ou de culturas diferentes. Foram criados para transformar sensações subjetivas em dados concretos e fidedignos. (Cruz et al., 2018; Noronha et al., 2016)

Praça (2012) enumera as características dos instrumentos de avaliação: válidos, fiáveis, sensíveis às mudanças, aplicáveis na prática diária e conter todas as dimensões pretendidas. Considera-se que um instrumento é válido quando mede realmente aquilo que se pretende medir. É fiável quando produz os mesmos resultados em avaliações repetidas usando as mesmas condições –

devem ser estáveis e reproduzíveis no tempo. Deve ser sensível às mudanças no sentido de produzir resultados diferentes em avaliações repetidas onde as condições se alteraram.

Existem alguns princípios que devem ser tidos em conta na avaliação da QVRS de um determinado grupo: importância do estado funcional (físico, social e mental), subjetividade da avaliação do estado de saúde e quantificação do estado de saúde nos aspetos considerados. (Lezaun, 2006)

Os instrumentos de avaliação da QVRS compreendem fundamentalmente os questionários de autoavaliação, uma vez que representam o método mais prático, eficiente e barato de obter informação do utente (Amorim, 1999), uma vez que a melhor fonte de informações sobre a QV é a própria pessoa. (Arenas, 2006)

Medir o estado de saúde corresponde a uma descrição e quantificação da saúde do indivíduo, num determinado momento. A perceção subjetiva ou autoavaliação da saúde descreve como uma pessoa percebe a sua própria saúde. (Sampaio, 2007)

O desenvolvimento de medidas de QV foi efetuado principalmente nos Estados Unidos da América e no Reino Unido e, apesar da maioria destes instrumentos de medida terem sido desenvolvidos e testados em culturas de língua inglesa, têm sido amplamente adaptados e validados noutros países e culturas (Sampaio, 2007). Cruz et al. (2018) alertam que só devem ser utilizados questionários que estejam validados na língua do país onde vão ser aplicados e adaptados para a respetiva cultura. Utilizar instrumentos existentes e validados noutro idioma não é o mais indicado, visto que os questionários contêm questões que avaliam aspetos presentes e relevantes numa cultura, mas que podem ser totalmente irrelevantes noutra. Por outro lado, traduzir um instrumento de um idioma para outro é um desafio, porque uma simples palavra que tem significado numa língua pode ter um significado completamente diferente noutra.

A avaliação da QVRS pode ser realizada através da utilização de instrumentos genéricos do estado de saúde e instrumentos específicos relacionados com a doença. (Cruz et al., 2018; Lopes et al., 2018) O instrumento genérico designa o questionário usado em qualquer população, independente da condição subjacente, enquanto o instrumento específico é utilizado para pessoas com determinada patologia, determinada função ou um problema específico (Omonte, 2007). Os instrumentos de avaliação apresentam questões divididas em grupos, também designados por domínios ou componentes. (Noronha et al., 2016)

Os instrumentos genéricos são aplicáveis numa ampla variedade de populações, não exigindo que tenham características ou condições específicas de doença ou outros aspetos especiais. Geralmente são utilizados para comparar grupos de diferentes doenças e também para comparar resultados com a população geral (Arenas, 2006; Cruz et al., 2018; Lopes et al., 2018). O objetivo principal destes instrumentos é medir alterações clinicamente significativas. A dificuldade na sua aplicação consiste em não detetarem aspetos específicos da doença ou uma situação clínica em

particular, necessitando por vezes de medidas específicas como complemento (Amorim, 1999). Como exemplo de instrumentos genéricos referimos o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) e o SF-36, por serem os mais utilizados na literatura científica vigente. (Almeida et al., 2012; Canavarro et al., 2010; Lopes et al., 2018; Lopez-Escamez et al., 2005; Maslovara et al., 2012; Noronha et al., 2016; Vaz & Oliveira, 2007)

Os instrumentos específicos avaliam indivíduos com condições ou doenças específicas, têm o potencial de serem sensíveis às variações que ocorrem para a população característica e servem também para investigar particularidades de uma condição clínica. Podem ser aplicados para comparar tratamentos diferentes aplicados em grupos de pacientes com o mesmo quadro clínico, na medida em que fornecem informações clínicas relevantes relacionadas aos procedimentos terapêuticos (Lopes et al., 2018). São indicados para um ensaio, no qual uma intervenção específica está a ser avaliada. Têm sido bem aceites pelos doentes com cancro, acidente vascular encefálico, afasia, doença renal crónica, diabetes, asma, etc., por incluírem dimensões relevantes para os doentes, o que lhes confere maior capacidade de resposta (Lopes et al., 2018; Praça, 2012). O WHOQOL-OLD, o *Kidney Disease and Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF) e o DHI são três exemplos de instrumentos específicos. O primeiro é específico para idosos, o segundo é aplicável a doentes renais crónicos que realizam diálise e o terceiro para doentes com alterações do equilíbrio e da vertigem. (Ferreira & Anes, 2010; Lopes et al., 2018; Petri et al., 2017)

Os instrumentos para avaliação da QV variam de acordo com a abordagem e o objetivo do estudo (Almeida et al., 2012) e podem ser usados dois questionários num mesmo estudo, um questionário genérico com um específico. Como exemplo, Petri et al., 2017 realizaram um estudo para determinar a relação entre deficiência e QVRS em pacientes com vertigem unilateral aguda de origem periférica e analisar limitações funcionais, emocionais e físicas, antes e depois do tratamento vestibular. Utilizaram os dois questionários, o SF-36 e o DHI. Concluíram que os dois questionários são úteis, práticos e válidos na avaliação do impacto da vertigem na QV dos pacientes com problemas vestibulares periféricos unilaterais. Referem, ainda, que estes questionários são frequentemente usados em conjunto na avaliação da QVRS.

De seguida é feita uma caracterização sumária dos três questionários: WHOQOL, SF-36 e DHI, pela importância que têm ao nível da avaliação da QVRS e na avaliação do impacto da vertigem na QV dos pacientes com disfunção vestibular.

1.2.5.1. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)

O interesse pelo conceito de QV aliado à sua crescente relevância no âmbito da saúde e à constatação da inexistência de um instrumento de avaliação de QV que privilegiasse uma perspetiva transcultural e subjetiva, levou a OMS a reunir um conjunto de peritos pertencentes a 15 culturas diferentes (WHOQOL Group) com o objetivo de debater o conceito de QV e, subsequentemente, construir um instrumento para a sua avaliação: o WHOQOL-100. O

desenvolvimento do WHOQOL partiu de três pressupostos principais: (1) a essência abrangente do conceito de QV; (2) que uma medida quantitativa, fiável e válida pode ser construída e aplicada a várias populações; (3) qualquer fator que afete a QV influencia um largo espectro de componentes incorporados no instrumento e este, por sua vez, serve para avaliar o efeito de intervenções de saúde específicas na QV. (WHOQOL Group, 1993)

A construção deste instrumento surgiu num contexto de simultânea relevância e falta de precisão conceptual do conceito de QV, caracterizado por uma proliferação dos instrumentos de avaliação, muitos deles sem base conceptual e na generalidade apoiados na cultura anglo-saxónica. Para além desta preocupação conceptual, do ponto de vista metodológico, a sofisticação que lhe está subjacente tem contribuído para a imagem de robustez conceptual e psicométrica que o WHOQOL apresenta. (Canavarro et al., 2010)

Desde a formalização do grupo de QV da OMS, em 1991, e a apresentação das características psicométricas do estudo multicêntrico, o projeto estendeu-se a praticamente todo o mundo estando, atualmente, o WHOQOL (nas versões longa e abreviada) disponível em mais de 40 idiomas diferentes e sendo um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para avaliar a QV (Almeida et al., 2012; Lopes et al., 2018). Em Portugal, as duas versões genéricas foram desenvolvidas pelo Centro Português para a Avaliação da QV.

Almeida et al. (2012); Canavarro et al. (2010); Guimarães (2011) descrevem o questionário WHOQOL-100. O primeiro instrumento de avaliação da QV desenvolvido pelo WHOQOL Group foi o WHOQOL-100. É um instrumento genérico, composto por 100 perguntas relativas a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade/crenças pessoais/religião. Os domínios são divididos em 24 facetas, sendo que para cada uma há quatro perguntas. Existe uma 25^a faceta com questões gerais sobre QV. Do domínio 1 – domínio físico - fazem parte: 1. a dor; 2. a energia e a fadiga e 3. o sono e o repouso. No domínio 2 – domínio psicológico - estão incluídos: 4. sentimentos positivos; 5. pensar, aprender, memória e concentração; 6. autoestima; 7. imagem corporal e aparência; 8. sentimentos negativos. O domínio 3 – nível de independência – compreende: 9. mobilidade; 10. atividades da vida quotidiana; 11. dependência de medicamentos ou de tratamentos; 12. capacidade para o trabalho. As facetas que compõem o domínio 4 – relações sociais – são as seguintes: 13. relações pessoais; 14. suporte (apoio) social; 15. atividade sexual. No domínio 5 – meio ambiente – fazem parte as seguintes facetas: 16. segurança física e proteção; 17. ambiente do lar; 18. recursos financeiros; 19. cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; 20. oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; 21. participação em e oportunidades de recriação e lazer; 22. ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima); 23. transporte. No domínio 6 – espiritualidade, religião, crenças pessoais faz parte a faceta nº 24. espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais.

Segundo Canavarro et al. (2010), o *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-BREF) é a versão abreviada do WHOQOL, composta por 26 *itens* (dos 100 originais). É uma medida genérica, multidimensional e multicultural, para uma avaliação subjetiva da QV, podendo ser utilizada num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis. A estrutura do instrumento integra quatro domínios de QV: físico (dor física, energia, locomoção, atividades da vida diária, tratamento médico, trabalho), psicológico (sentimentos positivos, concentração, autoestima, autoimagem, sentimentos negativos, espiritualidade), relações sociais (relações pessoais, suporte social, atividade sexual) e ambiente (segurança física, habitação, recursos financeiros, serviço de saúde, informações, lazer, ambiente físico e transporte). Cada um destes domínios é composto por facetas da QV que sumarizam o domínio particular de QV em que se inserem. Esta medida possibilita ainda o cálculo de um indicador global, nomeadamente a faceta geral de QV, para a qual existem duas questões. A versão em Português de Portugal chama-se “Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde”.

