

Interferência da queixa de tontura na qualidade de vida dos idosos cadastrados na UBS do bairro Araçás, Vila Velha/ES

Artigo Original

Recebido em 12/06/2009
Aprovado em 13/07/2009

Interference of the complaint of giddiness in the quality of life of the aged ones registered in cadastre in the UBS of the Araçás quarter, Vila Velha/ES

Geovana Teodoro Rosetti Cabral¹, Lorena Bernardes Correa², Silvana Rocha da Silveira³, Rafaella Papalino Lopes⁴

1) Graduação (Fisioterapeuta)

2) Graduação (Fisioterapeuta)

3) Fisioterapeuta-Mestre em Ciências da Reabilitação Neuro-Motora pela UNIBAN. (Fisioterapeuta- Professora da Faculdade Comunitária de Taubaté- UNIANHAGUERA/SP.)

4) Fisioterapeuta-Mestre em Ciências Fisiológicas pela Universidade Federal do Espírito Santo-UFES. (Fisioterapeuta-Professora da disciplina de Geriatria e Gerontologia, e Supervisora de estágio Saúde do Idoso da UBS do Divino Espírito Santo - Vila Velha / ES do Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade Novo Milênio.)

Faculdade Novo Milênio

R: Henrique Laranja, nº 44, apto. 103-C, Centro- Vila Velha/ES - Tel. (27) 3031-6149/ 9291-7270, e-mail: geovanatr@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O aumento da expectativa de vida é uma das grandes conquistas do século XX. O envelhecimento populacional está ocorrendo de modo acelerado, com aumento relevante na prevalência de doenças crônico-degenerativas. A tontura tem sido considerada uma síndrome geriátrica, atribuindo aos idosos maior vulnerabilidade aos desafios circunstanciais. **Objetivo:** Analisar as condições sociodemográficas e a qualidade de vida dos idosos com queixa de tonturas cadastrados na região da UBS do bairro Araçás, Vila Velha/ES. **Método:** Estudo transversal descritivo, realizado com idosos no período de Agosto a Setembro de 2007. Foi realizado em duas etapas, a primeira com aplicação de 2 formulários semi-estruturados, um para triagem dos idosos com queixa de tontura e o outro para analisar o perfil multidimensional, na segunda, os idosos foram submetidos à aplicação do questionário *Dizziness Handicap Inventory* (DHI) que investiga a interferência da tontura na qualidade de vida. A análise foi descritiva de dados e realizada através do programa de computador Microsoft Excel. **Resultados:** A amostra total constitui-se de 72 idosos, sendo que 34 (47,22%) relataram queixa de tontura, 26 (36,11%) apresentaram um escore total do DHI superior a 18 pontos, com média de 48,61 pontos. Na análise das médias dos escores do DHI em cada domínio, o domínio funcional foi o mais comprometido, seguido do emocional e físico. **Conclusão:** Na análise dos resultados verificamos que a queixa de tontura apresenta uma prevalência considerável, indicando que esta sintomatologia pode comprometer a qualidade de vida dos idosos.

Descritores: Idoso, DHI - versão brasileira, qualidade de vida, tontura.

ABSTRACT

Introduction: The increase of the life expectancy is one of the great conquests of century XX. The population aging is occurring in sped up way, with excellent increase in the prevalence of chronic-degenerative illnesses. Giddiness has been considered a geriatric syndrome, attributing to aged the greater vulnerability to the circumstantial challenges. **Aim:** To analyze the sociodemographic conditions and the quality of aged life of with complaint of giddiness registered in cadastre in the region of the UBS of the Araçás quarter, Vila Velha/ES Village. **Method:** Descriptive transversal study, carried through with aged in the period of August the September of 2007. It was carried through in two stages, first with application of 2 forms half-structured, one for selection of the aged ones with giddiness complaint and the other to analyze the multidimensional profile, in second, the aged ones had been submitted to the application of the questionnaire *Dizziness Handicap Inventory* (DHI) that it investigates the interference of giddiness in the quality of life. The analysis was descriptive of data and carried through through the program of computer Microsoft Excel. **Results:** The total sample consists of 72 aged ones, being that 34 (47,22%) had told giddiness complaint, 26 (36,11%) had presented one props up total of the superior DHI the 18 points, with average of 48,61 points. In the analysis of the averages of it props up them of the DHI in each domain, the functional domain was compromised, followed of emotional and the physical one. **Conclusion:** In the analysis of the results we verificamos that the giddiness complaint presents a considerable prevalence, indicating that this sintomatologia can compromise the quality of life of the aged ones.

Keywords: Aged, DHI - Brazilian version, quality of life, giddiness.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida é uma das grandes conquistas do século XX⁽¹⁾. Dados do IBGE, estimam que, em 2050 o número de idosos será provavelmente, superior ao de jovens abaixo de 15 anos, colocando o Brasil como sexto país do mundo em número de idosos⁽²⁾.