1.2.5.2. *Thirty-six Item Short Form Health Survey* (SF-36)

O SF-36 foi descrito por Ware & Sherbourne, em 1992, e tornou-se o questionário genérico de QVRS mais usado internacionalmente (Lopes et al., 2018; Lopez-Escamez et al., 2005; Noronha et al., 2016; Petri et al., 2017; Praça, 2012). A escala SF-36 v2 já foi validada para a população portuguesa. (Ferreira, 2000)

É considerado um instrumento genérico de saúde, uma vez que se destina a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e bem-estar de cada um. (Ferreira, 2000)

Pode ser usado por diferentes culturas e foi desenvolvido para avaliação da população em geral, avaliação de políticas de saúde e avaliação de práticas e pesquisa no contexto clínico. (Praça, 2012)

O questionário pode ser aplicado a qualquer indivíduo com 14 ou mais anos de idade, tem um tempo de preenchimento que ronda os 10 minutos e o seu preenchimento pode ser feito pelo próprio respondente, ou por meio de entrevistas presenciais, ou pelo correio, ou pelo telefone. (Lopes et al., 2018; Praça, 2012)

É constituído por 36 *itens*, distribuídos por oito dimensões que estão agrupadas em dois conceitos ou componentes: física e mental. (Ferreira, 2000)

A dimensão função física é composta por 10 *itens* e avalia a forma como o indivíduo realizou as suas tarefas diárias habituais (como se vestir, tomar banho, andar, subir escadas, etc.), durante o período estudado. Pretende captar a quantidade e a qualidade das atividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais do respondente. A dimensão

desempenho físico é formada por quatro *itens* e tem como objetivo avaliar como a saúde física interfere nas atividades domésticas ou profissionais habituais. Da dimensão dor fazem parte dois *itens* que avaliam não só a intensidade e o desconforto causados pela dor, mas também a extensão da forma como interfere nas atividades diárias. A dimensão saúde geral é constituída por cinco *itens* e avalia o conceito de percepção holística da saúde, incluindo não só a saúde atual como a resistência à doença e a aparência saudável. A dimensão vitalidade com quatro *itens*, inclui os níveis de energia, de fadiga e a disposição do indivíduo para realizar as suas tarefas diárias permitindo captar melhor as diferenças de bem-estar. A dimensão função social, com dois *itens*, avalia quanto as atividades sociais habituais do indivíduo foram afetadas pelo seu estado físico ou emocional das atividades sociais dos inquiridos. A dimensão desempenho emocional é constituído por três *itens* que procuram avaliar como o estado emocional interfere nas atividades diárias domésticas ou no trabalho, no período em que decorre o estudo. Da dimensão saúde mental fazem parte seis *itens* que avaliam a interferência de sentimentos no quotidiano do indivíduo (ansiedade, depressão, felicidade e tranquilidade) e a perda de controlo em termos comportamentais e emocionais e o bem-estar psicológico. A mudança de saúde formada por um *item*, não constitui por si só uma dimensão, sendo a sua finalidade avaliar a saúde atual. (Ferreira, 2000; Praça, 2012)

De entre os instrumentos genéricos, a escala do questionário SF-36 é reconhecida como “padrão-ouro” para avaliação da QVRS. (Almeida, 2010)

1.2.5.3. *Dizziness Handicap Inventory (DHI)*

Segundo Duracinsky et al. (2007), a avaliação dos efeitos da vertigem e do desequilíbrio são muito úteis.

Existem vários instrumentos de medida para avaliar o bem-estar e nível de função dos doentes com vertigens e desequilíbrio, tais como: *General Depression Scale*, *Strait-Trait Anxiety Index*, *Dynamic Gait Index*, *Functional Gait Assessment*, *Balance Error Scoring System*, SF-36 e o DHI. Entre eles, talvez o mais divulgado e utilizado seja este último. (Garcia, Luzio, Benzinho & Veiga, 2008; Lopez-Escamez et al., 2005; Petri et al., 2017)

O questionário DHI foi desenvolvido por Jacobson e Newman, em 1990, e traduzido e validado para a língua portuguesa de Portugal em 2008 por Fernando Garcia, Cristina Luzio, Teresa Benzinho e Vítor Veiga. (Evangelista, 2012; Fortes et al., 2010; Garcia et al., 2008; Petri et al., 2017)

O DHI constitui um importante questionário de autoavaliação sobre as repercussões físicas, funcionais e emocionais das alterações do equilíbrio, sejam elas a vertigem, a instabilidade, o desequilíbrio ou a flutuação sentida pelo indivíduo (Evangelista, 2012; Fortes et al., 2010; Garcia et al., 2008; Lopez-Escamez et al., 2005). Fornece um perfil detalhado do indivíduo vertiginoso sobre o quanto a sua QV se encontra alterada (Fortes et al., 2010; Handa et al., 2005; Júnior et al.,

2014; Petri et al., 2017). É um dos questionários mais utilizados nesta área. (Cunha et al., 2005; Evangelista, 2012; Fortes et al., 2010; Garcia et al., 2008; Handa et al., 2005; Júnior et al., 2014; Lopez-Escamez et al., 2005; Maslovara et al., 2012; Pereira et al., 2010; Petri et al., 2017; Roberts et al., 2009; Socher et al., 2012)

A versão inicial era constituída por 37 questões, posteriormente reduzida para 25, tendo sido eliminadas as perguntas que apresentam conteúdo semelhante, sem prejuízo da consistência interna e fiabilidade do questionário. (Garcia et al., 2008)

O questionário é formado por 25 questões, distribuídas por três dimensões: física, emocional e funcional. A dimensão física é constituída por sete questões (nº 1, 4, 8, 11, 13, 17 e 25), que remete para as atividades físicas na perceção da própria instabilidade do indivíduo e avalia a relação entre o aparecimento e/ou agravamento da instabilidade com o movimento ocular, da cabeça ou do próprio corpo. Da dimensão funcional fazem parte nove questões (nº 3, 5, 6, 7, 12, 14, 16, 19 e 24) que refletem os efeitos das perturbações da vertigem na capacidade do indivíduo para gerir as suas atividades diárias; a interferência da vertigem na realização de determinados movimentos dos olhos, da cabeça e do corpo nas várias atividades da rotina diária; a capacidade de realizar determinadas tarefas. A dimensão emocional engloba nove questões (nº 2, 9, 10, 15, 18, 20, 21, 22 e 23) e avalia os efeitos das perturbações de equilíbrio no bem-estar do indivíduo (frustração, medo sair e ficar em casa sozinho, vergonha das manifestações clínicas da vertigem, preocupação com a autoimagem, dificuldade de concentração, sensação de incapacidade, depressão e problemas de relacionamento familiar e social. (Evangelista, 2012; Garcia et al., 2008, Júnior et al., 2014; Petri et al., 2017)

Evangelista (2012); Garcia et al. (2008) explicam que o questionário tem cinco níveis de resposta que vão de 0 a 4 e que quantificam as consequências a nível físico, funcional e emocional causadas pelas perturbações de equilíbrio e/ou das vertigens na QV do indivíduo. As respostas podem ser quantificadas da seguinte forma: 0 – não, nunca; 1 – raramente; 2 – por vezes; 3 – frequentemente; 4 – sim, permanentemente. As respostas à escala podem ainda ser consideradas apenas com três níveis (sim, por vezes e não), sendo que às respostas com “sim” são atribuídos quatro pontos, “por vezes” com dois pontos e “não” com zero pontos, o que perfaz um total de 100 pontos. Quanto maior a pontuação, maior a interferência das vertigens na QV.

A aplicação do DHI aparece muito associado a estudos envolvendo a RV. A RV tem como objetivo a melhoria global do equilíbrio e da QV e o restabelecimento da orientação espacial por meio de exercícios que estimulam os fenómenos de adaptação, habituação ou compensação (Mirallas, Conti, Vitta, Laurenti, & Saes, 2011). Diversos autores salientam os benefícios da RV em relação à melhoria dos sintomas vestibulares e do desequilíbrio, tornando-a uma importante alternativa terapêutica e de promoção da saúde, devendo ser organizada e adaptada às necessidades individuais do idoso e dirigida para as alterações encontradas na avaliação. (Peres & Silveira, 2010; Morozetti, Ganança, & Chiari, 2011)

Segundo Evangelista (2012), o DHI pode ser aplicado antes e após o programa de RV para que se possa comparar os resultados e verificar se houve ou não uma melhoria após o tratamento. Esta diferença deve ser no mínimo 18 pontos para que se considere que ocorreu uma mudança significativa na QV do idoso com a implementação do tratamento através da RV. As respostas dadas antes do tratamento vão ajudar no planeamento do programa da RV, dando informações acerca do aparecimento e a frequência do aparecimento do desequilíbrio/vertigem, em que situação acontece, o medo que a pessoa sente e a capacidade em realizar as tarefas do dia a dia. Por esta razão, o DHI é considerado um instrumento muito importante para avaliar como o indivíduo está no início do tratamento e monitorizar a sua evolução. (Lopez-Escamez et al., 2005; Socher et al., 2012)

Zanardi, Zeigelboim, Jurkiewicz, Marques, & Bassetto (2007) aplicaram a escala DHI em idosos propostos para a RV e verificaram que a subescala mais afetada foi a física, seguida da funcional e, por fim, da emocional.

Cabral, Correa, Silveira, & Lopes (2009) avaliaram a interferência da queixa de perturbações do equilíbrio na QV de idosos e verificaram que a subescala que apresentou maiores resultados foi a funcional, seguida da física e em último, a emocional. Os autores referem que o declínio das funções físicas no idoso que fazem parte do envelhecimento tem um enorme impacto na função física, o que acaba por ser representado no âmbito funcional através da perda de aptidões.

Mirallas et al. (2011) realizaram um estudo em que avaliaram o grau de desvantagem na QV, através da escala DHI, e verificaram que foi na subescala física que obtiveram maior pontuação, relacionando este facto com o estilo de vida levado pelos idosos. O facto de estarem afastados das atividades profissionais e sociais faz com que levem uma vida mais sedentária e as tarefas domésticas mais simples, passam a exigir maior atenção.

Scherer, Lisboa, & Pasqualotti, (2012), através do DHI, também verificaram que a subescala que mais afeta a QV dos idosos é a funcional, limitando e criando dependência para a realização de determinadas tarefas.

Evangelista (2012), realizou um estudo para verificar se existia ou não a necessidade da realização de RV na população idosa através da pontuação da escala DHI. Comparou dois grupos: idosos com mais de 65 anos de idade de centros de dia e jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos (grupo de controlo). Constatou que existem diferenças entre os jovens e os idosos na pontuação do DHI e em todos os seus domínios. Os domínios funcional e físico foram os que apresentaram maior pontuação em ambos os grupos. A pontuação é sempre superior no grupo dos idosos, revelando que o seu desequilíbrio é mais sentido do que na população jovem. Estes resultados podem ser justificados pelas alterações próprias do envelhecimento nos sistemas relacionados com o equilíbrio corporal e a maior tendência a doenças degenerativas, à toma de vários medicamentos, entre outros fatores, podendo também

favorecer o aparecimento de perturbação do equilíbrio ou agravar a sua intensidade, provocando uma maior limitação física, funcional e emocional que causam grande impacto na morbidade e mortalidade. Uma outra conclusão foi que as alterações vestibulares têm um peso significativo na vida dos idosos. Muitos dos idosos que participaram no estudo apresentavam queixas de alterações do equilíbrio que não foram avaliadas anteriormente, mas que representam um impacto na sua vida. Através do estudo da QV obtida pelo DHI, o domínio mais afetado foi o físico. Este estudo concluiu que o recurso à RV nos idosos como processo terapêutico é uma necessidade e revela a urgência na implementação de programas de promoção da RV para aumentar o ganho dos reflexos vestibulo-oculares e vestibulo-espinhais e, conseqüentemente, desenvolver as reações físicas que podem evitar uma possível queda. Uma melhoria a nível vestibular vai apresentar melhoria a nível funcional do idoso para as atividades da vida diária, o que vai melhorar o aspeto emocional e físico. Assim, a RV pode promover uma melhor integração do idoso na comunidade onde pertence, aumentando a sua atividade e contribuição na sociedade contribuindo para uma melhoria também ao nível da QV.

Segundo Almeida et al. (2012), as publicações sobre novos instrumentos de avaliação específicos para populações ou pessoas com determinada patologia são crescentes na literatura. Medir a QV é bastante complexo, conduzindo à necessidade de aplicar o instrumento de avaliação adequado para cada estudo específico.

O crescimento dos instrumentos que avaliam a QVRS é explicado pela necessidade de se demonstrar o resultado de um determinado tratamento, por exemplo, com vista a obter um consenso, ou seja, uma mesma visão em torno de uma doença ou de um tratamento, e com o objetivo principal de cuidar do doente de uma forma holística, incorporando na assistência as intervenções avaliadas (Cruz et al., 2018).

1.2.6. Conclusão

A designação QV tem um significado complexo e mutável, na medida em que historicamente passou por várias mudanças ao nível da sua interpretação, até à forma como é entendido atualmente.

A saúde é uma dimensão da QV muito importante, sendo o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal. Devido à sua relação estreita com a QV, valoriza-se cada vez mais como indicador, a QVRS.

A perceção da QV deve ser considerada um indicador de excelência ao nível da prestação de cuidados de saúde, especialmente no que respeita à tomada de decisão, devendo fazer parte integrante do processo clínico dos doentes. Só auscultando os principais atores deste contexto, é possível avaliar a qualidade dos cuidados.

A progressiva consciencialização de que “curar” uma doença não é o único resultado das intervenções de saúde e que muitos serviços estão orientados para prevenir a possível deterioração da QV, tal implica a necessidade de avaliação de intervenções relacionadas com a saúde. Com o envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e dos hábitos associados aos novos estilos de vida, a avaliação da QV é cada vez mais importante, de modo a se direcionar os recursos no âmbito da saúde para o que faz as pessoas sentirem-se melhor e orientar programas de promoção da saúde e prevenção da doença.

O uso generalizado de um determinado instrumento permite obter informação de diferentes populações, facilitando assim as comparações transculturais. A existência de instrumentos passíveis de aplicação transcultural para avaliação da QV torna-se fundamental numa era em que se alarga cada vez mais a colaboração internacional na investigação em saúde, quer se trate de estudos epidemiológicos, ensaios clínicos, economia da saúde ou investigação básica, em que a avaliação da QV de uma população é fundamental.

Como exemplos de instrumentos de avaliação da QVRS destacamos os questionários WHOQOL, o SF-36 e o DHI. Os dois primeiros são genéricos e podem ser usados em conjunto com o DHI para avaliar o impacto da vertigem na QV dos pacientes com disfunção vestibular. O DHI avalia o autoconhecimento dos efeitos incapacitantes impostos pela vertigem na QV, abrangendo os aspetos físico, emocional e funcional, sendo importante para avaliar como o indivíduo está no início do tratamento e monitorizar a sua evolução.

A avaliação da QVRS dos indivíduos com vertigem é muito importante, na medida que este sintoma provoca limitação física e psíquica, pânico de sentir os sintomas, angústia, ansiedade, dependência e limitação nas atividades diárias e medo de desempenhar as tarefas diárias sozinhos.

Depois do exposto neste capítulo, facilmente percebemos que *viver mais é uma conquista e viver melhor é um desafio*. [Ministério da Saúde (2018), *Retrato da Saúde, Portugal*, p. 7]

CAPÍTULO II - Contributo Empírico

2.1. Metodologia

Objetivos, finalidades e hipóteses do estudo

Objetivo geral

- Avaliar o estado de saúde da população com vertigem e as principais repercussões da vertigem na QV de um indivíduo.

Objetivos Específicos

Como objetivos específicos referimos os seguintes:

- descrever e analisar as perceções do estado de saúde dos indivíduos que constituem a amostra;
- analisar e comparar os resultados das perceções do estado de saúde dos indivíduos com vertigem das que não têm;
- analisar e comparar os resultados das perceções do estado de saúde dos indivíduos que realizaram tratamento para a vertigem e dos que não realizaram;
- conhecer a QV de indivíduos portugueses com queixas de vertigem seguidos na consulta ORL do CHTS – Unidade Padre Américo, EPE, do SNS;
- avaliar a QV dos indivíduos com vertigem nos oito domínios (função física, desempenho físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental);
- comparar a QV dos indivíduos com vertigem, com a QV da população portuguesa ativa;
- analisar e explorar as relações entre a QV e variáveis sociodemográficas, tais como: género, idade, estado civil, situação profissional, local de residência e escolaridade;
- analisar e explorar os principais sintomas que os indivíduos referem aquando de um episódio de vertigem.

Hipóteses

Uma hipótese pode ser definida como uma suposição acerca de uma ou mais populações.

Perante os objetivos gerais, pretendemos estudar o estado de saúde da população com vertigem avaliando as principais repercussões da vertigem na QV de um indivíduo fundamentando a importância da avaliação da vertigem e do seu tratamento.

As principais hipóteses de investigação são as seguintes:

-
- H1:** A QV dos indivíduos com vertigem é diferente da QV da população portuguesa ativa.
- H2:** Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões do estado de saúde com o SF-36 V2 entre os indivíduos que tem vertigem e os que não têm.
- H3:** Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões do estado de saúde com o SF-36 V2 entre os indivíduos que tem vertigem e os que não têm, nos diferentes grupos etários.
- H4:** Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões do estado de saúde com o SF-36 V2 entre os indivíduos que tem vertigem e os que não têm, nos diferentes géneros.
- H5:** Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões do estado de saúde com o SF-36 V2 entre os indivíduos que tem vertigem e os que não têm, nos diferentes níveis de instrução.
- H6:** Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões do estado de saúde com o SF-36 V2 entre os indivíduos que tem vertigem e os que não têm, nos diferentes tipos de atividade profissional.
- H7:** Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões do estado de saúde com o SF-36 V2 entre os indivíduos que tem vertigem e os que não têm, nos diferentes tipos de local de residência.
- H8:** Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões do estado de saúde com o SF-36 V2 entre os indivíduos que tem vertigem e fizeram tratamento e os que têm vertigem e não fizeram qualquer tratamento.

2.2. Caracterização do estudo

Este estudo pode ser classificado como observacional analítico quanto à manipulação de intervenções diretas sobre o objeto de estudo. A unidade de análise é o indivíduo.

Quanto à base de seleção dos participantes trata-se do estudo de indivíduos com presença de uma determinada doença, neste caso, a vertigem.

É um estudo quantitativo e transversal por não apresentar período de seguimento e prospetivo por a recolha de dados ocorrer no presente.

O estudo é classificado como descritivo por descrever as características da população através do tratamento e análise das variáveis em estudo.

2.2.1. População e amostra

A população alvo deste estudo são os indivíduos de ambos os géneros, residentes em Portugal Continental, na área de intervenção do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa - Unidade Padre Américo, EPE, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, referenciados ao Gabinete

de Audiologia do CHTS-UPA, durante o período de janeiro a maio de 2018, sem e com queixa de vertigem.

O método de amostragem é o método não probabilística através de uma amostragem por conveniência, uma vez que se recorreu a uma amostra de sujeitos que recorrem ao serviço da investigadora.

2.2.2. Instrumentos

Foram utilizados dois instrumentos que contribuíram para o alcance dos objetivos definidos: um questionário sociodemográfico e clínico e o questionário SF-36V2.

O questionário sociodemográfico e clínico foi utilizado para análise no âmbito social e demográfico (género, idade, nacionalidade, estado civil, situação profissional, tipo de local de residência e escolaridade) e no âmbito clínico (identificação da vertigem, sua antiguidade e caracterização).

O instrumento de medição SF-36v2 foi utilizado com o intuito de medir a perceção do estado de saúde e da QV dos portugueses, permitindo medir as principais dimensões em saúde (Ferreira & Santana, 2003). Este questionário é constituído por 36 questões, que se encontram agrupadas em oito dimensões, descritas de seguida:

- função física - mede o impacto das limitações físicas na qualidade de vida do indivíduo;
(ex: Questão 3 – Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?)
- desempenho físico - mede o impacto das limitações devido a problemas físicos no que se refere ao tipo e quantidade de trabalho executado na qualidade de vida do sujeito;
(ex: Questão 4 - Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?)
- dor física – refere-se ao desconforto e interferência da mesma no trabalho normal, pela presença de dor;
(ex: Questão 7 - Durante as últimas 4 semanas teve dores?)
- saúde em geral – refere-se à perceção global da saúde;
(ex: Questão 1 - Em geral, diria que a sua saúde é: ...)
- vitalidade – relativa aos níveis de energia e fadiga;
(ex: Questão 9.a) – Quanto tempo, nas últimas semanas se sentiu cheio/a de vitalidade?)
- saúde mental – compreende a ansiedade, a depressão e o bem-estar psicológico;

(ex: Questão 9.b) – Quanto tempo, nas últimas semanas se sentiu muito nervosa/a?)

- desempenho emocional - impacto na QV, devido a problemas emocionais relativamente ao tipo e quantidade de trabalho realizado;

(ex: Questão 5 - Durante as últimas quatro semanas teve, com o seu dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a?)

- função social – centra-se nas atividades sociais, quanto à sua qualidade e quantidade, e de que forma os problemas físicos e emocionais interferem com essas atividades. (Ferreira & Santana, 2003)

(ex: Questão 6 - Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?)

Os dados obtidos foram tratados com a ajuda do programa “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS Statistics ®) para iOs. Procedeu-se a uma análise descritiva, permitindo saber qual a distribuição dos dados, frequências absolutas, frequências relativas e percentagem cumulativa e uma análise inferencial de forma a testar as hipóteses propostas, escolhendo o melhor teste a utilizar.

2.2.3. Procedimentos

Previamente à recolha dos dados, foi efetuado pedido de autorização de distribuição dos questionários no CHTS, tendo-se obtido as autorizações junto da Comissão de Ética e do Diretor de Serviço de ORL e do Conselho de Administração (anexos D e E).

De forma a ser utilizada a versão portuguesa do SF-36v2, foi solicitada ao seu autor autorização por *e-mail* (anexo F). Foram ainda elaborados o questionário sociodemográfico e clínico, e o formulário de consentimento informado (anexo B).