A tendência ao envelhecimento populacional está acarretando mudanças profundas em todos os setores da sociedade⁽³⁾. De acordo com a Organização Mundial da Saúde⁽⁴⁾ a longevidade se constitui num grande desafio para o século XXI, Cotta et al⁽⁵⁾, avaliam que este processo ocasiona um crescente e profundo impacto em todos os âmbitos da sociedade, mas é na saúde que tem maior transcendência, tanto por sua repercussão nos diversos níveis assistenciais, como pela demanda por novos recursos e estruturas. No Brasil, o envelhecimento populacional está ocorrendo de modo acelerado, com aumento relevante na prevalência de doenças crônico-degenerativas, apresentando pelo menos cinco doenças concomitantes^(6,7).

Geralmente o envelhecimento humano vem acompanhado da fragilização da pessoa idosa os níveis bio/psico/social, levando a uma diminuição na capacidade adaptativa do idoso frente às novas vivências, modificações sociais e familiares, e às realizações das atividades laborais⁽⁸⁻¹¹⁾.

A tontura tem sido considerada como uma síndrome geriátrica, condição de saúde multifatorial decorrente do efeito acumulativo dos déficits nos múltiplos sistemas, atribuindo aos idosos maior vulnerabilidade aos desafios circunstanciais, e pode originar-se de distúrbios primários ou secundários do sistema vestibular em aproximadamente 85% dos casos⁽¹²⁾.

A tontura é a ilusão de movimento do próprio indivíduo ou do ambiente que o circunda. Este sintoma pode ser causado por uma disfunção em qualquer segmento dos sistemas relacionados ao equilíbrio corporal. Quando a tontura adquire caráter rotatório é denominada vertigem⁽¹³⁾.

Esta sintomatologia é extremamente frequente em todo o mundo, ocorrendo em todas as faixas etárias, principalmente em adultos e idosos. Até os 65 anos de idade, a tontura é considerada o segundo sintoma de maior prevalência mundial, após esta idade, é o sintoma mais comum, em indivíduos com idade superior a 75 anos, esta prevalência é da ordem de 80%⁽¹³⁾.

O paciente com tontura, habitualmente relata dificuldade de concentração mental, perda de memória e fadiga. A insegurança física gerada pela tontura e pelo desequilíbrio pode conduzir à irritabilidade, perda de autoconfiança, medo de sair sozinho, ansiedade, depressão ou pânico⁽¹⁴⁾. Na intenção de reduzir estes sintomas desagradáveis, os idosos restringem suas atividades profissionais, sociais e domésticas, piorando a qualidade de vida (QV)⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Diante da atual transição demográfica e epidemiológica, este estudo objetivou analisar as condições sociodemográficas e

a qualidade de vida dos idosos com queixa de tontura, pertencentes à região da UBS do bairro Araçás, Vila Velha/ES.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado de um estudo transversal descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Salesiana de Vitória, protocolo número 019/07, sendo desenvolvido na região da Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Araçás em Vila Velha/ES, no período de Agosto a Setembro de 2007. Foram utilizados como critérios de inclusão, idosos que apresentaram idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os gêneros, que estivessem cadastrados na UBS do bairro Araçás. Foram excluídos todos os idosos que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, idosos com diagnóstico de demência, os que se encontravam acamados ou com déficit visual ou auditivo que não utilizavam recursos adaptativos (lentes corretivas ou aparelho auditivo).

Este estudo foi desenvolvido em duas etapas, a primeira constituiu-se da aplicação de dois formulários semi-estruturados, um com a finalidade de realizar a triagem dos indivíduos com queixa de tontura e o outro com o intuito de analisar o perfil multidimensional dos participantes. Na segunda, os participantes previamente selecionados, foram submetidos à aplicação do questionário *Dizziness Handicap Inventory* (DHI). Este é o único questionário traduzido para o português, com a finalidade de investigar a interferência da tontura na qualidade de vida por meio da autopercepção do indivíduo, quanto às dificuldades que a disfunção pode trazer no seu dia-a-dia⁽¹⁸⁾.

O DHI é composto por vinte e cinco questões, sendo sete (7) referentes ao aspecto físico, nove (9) ao aspecto emocional e nove (9) questões ao aspecto funcional. As respostas determinadas são sim, às vezes e não, com pontuação de 4, 2 e 0 pontos respectivamente, sendo a pontuação máxima de 28 pontos para o aspecto físico, 36 pontos para o aspecto emocional e funcional separadamente, totalizando um escore de 100 pontos, indicando que quanto maior o escore do DHI, maior é o comprometimento da QV destes indivíduos.

Os resultados apresentados neste estudo referem - se apenas aos idosos que apresentam queixa de tontura.

Os dados da pesquisa foram registrados em planilhas do programa de computador Microsoft Excel, e a análise estatística foi descritiva de dados.

RESULTADOS

No período de Agosto a Setembro de 2007, foram entrevistados 72 indivíduos, deste total, 34 idosos (47,22%), apresentaram queixa de tontura, com idades variando entre 60 a 95 anos, e média foi de idade de 74,44 anos ($\pm 9,04$). Dos 34 idosos, 24 pertenciam ao sexo feminino e 10 masculino, 19 apresentava-se com estado civil casado, 24 com baixo grau de escolaridade e 14 com renda salarial de apenas um salário mensal (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das frequências absoluta e relativa das características sociodemográficas dos idosos que apresentaram queixa de tontura (n=34)

	Categoria	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Gênero	Masculino	10	29,41
	Feminino	24	70,58
Estado civil	Solteiro	0	0
	Casado	19	55,88
	Divorciado	3	8,82
	Viuvo	12	35,29
Arranjo de moradia	Sozinho	7	20,58
	Cônjuge	18	52,94
	Filhos	9	26,47
Grau de escolaridade	Analfabeto	4	11,76
	1º grau	24	70,58
	2º grau	6	17,64
	3º grau	0	0
Renda Salarial	1	14	41,17
	2	13	38,23
	3	5	14,70
	>4	2	5,88

Das doenças mais encontradas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a mais relatada em 29 idosos (85,29%), o uso de medicamentos foi encontrado em 33 indivíduos (97,05), sendo que 18 (52,94%) afirmaram fazer uso de 1 a 3 medicamentos diariamente.

O número médio de doenças por idosos foi de 2,82 com o máximo de 6 seis doenças, sendo que 47,05% apresentaram 1 ou 2 doenças, 41,17% 3 ou 4 doenças, e 11,76% 5 ou 6 doenças (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das frequências absoluta e relativa das doenças e da quantidade de medicamentos dos idosos que apresentaram queixa de tontura (34)

	Categorias	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Doenças mais encontradas	HAS	29	85,29
	Artrose	19	55,88
	Osteoporose	13	38,23
	Diabetes melitus	10	29,41
Medicamentos	Sim	33	97,05
	Não	1	2,94
Quantidade de medicamentos	1 a 3	18	52,94
	4 a 6	13	38,23
	>6	3	8,82

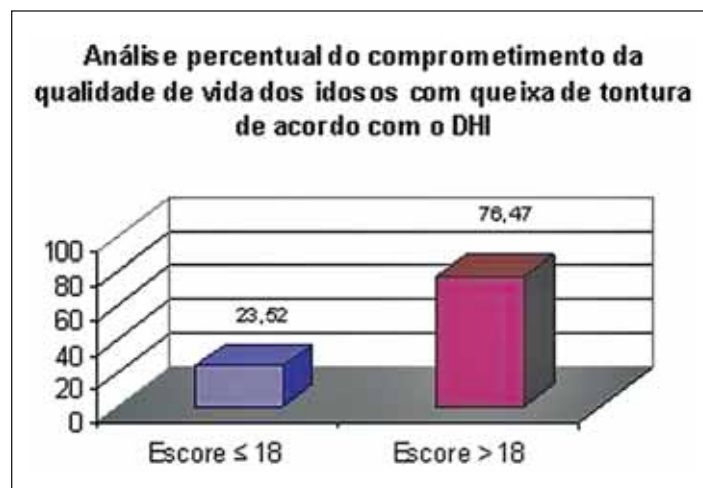
HAS = hipertensão arterial sistêmica

Dos 34 idosos que apresentaram queixa de tontura, 18 (52,94%) relataram tontura do tipo rotatória, tendo como sintomas mais comuns a cefaléia em 18 (52,94%) e vômito em 17 indivíduos, tempo de início de anos em 28 (82,35%), e como fator desencadeante mais encontrado, levantar da posição deitada com 11 (32,35%). Destes total da amostra, 23 (67,64%) relataram algum tipo de queda no último ano (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das frequências absoluta e relativa do tipo, dos sintomas, do tempo de início dos sintomas e dos fatores desencadeantes da tontura dos idosos que apresentaram queixa de tontura (34)

	Categorias	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Tipo de tontura	Rotatória	18	52,94
	Não rotatória	16	47,05
Sintomas	Vômito	17	50
	Sudorese	10	29,41
	Palidez	4	11,76
	Náusea	11	32,35
	Cefaléia	18	52,94
Tempo de início dos sintomas	Não sabe dizer	7	20,58
	Dias	3	8,82
	Meses	0	0
	Anos	28	82,35
Fatores desencadeantes	Não sabe dizer	3	8,82
	Movimentos rápidos da cabeça	6	17,64
	Levantar da posição deitada	11	32,35
	Quando deitada	3	8,82
	Quando abaixa	1	2,94
	Durante a atividade física	3	8,82
	Quando ansioso	6	17,64
	Quando come gordura	3	8,82
	Não sabe dizer	1	2,94
	Queda	Sim	23
Não		11	32,35