Os indivíduos foram abordados pela autora desta tese de mestrado no final da realização do(s) exame(s) de audiologia depois de serem encaminhados da consulta ORL. Foi explicado verbalmente aos doentes o que se pretendia com o preenchimento dos questionários, tendo sido elucidados sobre os objetivos do estudo, salientando o anonimato e a confidencialidade do estudo.

Para os doentes que aceitaram participar, foi-lhes entregue um documento com as principais informações, assim como o consentimento informado.

Os questionários foram preenchidos pelos próprios doentes. Todavia, para os doentes que apresentaram dificuldades na interpretação das questões e dificuldades na leitura, as perguntas

foram feitas pela autora desta tese de mestrado e registadas as respostas que foram dadas verbalmente.

Os questionários estavam todos numerados pela ordem de preenchimento. Primeiro, os doentes respondiam ao questionário sociodemográfico e clínico e depois, respondiam ao questionário SF-36v2.

Os autores do questionário SF-36v2 referem que este deve ser o primeiro a ser preenchido, no entanto, o questionário sociodemográfico e clínico é mais fácil de preencher e focaliza o problema que leva os doentes à consulta de ORL.

Os critérios de inclusão dos indivíduos desta investigação foram os seguintes: idade compreendida entre os 18 e os 65 anos, apresentar indicação médica para a avaliação audiológica devido a problemas de equilíbrio, não apresentar patologias que possam comprometer as respostas aos questionários, ter nacionalidade portuguesa e ter assinado o termo de consentimento informado.

Como critérios de exclusão temos: recusa em assinar o termo de consentimento informado, incapacidade mental ou intelectual para o preenchimento dos questionários e não ter nacionalidade portuguesa.

As variáveis dependentes do estudo relacionadas com a perceção do estado de saúde dos indivíduos da amostra (SF36-v2) são: FF, DF, DC, SG, VT, FS, DE, SM.

A variáveis independentes são: o género, a idade, a nacionalidade, o estado civil, o número de filhos, a atual situação profissional, o local de residência e a escolaridade.

Os dados sociodemográficos recolhidos foram os seguintes:

- Género: masculino ou feminino.
- Idade: em anos.
- Nacionalidade: apenas eram incluídos os de nacionalidade portuguesa.
- Estado civil: solteiro; casado(a)/união de facto; divorciado(a)/separado(a); viúvo(a). Por questões operacionais, estes dados foram agrupados em duas categorias: casado ou não casado.
- Número de filhos: número inteiro.
- Atual situação profissional: estudante, trabalhador-estudante, emprego a tempo inteiro, emprego a tempo parcial, desempregado(a), doméstico(a), reformado(a), pensão de invalidez e outro. Por questões operacionais, estes dados foram agrupados em três categorias: ativo, não ativo e outro.
- Local de residência: rural ou urbana.
- Escolaridade: analfabeto(a), ensino primário, ensino secundário e ensino superior.

Procedeu-se à recolha dos seguintes dados clínicos:

1. Sensação de equilíbrio, tonturas ou vertigem.
2. Tempo de início dos sintomas de vertigem.
3. Duração dos episódios de vertigem.
4. Sensação de incómodo com o problema de equilíbrio que tem.
5. Realização de algum tratamento.
6. Tipo de tratamento realizado.
7. Presença de vertigem no presente.

2.2.4. Análise dos dados

Em primeiro lugar foi realizada uma análise exploratória dos dados em relação às variáveis quantitativas, no sentido de verificar se estas apresentavam uma distribuição normal, pressuposto que está subjacente à utilização da estatística paramétrica. Nem todas as variáveis cumpriam este pressuposto, pelo que nestes casos foram realizadas análises paramétricas e não paramétricas e, uma vez que os resultados obtidos foram os mesmos, são apresentados os resultados da estatística paramétrica, como sugerido por Fife-Schaw (2006).

Para a análise descritiva das variáveis são apresentadas as frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis qualitativas, e médias (M) e desvios padrão (DP) para as variáveis quantitativas. Para variáveis quantitativas sem distribuição normal, optou-se por apresentar também medianas (Mdn) e amplitude interquartilica (A/Q).

Para analisar a consistência interna dos *itens* que constituem as dimensões do SF 36 foi calculado o alfa de Cronbach.

Para analisar diferenças entre as médias de cada dimensão do SF 36 e as médias de referência foi utilizado o teste t para uma amostra, uma vez que se tratavam de variáveis quantitativas.

Para analisar diferenças entre duas categorias da variável independente, ao nível de uma variável dependente quantitativa foi utilizado o teste t para amostras independentes.

Para analisar a relação entre duas variáveis quantitativas foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, sendo utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para analisar a relação entre uma variável quantitativa e uma variável ordinal.

CAPÍTULO III – Resultados

3.1. Caracterização da amostra

Neste capítulo apresentam-se os resultados após análise através do SPSS. A tabela 1 apresenta as medidas descritivas relativas às variáveis sociodemográficas que caracterizam a amostra. Esta foi constituída por 25 participantes, a maioria do género masculino ($n = 16,64\%$), com idades compreendidas entre os 19 e os 78 anos ($M = 53,16$ e $DP = 16,60$). Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes eram casados ou encontravam-se em união de facto ($n = 16, 64\%$), e pelo menos metade da amostra tinha até 1 filho ($Mdn = 1$, $AIQ = 3$, $M = 2,40$, $DP = 2,58$). Em termos de escolaridade observa-se que a maioria dos participantes completou o ensino secundário ($n = 13, 52\%$), sendo que, no que diz respeito à situação profissional, 12 (48%) participantes não se encontram ativos, e 11 (44%) participantes encontram-se ativos. Relativamente ao local de residência, a maioria dos participantes reside em zona rural ($n = 21, 84\%$).

Tabela 1. Medidas descritivas relativas a variáveis sociodemográficas.

	<i>n</i> (%)
Género	
Masculino	16 (64)
Feminino	9 (36)
Estado civil	
Solteiro	4 (16)
Casado/ União de facto	16 (64)
Divorciado/ Separado	1 (4)
Viúvo	4 (16)
Escolaridade	
Ensino Primário	10 (40)
Ensino Secundário	13 (52)
Ensino Superior	2 (8)
Situação profissional	
Ativo	11 (44)
Não ativo	12 (48)
Outro	2 (8)
Local de Residência	
Zona rural	21 (84)
Zona urbana	4 (16)

No que diz respeito às variáveis clínicas em estudo (Tabela 2), observa-se que todos os participantes ($n = 25, 100\%$) referiram ter problemas de tonturas, sendo que a maioria indicou que

os sintomas de vertigens tiveram início há mais do que um ano ($n = 16$, 64%). No que se refere à duração dos episódios de vertigem, a maioria dos participantes referiu serem de minutos ($n = 16$, 64%). De notar ainda que a maioria dos participantes reportou sentir-se incomodado com o problema de equilíbrio ($n = 22$, 88%), e já ter feito algum tratamento, nomeadamente medicação ($n = 16$, 64%), sendo que na maioria dos casos o problema mantém-se ($n = 21$, 84%).

Tabela 2. Medidas descritivas relativas a variáveis clínicas.

	<i>n</i> (%)
Problemas de tonturas	
Sim	25 (100)
Não	0 (0)
Há quanto tempo se iniciaram os sintomas de vertigem	
Dias	4 (16)
Semanas	2 (8)
Meses	1 (4)
Anos	16 (64)
Décadas	2 (8)
Duração dos episódios de vertigem	
Segundos	7 (28)
Minutos	16 (64)
Horas	1 (4)
Semanas	1(4)
Sente-se incomodado com o problema de equilíbrio	
Sim	22 (88)
Não	3 (12)
Fez algum tratamento	
Sim	16 (64)
Não	9 (36)
Problema de vertigem mantém-se	
Sim	21 (84)
Não	4 (16)

3.2. Qualidade – Instrumento (fiabilidade)

Numa primeira análise, verificou-se a ausência de valores omissos em todas as questões do instrumento, pelo que, de seguida passou-se ao tratamento dos dados.

A tabela 3 apresenta os resultados da análise de consistência interna, realizada através do cálculo do Alfa de Cronbach para cada dimensão do instrumento. Verifica-se que os valores obtidos de Alfa de Cronbach sugeriram um bom nível de consistência interna (Field, 2013) para todas as

dimensões, exceto a “saúde geral”, variando entre 0,70 (função social) e 0,97 (desempenho físico). De referir ainda que em todos os domínios, as correlações *item-total* encontravam-se superiores ao valor 0,30, para todos os *itens*. No que diz respeito à dimensão saúde geral, tendo em consideração o facto de se ter obtido um valor de Alfa de Cronbach negativo superior a 1 ($\alpha = -1,11$), optou-se por excluir esta dimensão das análises seguintes.

Tabela 3. Consistência interna dos itens do SF-36v2, por dimensão.

Dimensões	Alfa de Cronbach
FF	0,93
DF	0,97
DC	0,88
SG	-1,11
VT	0,76
FS	0,70
DE	0,95
SM	0,88

Legenda: FF – função física, DF – desempenho físico, DC – dor corporal, SG – saúde geral, VT – vitalidade, FS – função social, DE – desempenho emocional, SM – saúde mental

A tabela 4 apresenta as medidas descritivas obtidas relativamente a cada uma das dimensões do SF-36v2. Uma vez que nem todas as dimensões do SF-36v2 apresentam uma distribuição normal, foram apresentadas medianas e amplitudes interquartílicas (AIQ), enquanto medidas de tendência central e dispersão, respetivamente, para além da média e do desvio padrão.

Tabela 4. Medidas descritivas relativas às dimensões do SF-36v2 (n=25).

Dimensões	Média (DP)	Mediana (AIQ)	Min - Máx
FF	75,40 (23)	85.00 (37,50)	25 - 100
DF	50,75 (28,60)	43.75 (50)	6,25 - 100
DC	47,56 (23)	41.00 (30)	0 - 100
VT	37,25 (15,25)	37.50 (25)	6,25 - 68,75
FS	62,50 (25)	62.50 (31,25)	0 - 100
DE	51,67 (27,64)	41.67 (37,50)	0 - 100
SM	58,60 (18,29)	65.00 (22,50)	5 - 85

Legenda: FF – função física, DF – desempenho físico, DC – dor corporal, VT – vitalidade, FS – função social, DE – desempenho emocional, SM – saúde mental

De seguida, foram analisadas as correlações entre as várias dimensões do SF-36v2, através do Coeficiente de Correlação de Pearson. Os resultados obtidos são apresentados na tabela 5.

Verifica-se que todas as dimensões apresentaram correlações positivas estatisticamente significativas entre si (todos $p < 0,05$), sendo que todos os coeficientes de correlação foram superiores a 0,4, indicando fortes associações entre todas as dimensões.

Tabela 5. Matriz de correlações entre as dimensões do SF-36v2

Dimensões	FF	DF	DC	VT	FS	DE	SM
FF	1	0,75***	0,71***	0,74***	0,42*	0,72***	0,76***
DF		1	0,83***	0,71***	0,69***	0,92***	0,73***
DC			1	0,73***	0,62***	0,91***	0,72***
VT				1	0,67***	0,74***	0,84***
FS					1	0,62**	0,54**
DE							
SM							

Legenda: FF – função física, DF – desempenho físico, DC – dor corporal, VT – vitalidade, FS – função social, DE – desempenho emocional, SM – saúde mental
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Por fim, foram analisadas diferenças entre as médias obtidas no presente estudo para cada dimensão do SF-36 e as médias de referência, obtidas no estudo de Ferreira, Ferreira e Pereira (2012). Esta análise foi realizada utilizando o teste t para uma amostra. Os resultados destas análises são apresentados na tabela 6.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as dimensões “desempenho físico” ($p < 0,001$), “dor corporal” ($p < 0,001$), “vitalidade” ($p < 0,001$), “função social” ($p = 0,002$), “desempenho emocional” ($p < 0,001$) e “saúde mental” ($p = 0,001$), sendo que as médias obtidas na amostra do presente estudo foram inferiores aos valores de referência, para todas estas dimensões.

Tabela 6. Diferenças entre as médias de cada dimensão do SF-36v2 e médias de referência.

Dimensões	Valores de referência	Valores amostrais	p
	Média (DP)	Média (DP)	
FF	80,16 (24,67)	75,40 (23)	0,311
DF	78,44 (25,63)	50,75 (28,60)	< 0,001
DC	71,44 (24,27)	47,56 (23)	< 0,001
VT	63,01 (23,06)	37,25 (15,25)	< 0,001
FS	79,96 (23,38)	62,50 (25)	0,002
DE	79,83 (24,71)	51,67 (27,64)	< 0,001
SM	72,97 (23,27)	58,60 (18,29)	0,001

Legenda: FF – função física, DF – desempenho físico, DC – dor corporal, VT – vitalidade, FS – função social, DE – desempenho emocional, SM – saúde mental

3.3. Relação entre qualidade de vida e variáveis sociodemográficas em indivíduos portugueses com vertigem

De seguida, foi analisada a relação entre a QV, avaliada através das sete dimensões do SF-36v2, e as variáveis sociodemográficas em estudo.

Foi realizado o teste t para amostras independentes, para analisar diferenças entre géneros em termos das várias dimensões da QV (tabela 7). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (todos $p > 0,05$).

Tabela 7. Diferenças ao nível da qualidade de vida em função do género.

Qualidade de vida	Masculino	Feminino	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 16) Média (<i>DP</i>)	(<i>n</i> = 9) Média (<i>DP</i>)	
FF	69,69 (24,59)	85,56 (16,48)	0,098
DF	47,66 (31,78)	56,25 (22,53)	0,483
DC	46,31 (26,21)	49,78 (17,04)	0,726
VT	34,77 (15,97)	41,67 (13,62)	0,287
FS	60,94 (22,76)	65,28 (29,83)	0,686
DE	51,56 (30,91)	51,85 (22,35)	0,981
SM	55,63 (20,40)	63,89 (13,18)	0,288

Legenda: FF – função física, DF – desempenho físico, DC – dor corporal, VT – vitalidade, FS – função social, DE – desempenho emocional, SM – saúde mental

A tabela 8 apresenta os resultados das análises de correlações entre a idade e a QV, realizadas através do Coeficiente de Correlação de Pearson. Foram encontradas correlações negativas estatisticamente significativas entre a idade dos participantes e todas as dimensões da QV (todos $p < 0,05$). Assim, idades superiores estão associadas com pontuações inferiores em termos de QV.

Tabela 8. Correlações entre a idade e a qualidade de vida.

	Idade
Qualidade de vida	
FF	-0,80***
DF	-0,73***
DC	-0,78***
VT	-0,62**
FS	-0,40*
DE	-0,76***
SM	-0,59**

Legenda: FF – função física, DF – desempenho físico, DC – dor corporal, VT – vitalidade, FS – função social, DE – desempenho emocional, SM – saúde mental
 * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

De seguida, foram analisadas diferenças em termos da QV, em função do estado civil, utilizando o teste t para amostras independentes (tabela 9). Considerando que a variável estado civil apresentava grupos muito discrepantes, havendo poucos participantes nas categorias solteiro ($n = 4$), divorciado/separado ($n = 1$) e viúvo ($n = 4$), optou-se por recodificar esta variável em dois grupos apenas (casado / não casado), no sentido de tornar os grupos mais equilibrados para esta análise. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (todos $p > 0,05$).

Tabela 9. Diferenças ao nível da qualidade de vida em função do estado civil.

Qualidade de vida	Não casado	Casado	p
	($n = 9$) Média (DP)	($n = 16$) Média (DP)	
FF	68,89 (28,26)	79,06 (19,51)	0,298
DF	47,92 (32,17)	52,34 (27,37)	0,719
DC	48,78 (22,74)	46,88 (23,86)	0,847
VT	36,11 (18,95)	37,89 (13,40)	0,786
FS	59,72 (31,73)	64,06 (21,35)	0,686
DE	54,63 (28,60)	50 (27,89)	0,697
SM	58,89 (13,87)	58,44 (20,79)	0,954

Legenda: FF – função física, DF – desempenho físico, DC – dor corporal, VT – vitalidade, FS – função social, DE – desempenho emocional, SM – saúde mental

A tabela 10 apresenta os resultados das análises de correlações realizadas através do Coeficiente de Correlação de Spearman, na análise da relação entre a escolaridade e a QV. Foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas entre a escolaridade dos participantes e a “função física” ($r_s = 0,70$, $p < 0,001$), “desempenho físico” ($r_s = 0,43$; $p = 0,033$),

“dor corporal” ($r_s = 0,52$; $p = 0,008$), “desempenho emocional” ($r_s = 0,46$; $p = 0,021$) e “saúde mental” ($r_s = 0,49$; $p = 0,012$). Deste modo, um nível mais elevado de escolaridade estava associado com pontuações mais elevadas nestas dimensões da QV.

Tabela 10. Correlações entre a escolaridade e a qualidade de vida.

Qualidade de vida	Escolaridade
FF	0,70***
DF	0,43*
DC	0,52**
VT	0,34
FS	0,25
DE	0,46*
SM	0,49*

Legenda: FF – função física, DF – desempenho físico, DC – dor corporal, VT – vitalidade, FS – função social, DE – desempenho emocional, SM – saúde mental
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

A tabela 11 apresenta os resultados das análises de diferenças na QV, em função da situação profissional, utilizando o teste t para amostras independentes. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre participantes que se encontravam ativos e não ativos, ao nível de todas as dimensões da qualidade de vida (todos $p < 0,05$), sendo que participantes que se encontravam ativos apresentaram pontuações mais elevadas em termos de QV.

Tabela 11. Diferenças ao nível da qualidade de vida em função da situação profissional.

Qualidade de vida	Não ativo	Ativo	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 12) Média (DP)	(<i>n</i> = 11) Média (DP)	
FF	61,25 (18,72)	93,18 (7,17)	< 0,001
DF	36,98 (19,67)	67,61 (27,22)	0,005
DC	37,25 (9,89)	64,55 (21,60)	0,002
VT	30,73 (11,76)	46,02 (12,58)	0,007
FS	52,08 (14,92)	71,59 (29,63)	0,056
DE	39,58 (16,71)	70,45 (26,18)	0,004
SM	51,67 (14,03)	70,45 (9,07)	0,001

Legenda: FF – função física, DF – desempenho físico, DC – dor corporal, VT – vitalidade, FS – função social, DE – desempenho emocional, SM – saúde mental

De seguida é apresentado um resumo relativo às percepções de saúde em todas as dimensões por parte dos participantes do presente estudo:

- Função física – pouca dificuldade de execução das tarefas da vida diária em determinados movimentos. A vertigem não é um impedimento direto para a execução dessas atividades.
- Desempenho físico – dificuldades nas tarefas da vida diária e diminuição da quantidade de trabalho executado, devido a problemas de saúde física. Apesar de não influenciar a função física, a vertigem torna a execução das tarefas mais lenta.
- Dor corporal – a dor está bastante presente nos indivíduos com vertigem, tendo os mesmos pouca tolerância à mesma.
- Saúde geral – a percepção de saúde no geral é negativa, sem grandes expectativas para o futuro. Apesar da maioria dos participantes estar a fazer tratamento para a vertigem, nota-se decepção no futuro, devido às poucas melhorias.
- Vitalidade – desgaste pessoal muito grande, devido à insegurança que o problema traz, nunca sabendo quando aparecerá uma crise de vertigem, levando os indivíduos a ter pouca vitalidade.
- Desempenho emocional – muitos problemas emocionais demonstrados ao longo da execução do preenchimento do questionário que se refletiram nas respostas.
- Saúde mental – a vertigem leva a perdas de equilíbrio que conduzem a problemas de ansiedade e depressão, levando a maior parte dos indivíduos à dependência.

Discussão

Neste capítulo procederemos à análise e discussão de resultados, recorrendo nomeadamente à comparação dos valores obtidos no presente estudo com um realizado em 2012 por um grupo de investigadores. (Ferreira, Noronha Ferreira, & Nobre Pereira, 2012)

A maioria dos participantes completou o ensino secundário ($n = 13$; 52%). Relativamente à situação profissional, 12 participantes (48%) não se encontram ativos e 11 participantes (44%) encontram-se ativos, sendo a maioria reformados.

Relativamente ao local de residência, a maioria dos participantes reside em zona rural ($n = 21$; 84%), isto pelo facto do CHTS abranger uma zona rural muito grande comparado com a zona urbana.

Todos os participantes ($n = 25$, 100%) referiram ter problemas de tonturas, sendo que a maioria indicou que os sintomas de vertigens tiveram início há vários anos ($n = 16$, 64%). Este valor está ligado ao facto de uma grande percentagem dos participantes serem idosos. Handa et al. (2005) refere que o sintoma de vertigem aparece frequentemente na população geral em todas as faixas etárias, atingindo ambos os géneros, mas maior prevalência em adultos, especialmente idosos.

A maioria dos participantes reportou sentir-se incomodado com o problema de equilíbrio ($n = 22$, 88%) e ter feito como tratamento medicação ($n = 16$, 64%), sendo que, apesar de uma grande percentagem estar a realizar tratamento, o problema mantém-se ($n = 21$, 84%). Para a RV não tivemos nenhum participante a referi-la o que justifica o facto do problema de vertigem se manter. Tal como falado anteriormente, a RV torna-se fundamental no processo de tratamento da vertigem, assim como refere Evangelista (2012) uma alternativa fundamental no tratamento da vertigem.

O Alfa de Cronbach é um instrumento útil para a investigação da fiabilidade de uma medida, permitindo o estudo da precisão de um instrumento. (Garcia-marques & Maroco, 2006) Os valores obtidos de Alfa de Cronbach sugeriram um bom nível de consistência interna (Field, 2013) para todas as dimensões, exceto a saúde geral, sendo o valor mais alto no desempenho físico.

De realçar que todas as dimensões apresentaram correlações positivas entre si mostrando que estão fortemente associadas.

O presente estudo analisou as diferenças entre géneros em termos das várias dimensões da QV e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, ou seja, ambos os géneros são afetados da mesma forma, independentemente da dimensão, no entanto, foi possível concluir que as idades superiores estão associadas com pontuações inferiores em termos de QV devido ao surgimento de doenças, nomeadamente: cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais, da audição e da visão, entre outras, como indica o estudo "Assessing the quality of life in elderly people and related factors in Tabriz, Iran". (Khaje-Bishak, Payahoo, Pourghasem, Jafarabadi, & Asghari Jafarabadi, 2014)

Este estudo também comprovou que o nível mais elevado de escolaridade estava associado com pontuações mais elevadas relativamente à função física, desempenho físico, dor corporal, desempenho emocional e saúde mental.

Relembrando as principais hipóteses do presente estudo, segue-se a discussão:

H2: Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões do estado de saúde com o SF-36 V2 entre os indivíduos que tem vertigem e os que não têm.

Dos resultados obtidos verifica-se que a QDV dos indivíduos portugueses com vertigem, medida através do SF-36v2 estão diminuídos em relação à norma Portuguesa para as dimensões “desempenho físico”, “dor corporal”, “vitalidade”, “função social”, “desempenho emocional” e “saúde mental”.

H3: Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões do estado de saúde com o SF-36 V2 entre os indivíduos que tem vertigem e os que não têm, nos diferentes grupos etários. As diferenças das médias atingem todas as dimensões da QV, em que idades superiores estão associadas com pontuações inferiores em termos de QV. Desta forma, verifica-se a hipótese 3.

H4: Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões do estado de saúde com o SF-36 V2 entre os indivíduos que tem vertigem e os que não têm, nos diferentes géneros. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, quando comparados os valores das dimensões do estado de saúde, nos dois géneros.

H5: Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões do estado de saúde com o SF-36 V2 entre os indivíduos que tem vertigem e os que não têm, nos diferentes níveis de instrução. As diferenças das médias são significativas nas dimensões “função física”, “desempenho físico”, “dor corporal”, “desempenho emocional” e “saúde mental”, associando um nível mais elevado de escolaridade a pontuações mais elevadas.

H6: Existem diferenças nas médias dos valores das dimensões do estado de saúde com o SF-36 V2 entre os indivíduos que tem vertigem e os que não têm, nos diferentes tipos de atividade profissional. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre participantes que se encontravam ativos e não ativos, ao nível de todas as dimensões da qualidade de vida. Verifica-se, portanto esta hipótese.

Foi realizada uma análise de comparação com os valores de referência mais recentes, comparando a qualidade de vida em função das variáveis sociodemográficas, no entanto, não foi considerada a zona de residência, por existirem apenas quatro elementos na amostra a viver em zona urbana. Pelo reduzido número de elementos da amostra, a investigadora

encontrou algumas limitações na análise estatística e por esse motivo não explorou algumas hipóteses do estudo, comparando apenas algumas categorias com dimensão mais aceitável.

Conclusões, limitações e futuras linhas de investigação

Neste estudo procurou-se investigar e explorar quais os domínios da QV afetados perante a presença de vertigem num indivíduo. Foi escolhido o instrumento de QV, o SF-36v2, para se fazerem comparações com a população em geral.

A ideia de explorar este tema surgiu por não conhecermos nenhum estudo português sobre este tema e por a vertigem ser um problema cada vez mais comum e atual.

Os objetivos do estudo era avaliar o estado de saúde da população com vertigem e as principais repercussões da vertigem na QV do indivíduo assim como descrever a importância da avaliação da vertigem e do seu tratamento. Não só através da fundamentação teórica, assim como do presente estudo, foi possível alcançar estes objetivos, e verifica-se que principalmente a idade e a saúde mental são preditores de menor QDV em sujeitos com vertigem.

Na nossa amostra confirmou-se uma relação direta entre o desempenho físico, a dor corporal, a saúde em geral, a vitalidade, o desempenho emocional e a saúde mental com a vertigem. De salientar que esta população é composta por pessoas com queixas de vertigem da consulta de ORL do CHTS.

De uma forma geral, podemos concluir que a QV é afetada negativamente quando existe o problema da vertigem. A parte emocional fica muito debilitada após surgimento desta patologia, observando pela amostra que a idade contribui para o aumento dos sintomas vestibulares, assim como mostra a literatura que a vertigem acomete mais as pessoas adultas e idosas.

Tal como indicam vários estudos a RV é fundamental no tratamento da vertigem, onde a aplicação de um protocolo de RV promove a diminuição da vertigem, melhorando a QV dos pacientes. (Zeigelboim, Bianca Simone; Rosa, Marine Raquel Diniz da; Klagenberg, Karlin Fabianne; Jurkiewicz, 2008)

A QV e o equilíbrio postural são melhorados com intervenções através de protocolos de RV, obtendo-se melhorias significativas, que não estão associadas a tratamento farmacológico. (Tsukamoto et al., 2015)

As principais limitações do presente estudo são: reduzido número de sujeitos, serem pacientes da investigadora havendo a possibilidade de alguma interferência e enviesamento dos resultados.

Outra limitação refere-se ao facto de a amostra estar limitada a indivíduos frequentadores da consulta de ORL do CHTS, sendo desejável numa próxima abordagem apresentar uma amostra mais variada, particularmente no género, atividade profissional e local de residência.

Apesar da vertigem ter como consequência alterações físicas, na maioria das situações não se dá a devida atenção ao problema, passando a existirem alterações do foro emocional. Sentem-se incompreendidos e quando a medicação não resulta passam a estar “entregues a eles próprios”, não sendo sugeridas outras soluções. No presente estudo verifica-se que, apesar dos

participantes estarem a fazer tratamento farmacológico há vários anos, este não é capaz de inibir os sintomas de vertigem. O uso de um protocolo personalizado ao paciente, é capaz de restaurar toda a parte funcional do sistema vestibular melhorando a sua QV. (RD, 2012)

Para futuras investigações sugere-se a exploração desta patologia numa amostra de maior dimensão e exploração do domínio emocional, devido à elevada ansiedade e depressão dos participantes e na comparação de indivíduos antes e após a RV.

É fundamental o incremento dos protocolos de RV nos hospitais públicos de forma a dar apoio a todos os pacientes com este tipo de problemas, melhorando assim a QV da população portuguesa.

Referências bibliográficas

Almeida, A. L. M. (2010). Considerações sobre a avaliação da qualidade de vida em grupo de pacientes com acidente vascular cerebral. *Revista Neurociências*, 18(2), 147–149. Retrieved from <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/443%20rev%20aberta%20Ana%20Laura.pdf>

Almeida, M. A., Gutierrez, G. L. & Marques, R. (2012). Capítulo 1. Qualidade de vida: definições e conceitos. Em Edições EACH, *Qualidade de vida* (pp. 20-59). São Paulo. Retrieved from http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf

Amorim, M. I.S. P.L. (1999). *Qualidade de vida e coping na doença crónica: um estudo em diabéticos não insulino dependentes*. Dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. Retrieved from <https://hdl.handle.net/10216/9890>

Arenas, V.G. (2006). Avaliação da qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crónica em tratamento por diálise peritoneal automatizada e hemodiálise utilizando o instrumento SF-36. Dissertação de mestrado da faculdade de medicina de São Paulo. Retrieved from <http://www.sri.uc.pt/feuc/pedrof/docs/Publicacoes/AN200303.pdf>

Barros, P.P. (2003). Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 7-17.

Cabral, G., Correa, L., Silveira, S., & Lopes, R. (2009). Interferência da queixa de tontura na qualidade de vida dos idosos cadastrados na UBS do bairro Araçás, Vila Velha/ES. *ACTA ORL/Técnicas em Otorrinolaringologia*, 27(2), 58-63.

Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H. & Paredes, T. (2010). *Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL*. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa. Retrieved from <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/770>

Centro de Reabilitação Auditiva, Saúde Acústica. (2019). Ouvido médio. Retrieved from <http://saudeacustica.pt/o-ouvido-medio/>

Choplin, M. (2012). Vertiges et troubles vestibulaires. Retrieved from <https://www.france-acouphenes.org/index.php/actu/conferences/86-vertiges-et-troubles-vestibulaires>

Cruz, D. S., Collet, N. & Nóbrega, V. (2018). Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1 – revisão integrativa. *Ciência & Saúde Colectiva*, 23(3), 973-989. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1598645>.

Cunha, F., Settanni, F.A. & Ganança, F.F. (2005). What is the effect of dizziness on the quality of life for patients with Meniere's disease? *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*, 126(3), 155-158. PMID: 16366382

Deissler, A., Albers, L., von Kries, R., Weinberger, R., Langhagen, T., Gerstl, L., Heinen, F., Jahn, K. & Schröder, A.S. (2017). Health-related quality of life of children/ adolescents with vertigo: retrospective study from the German Center of Vertigo and Balance Disorders. *Neuropediatrics*, 48(2), 91-97. doi: 10.1055/s-0037-1598645. PMID: 28196383

Duracinsky, M., Mosnier, I., Bouccara, D., Sterkers, O., Chassany, O. & the Working Group of the Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie (2007). Literature review of questionnaires assessing vertigo and dizziness, and their impact on patients' quality of life. *Value in Health*, 10(4), 273-284. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00182.x. PMID: 17645682

Evangelista, A. T. (2012). *Reabilitação vestibular: uma necessidade na população idosa?* Dissertação de mestrado apresentada na Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de Coimbra, Coimbra. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/13492>

Ferreira, P. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36, Parte II – testes de validação. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 13, 119- 127.

Ferreira, P. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36, Parte I – adaptação cultural e linguística. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.

Ferreira, P. & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 15-30.

Ferreira, P. L., Noronha Ferreira, L., & Nobre Pereira, L. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 30(2), 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.007>

Ferreira, P.L. & Anes, E. J. (2010). Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crónicos: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 28(1), 31-39. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0870-90252010000100004&lng=pt&nrm=iso

Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa : contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 15–30. Retrieved from <http://www.sri.uc.pt/feuc/pedrof/docs/Publicacoes/AN200303.pdf>

Fonseca, A.M., Nunes, M.V., Teles, L., Martins, C., Paúl, C. & Castro-Caldas, A. (2009). Instrumento de avaliação da qualidade de vida (IAQdV) – estudo de validação para a população idosa portuguesa. *Psychologica*, 50, 373-388. Retrieved from <http://iduc.uc.pt/index.php/psychologica/article/view/986>

Fortes, R. C., Vicente, J. S. & Lanzetta, B. P. (2010). O impacto da tontura na qualidade de vida de indivíduos com migrânea. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 15(4), 520-525. doi: [org/10.1590/S1516-80342010000400008](https://doi.org/10.1590/S1516-80342010000400008).

Garcia, F. V., Luzio, C. S., Benzinho, T. A. & Veiga, V. G. (2008). Validação e adaptação do dizziness handicap inventory para a língua e população portuguesa de Portugal. *ACTA ORL/Técnicas em Otorrinolaringologia*, 26(2), 128-132. Retrieved from <http://www.otoneuro.pt/index.php/artigos/artigos-recomendados/91-validacao-e-adaptacao-do-dizziness-handicap-inventory-para-a-lingua-e-populacao-portuguesa-de-portugal>

Garcia-marques, T., & Maroco, J. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de cronbach? Questões antigas e soluções modernas?, 4(1), 65–90. <https://doi.org/10.14417/lp.763>

Guimarães, A.C. (2011). *Qualidade de vida relacionada com a saúde de mulheres na meia-idade: influência da prática de atividade física*. Dissertação de doutoramento apresentada na Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.5/5193>

Handa, P.R., Kuhn, A.M., Cunha, F., Schaffleln, R. & Ganança, F.F. (2005). Qualidade de vida em pacientes com vertigem posicional paroxística benigna e/ou doença de Ménière. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71(6), 776-782. PMID: 16878248. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v71n6/a15v71n6.pdf>

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011*. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=107624784&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2

Isaac, M. L. (2015). Do hearing and postural balance influence the life quality? *Braz J Otorhinolaryngol.*, 81(2), 117-119. doi: [10.1016/j.bjorl.2014.12.005](https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.12.005). PMID: 25681091.

Júnior, P. R., Kozan, E. S., Moraes, J. F., Pereira, F. G. & Moreno, A. B. (2014). Reabilitação vestibular na qualidade de vida e sintomatologia de tontura de idosos. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3365-3374. doi: [10.1590/1413-81232014198.11082013](https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11082013).

Kanashiro, A. M. K. (2005). Diagnosis and treatment of the most frequent vestibular syndromes. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63, 140–144. <https://doi.org/S0004-282X2005000100025>

Khaje-Bishak, Y., Payahoo, L., Pourghasem, B., Jafarabadi, M. A., & Asghari Jafarabadi, M. (2014). Assessing the quality of life in elderly people and related factors in tabriz, iran. *Journal of Caring Sciences*, 3(4), 257. <https://doi.org/10.5681/jcs.2014.028>

Lezaun, J.J.Y. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada com la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Colección Estudios Serie Personas Mayores. Retrieved from <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/13286.pdf>

Lopes, C., Queiroga, F., Fonseca, V., Ferreira, T., Dourado, A., Lages, A., Alves, I., Mendes, J., Pires, P. & Rocha, J. (2018). Conceito e instrumentos de avaliação da qualidade de vida e saúde. *Revista Eletrónica Acervo Saúde*, 11, 1076-1080. doi: 10.25248/REAS137_2018.

Lopez-Escamez, J.A., Gamiz, M.J., Fernandez-Perez, A. & Gomez-Fiñana, M. (2005). Long-term outcome and health-related quality of life in benign paroxysmal positional vertigo. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 262(6), 507-511. doi: 10.1007/s00405-004-0841-x. PMID: 15942805

Macedo, A. (2010). Abordagem do síndrome vertiginoso. *Acta Medica Portuguesa*, 23(1), 95–100. Retrieved from <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/591/275>

Magliulo, G., Bertin, S., Ruggieri, M. & Gagliardi, M. (2005). Benign paroxysmal positional vertigo and post-treatment quality of life. *Eur Arch Otorhinolaryngol.*, 262 (8), 627-630. doi: 10.1007/s00405-004-0784-2. PMID: 15666205

Maslovara, S., Soldo, S., Puksec, M., Balaban, B., & Penavic, I. (2012). Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV): Influence of pharmacotherapy and rehabilitation therapy on patients' recovery rate and life quality. *NeuroRehabilitation*, 31(4), 435-441. doi: 10.3233/NRE-2012-00814. PMID: 23232168. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>

Mirallas, N., Conti, M., Vitta, A., Laurenti, R., & Saes, S. (2011). Avaliação e reabilitação vestibular no indivíduo idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(4), 687-698. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000400008>.

Moreira, D. A., Bohlsen, Y. A., Momensohn-santos, T. M., & Cherubini, A. D. A. (2006). Estudo do handicap em pacientes com queixa de tontura , associada ou não ao sintoma zumbido. *Arq Int Otorrinolaringol*, 10(4), 270–277. Retrieved from <http://arquivosdeorl.org.br/conteudo/pdfForl/389.pdf>

Morozetti, P., Ganança, C., & Chiari, B. (2011). Comparação de diferentes protocolos de reabilitação vestibular em pacientes com disfunções vestibulares periféricas. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 23(1), 44-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S2179-64912011000100011>

Mueller, M., Schuster, E., Strobl, R., & Grill, E. (2012). Identification of aspects of functioning, disability and health relevant to patients experiencing vertigo: a qualitative study using the international classification of functioning, disability and health. *Health Qual Life Outcomes*, 10(75). doi: 10.1186/1477-7525-10-75. PMID: 22738067.

Noronha, D. D., Martins, A. M., Dias, D. S., Silveira, M. F., Paula, A. M. & Haikal, D. S. (2016). Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 463-474. doi: 10.1590/1413-81232015212.01102015.

Nunes, R. & Rego, G. (2002). *Prioridades na saúde* (2a. Ed.). Lisboa: Editora McGraw-hill.

Obermann, M., Bock, E., Sabev, N., Lehmann, N., Weber, R., Gerwig M., Frings, M., Arweiler-Harbeck, D., Lang, S. & Diener, H. C. (2015). Long-term outcome of vertigo and dizziness associated disorders following treatment in specialized tertiary care: the Dizziness and Vertigo Registry (DiVeR) Study. *J Neurol.*, 262(9), 2083-2091. doi: 10.1007/s00415-015-7803-7. PMID: 26092518.

Oliveira, D. G. F. (2009). *Determinantes do estado de saúde dos portugueses*. Dissertação de mestrado apresentada na Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Retrieved from <https://run.unl.pt/bitstream/10362/3423/1/TEGI0251.pdf>

Omonte, I. R. V. (2007). *Avaliação da qualidade de vida pelos Instrumentos SF-36 e Perfil de Saúde de Nottingham em pacientes submetidos à operação de Capella por via laparotômica*. Dissertação de mestrado apresentado na Universidade Belo Horizonte, Brasil. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1843/ECJS-78JMWL>

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=9155FDE46A3EC6EBD92085C8EC32D229?sequence=1

Organização Mundial da Saúde. (2018). *European Health Report 2018: more than numbers – evidence for all*. Retrieved from http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/379862/who-ehr-2018-eng.pdf

Paço, J. (2009). *Manual de urgências ORL* (1º Edição). Lisboa. Retrieved from http://www.cadernosorl.com/livros/urgencias_orl.pdf

Pereira, A.B., Santos, J.N. & Volpe, F.M. (2010). Effect of Epley's maneuver on the quality of life of paroxysmal positional benign vertigo patients. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 76(6), 704-708. PMID: 21180936.

Peres, M., & Silveira, E. (2010). Efeito da reabilitação vestibular em idosos: quanto ao equilíbrio, qualidade de vida e percepção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2805-2813. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600018>

Petri, M., Chirilă, M., Bolboacă, S. D. & Cosgarea, M. (2017). Health-related quality of life and disability in patients with acute unilateral peripheral vestibular disorders. *Braz J Otorhinolaryngol.*, 83(6), 611-618. doi: 10.1016/j.bjorl.2016.08.004. PMID: 27595924.

Pimentel, F. L. (2003). *Qualidade de vida do doente oncológico*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Medicina apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Retrieved from <https://hdl.handle.net/10216/10399>

Pires, M.J. (2009). Factores de risco da doença coronária e qualidade de vida: estudo exploratório no concelho de Odivelas. Dissertação de mestrado apresentada na Universidade Aberta, Lisboa. Retrieved from <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/1432>

Praça, M. I. (2012). *Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes | Nordeste*. Dissertação de mestrado apresentada no Instituto Politécnico de Bragança, Bragança. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10198/3612>

Platt, S. R. (2006). Vestibular Disorders. *Consultations in Feline Internal Medicine (Fifth Edition)*, 527–545. [https://doi.org/DOI: 10.1016/B0-72-160423-4/50059-7](https://doi.org/DOI:10.1016/B0-72-160423-4/50059-7)

qualidade in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2019. Retrieved from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/qualidade>

Quintela, L. (2007). *Modelação Geométrica e Computacional do Ouvido Médio - Análise de casos* (p. 41). Porto. Retrieved from https://web.fe.up.pt/~tavares/downloads/publications/relatorios/TrabalhosPraticos_Lara_Quintela.pdf

RD, A. (2012). Vestibular Rehabilitation: An Overview. *Otorhinolaryngology Clinics: An International Journal*, 54–69. Retrieved from <http://www.jaypeejournals.com/eJournals/ShowText.aspx?ID=3564&Type=FREE&TYP=TOP&IID=280&Value=9&isPDF=YES>

Reis, J. L. (2006). Vertigem: Noções Gerais. In *Vertigem -Do Diagnóstico à Reabilitação* (pp. 75–81).

Ribeiro, K. F., Oliveira, B. S., Freitas, R. V., Ferreira, L. M., Deshpande, N. & Guerra, R. O. (2018). Effectiveness of otolith repositioning maneuvers and vestibular rehabilitation exercises in

elderly people with benign paroxysmal positional vertigo: a systematic review. *Braz J Otorhinolaryngol.*, 84(1), 109-118. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.06.003>

Roberts, R.A, Abrams, H., Sembach, M.K., Lister, J.J., Gans, R.E. & Chisolm, T.H. (2009). Utility measures of health-related quality of life in patients treated for benign paroxysmal positional vertigo. *Ear & Hearing*, 30(3), 369-376. doi: 10.1097/AUD.0b013e31819f316a. PMID: 19322083

Roque Reis, L., Lameiras, R., Cavilhas, P., & Escada, P. (2016). [Epidemiology of Vertigo on Hospital Emergency]. *Acta Médica Portuguesa*, 29(5), 326–31. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27649017>

Sampaio, A. C. L. (2007). *Benefícios da caminhada na qualidade de vida dos adultos*. Dissertação de licenciatura apresentada na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Santos, J. A. (2012). Manobra de Epley na vertigem posicional paroxística benigna: resolver a uma velocidade vertiginosa. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, (28), 285–294.

Scherer, S., Lisboa, H., & Pasqualotti, A. (2012). Tontura em idosos: diagnóstico otoneurológico e interferência na qualidade de vida. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 17(2), 142-150. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342012000200007>

Schmid, G., Henningsen, P., Dieterich, M., Sattel, H. & Lahmann, C. (2011). Psychotherapy in dizziness: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 82(6), 601-606. doi: 10.1136/jnnp.2010.237388. PMID: 21296898

Schmid, G., Henningsen, P., Dieterich, M., Sattel, H. & Lahmann, C. (2011). Psychotherapy in dizziness: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 82(6), 601-606. doi: 10.1136/jnnp.2010.237388. PMID: 21296898

Seabra, R. (n.d.). *OBSERVAÇÃO DO DOENTE VERTIGINOSO*. Retrieved from http://clinica-vertigem-zumbido.com/images/artigos_publicados/11_OBSERVACAO_DO_DOENTE_VERTIGINOSO.pdf

Seabra, R. (2006). *Vertigem - Abordagem da O.R.L., Observação do doente vertiginoso. Vertigem -Do Diagnóstico à Reabilitação*.

Seidl, E., & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. Retrieved from <https://www.scielo.org/article/csp/2004.v20n2/580-588/pt/>

Silva, I.M. S. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo*. Dissertação de doutoramento apresentada na

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto. Retrieved from <https://hdl.handle.net/10216/22933>

Socher, D.D., Socher, J. A. & Azzi, V. J. (2012). Avaliação da qualidade de vida de pacientes com vertigem posicional paroxística benigna associada à doença de Ménière pré e pós reabilitação vestibular. *Int. Arch. Otorhinolaryngol.* 16(4), 430-436. doi: 10.7162/S1809-97772012000400002

Tavares, J. P. A. & Nunes, L. N. V. (2007). Comportamentos de saúde e de evitamento do risco em operários Fabris. *Revista Referência*, 5, 23-36.

Tsukamoto, H. F., Costa, V. D. S. P., Silva, R. A. Da, Pelosi, G. G., Marchiori, L. L. D. M., Vaz, C. R. S., & Fernandes, K. B. P. (2015). Effectiveness of a vestibular rehabilitation protocol to improve the health-related quality of life and postural balance in patients with vertigo. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 19(3), 238–247. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1547523>

Vaz, A.C. & Oliveira, A.P. (2007). Impacto da vertigem na qualidade de vida em pacientes com disfunção vestibular. *Fisioterapia em Movimento*, 20(1), 71-76. Retrieved from <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18841>

WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization Project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.

WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*, 41(10), 1403-09.

WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science Medicine*, 46(12), 1569-1585.

Zanardini, F., Zeigelboim, B., Jurkiewicz, A., Marques, J., & Bassetto, J. (2007). Reabilitação vestibular em idosos com tontura. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 19(2), 177-184. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872007000200006>

Zeigelboim, Bianca Simone; Rosa, Marine Raquel Diniz da; Klagenberg, Karlin Fabianne; Jurkiewicz, A. L. (2008). Vestibular rehabilitation in the treatment of dizziness and tinnitus. *International Journal of Systematic Theology*, 10(4), 476–479. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2400.2008.00350.x>

Anexos

Anexo A- Questionário de Estado de Saúde

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia.

Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes ...	1	2	3
b. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.....	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia....	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada.....	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas.....	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.....	1	2	3
g. Andar mais de 1 km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros.....	1	2	3
i. Andar uma centena de metros.....	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

Copyright © 1992, New England Medical Center Hospitals, fac All rights reserved.

Copyright © 1997, Versão Portuguesa 2 Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Todos os direitos reservados.

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume.	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6,7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?.....	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?.....	1	2	3	4	5
L Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO!

Data: _____
Código: _____

FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Vimos convidá-la(o) a participar num estudo sobre a qualidade de vida do indivíduo com vertigem. Leia cuidadosamente a informação que se segue e não hesite em perguntar em caso de dúvidas.

Objetivo do estudo: avaliação do estado de saúde da população com vertigem, avaliar as principais repercussões da vertigem na qualidade de vida de um indivíduo.

Participação: a sua participação no estudo é voluntária, anónima e não remunerada. Deverá preencher os seguintes questionários: sócio-demográfico e clínico e o do Estado de Saúde (SF-36 v2).

Resultados do estudo: Com os resultados deste estudo, será feita uma Dissertação de Mestrado, que estará disponível mais tarde no Instituto Politécnico do Porto. Não será identificada(o) em nenhuma publicação ou relatório.

Obrigado pelo tempo que despendeu a ler esta informação. Se desejar participar, deve assinar e datar o Consentimento Informado.

|

Nathalie Alves Carvalho (Audiologista)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Eu, abaixo assinado, declaro que aceito participar no "Estudo da qualidade de vida dos indivíduos com vertigem" da responsabilidade da autora Nathalie Alves Carvalho no âmbito do Mestrado de Gestão das Organizações da Associação dos Politécnicos do Norte.

Compreendi a informação sobre o estudo acima referido, tendo-me sido disponibilizado tempo para refletir sobre a participação, assim como colocar as minhas dúvidas.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem prejuízo para mim.

Consinto participar neste estudo e a divulgação dos dados como descrito na folha de informação ao participante.

Assinatura: _____

Penafiel, ____ de _____ de 2018

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

1. Género:
Feminino
Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Nacionalidade: _____

4. Estado Civil:
- Solteiro(a)
- Casado(a)/União de facto
- Divorciado(a)/Separado(a)
- Viúvo(a)

5. Número de filhos: _____

6. Atual situação profissional:
- Estudante
- Trabalhador-Estudante
- Empregado a tempo inteiro
- Empregado a tempo parcial
- Desempregado(a)
- Doméstico(a)
- Reformado(a)
- Pensão de invalidez
- Outro: _____

7. Local de residência:
- Zona rural
- Zona urbana

8. Escolaridade:
- Analfabeto(a)
- Ensino Primário
- Ensino Secundário
- Ensino Superior

9. Sente problemas de equilíbrio, tonturas ou vertigem?
- Sim
- Não

10. Há quanto tempo iniciaram os sintomas de vertigem?
- Horas
- Dias
- Semanas
- Meses
- Anos
- Décadas

11. Qual a duração dos episódios de vertigem?

- Segundos
- Minutos
- Horas
- Dias
- Semanas
- Meses
- Longos períodos
- Períodos irregulares

12. Sente-se incomodado com o problema de equilíbrio que tem?

- Sim
- Não

13. Fez algum tratamento devido ao seu problema de vertigem?

- Sim
- Não

11.1. Se sim, Qual foi o tipo de tratamento?

- Medicação
- Manobras
- Reabilitação Vestibular

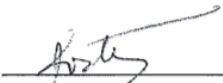
14. Esse problema de vertigem mantém-se?

- Sim
- Não

DECLARAÇÃO

Eu, Maria Alexandra Pacheco Ribeiro da Costa, Professora Adjunta do Instituto Politécnico do Porto declaro, na condição de orientadora da dissertação intitulada **"ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA DO INDIVÍDUO COM VERTIGEM"** realizada pela aluna Nathalie Alves Carvalho, que o referido trabalho reúne os requisitos mínimos exigidos pelo regulamento da APNOR e que, como tal, reúne as condições necessárias e exigidas para ser defendida publicamente.

Por ser verdade, assino a presente declaração a 25 de Novembro de 2018.



Alexandra Ribeiro da Costa
A Orientadora

Anexo D- Autorização para a Recolha de Dados Dr. Nuno Lousan

Ex.mo Sr. Dr. Nuno Lousan

Diretor de Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE

No âmbito da dissertação de mestrado em Gestão das Organizações, a decorrer na Escola Superior de Saúde, do IPP, pretendo realizar uma investigação sobre o tema "Estudo da qualidade de vida do indivíduo com vertigem", sob orientação da Prof. Dr^a. Alexandra Ribeiro da Costa.

No sentido de obter o maior número possível de elementos para a amostra da referida investigação, e tornando-se o mais diversificada possível, venho solicitar a autorização a V^a. Ex^a, prestar o serviço neste Centro Hospitalar. Será ministrado aos pacientes com queixas de vertigem, dois questionários, o Questionário do Estado de Saúde (SF-36V2), composto por 36 questões sobre a qualidade de vida destinado à área da saúde, traduzido e validado para a população portuguesa e o Questionário Sócio-Demográfico e Clínico constituído por 14 questões sobre os dados pessoais do paciente. Os questionários serão utilizados após autorização do autor da versão portuguesa no caso do SF36-V2 e validação do Questionário Sócio-Demográfico e Clínico.

Será garantido o anonimato e confidencialidade dos dados que foram recolhidos, e a sua utilização será unicamente para a realização desta investigação.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, apresento os meus melhores cumprimentos,

Atentamente,

Penafiel, 04 de Maio de 2018

Dr. Nuno Lousan
mm a doc.
8/5/18

CHTS. EPE
DR. NUNO LOUSAN
DIRECTOR SERVIÇO ORL

Nathalie Alves Carvalho

Nathalie Alves Carvalho

Audiologista

Anexo E- Autorização para a Recolha de Dados Comissão de ética e Conselho de Administração



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exma. Senhora
Nathalie Alves Carvalho
nathalie.lux@hotmail.com

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
	04/05/2018	Nº: 114/2018 PROC. Nº:	07-06-2018

ASSUNTO: Pedido de Realização de Investigação

Acusamos a recepção do seu pedido para realização da Pesquisa Clínica / Investigação sobre o tema "Estudo da qualidade de vida do indivíduo com vertigem".

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objecção ética à realização do referido projecto no CHTS.

Em reunião do Conselho de Administração foi deliberada a autorização, nos termos do parecer da Comissão de Ética.

No final da realização da investigação deverá entregar, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no Serviço de Formação, **o relatório final**, sendo este de carácter obrigatório.

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos.

O Vogal do Conselho de Administração,


(António Marçôa, Dr.)

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.
Avenida do Hospital Padre Américo, Nº 210, 4564-007 Guilhufe - Penafiel
Rua da Lama, Nº 76, 4600 - 758 Tuiões - Amarante
TEL + 351 255 714 000 FAX + 351 255 714 014 EMAIL administracao@chts.min-saude.pt www.chtamegasousa.pt

Anexo F- Autorização para Utilização do Questionário SF-36v2 – Prof. Doutor Pedro Ferreira

 **Pedro Lopes Ferreira** <pedrof@fe.uc.pt>
seg 19-02, 00:06
Você ↕

Responder | ▾

Sinalizar para seguimento. A iniciar em domingo, 25 de Fevereiro de 2018. A concluir em domingo, 25 de Fevereiro de 2018.

Erma Senhora Drª Nathalie Carvalho,

É com muito gosto que a autorizo a utilizar a versão portuguesa do SF-36

Melhores cumprimentos.


Pedro L Ferreira

Pedro Lopes Ferreira
Prof. Associado com Agregação
pedrof@fe.uc.pt

Av. Dias da Silva, 165
3004-512 Coimbra - Portugal
Tel: +351 239 790 552 / 507
Fax: +351 239 790 514

 **FEUC**

FEUC - FACULDADE DE ECONOMIA
CEISUC - CENTRO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

 **CEISUC**

...