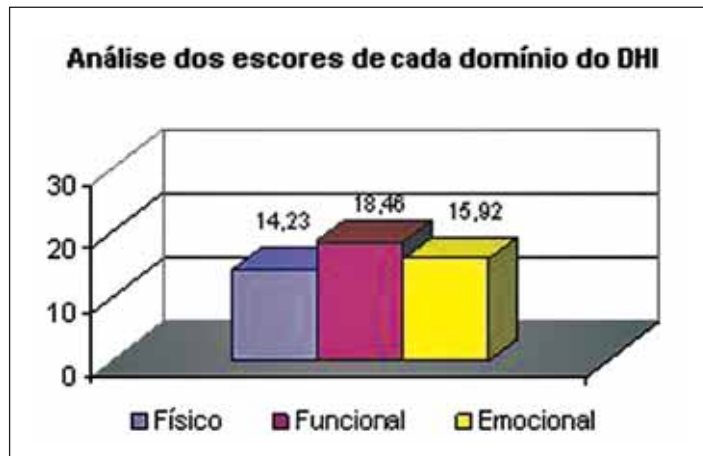
Os resultados da análise percentual do comprometimento da qualidade de vida dos 34 idosos que relataram queixa de tontura de acordo com o DHI pode ser observado no gráfico 1, onde 76,47% dos indivíduos apresentaram escore maior de 18 pontos.



Legenda: DHI = Dizziness Handicap Inventory

Gráfico 1 – Análise percentual do comprometimento da qualidade de vida dos idosos com queixas de tontura de acordo com DHI (Dizziness Handicap Inventory), escores ≤ 18 pontos e > 18 pontos (n=34).

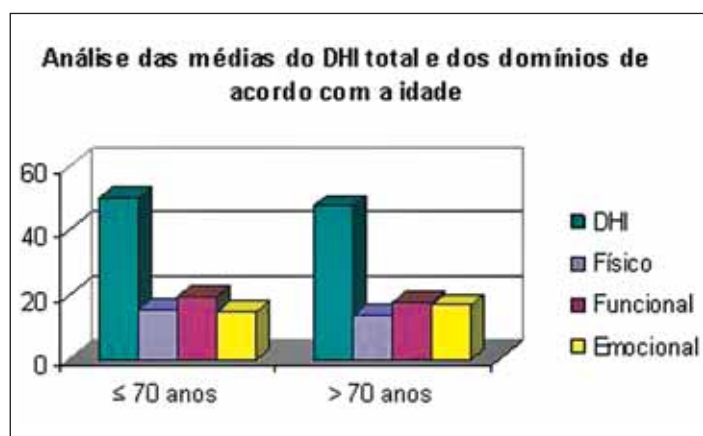
O gráfico 2 representa os resultados do grau de comprometimento da qualidade de vida dos idosos com queixa de tontura (n=34), referente aos domínios físico (14,23), funcional (18,46) e emocional (15,92) expressos em médias.



Legenda: DHI = Dizziness Handicap Inventory

Gráfico 2 – Análise dos escores de cada domínio do DHI: físico, funcional e emocional, valores expressos em médias (n=34)

A análise das médias do DHI total e dos domínios físico, funcional e emocional de acordo com a faixa etária (\leq a 70 anos e $>$ 70 anos), pode ser verificada pelo gráfico 3.



Legenda: DHI = Dizziness Handicap Inventory

Gráfico 3 – Análise das médias do DHI total e dos domínios: físico, funcional e emocional de acordo com a idade \leq 70 anos e $>$ 70 anos (n=34)

DISCUSSÃO

O presente estudo adveio da necessidade de conhecer as condições sociodemográficas e a analisar interferência da tontura na qualidade de vida dos idosos da comunidade em estudo, visto que os indivíduos com idade igual ou superior a sessenta anos, devido ao próprio processo de

envelhecimento, estão mais propensos a sofrerem declínio gradual de suas funções, o que favorece o aparecimento de doenças crônicas que levam à incapacidade e à dependência funcional.

A população do presente estudo caracterizou-se sociodemograficamente pelo predomínio do gênero feminino, com idade máxima de 95 anos e média de idade de 74,44 anos. Estes achados são semelhantes aos estudos realizados por Ramos et al⁽¹⁹⁾, sobre o perfil dos idosos em uma área da região sudeste, onde encontraram 60% dos idosos do sexo feminino, e Andrade⁽²⁰⁾, que confirmaram que 8 entre 11 dos idosos entrevistados eram mulheres, este fato destaca o processo de feminização no envelhecimento populacional devido à maior esperança de vida entre as mulheres.

Mastroeni et al⁽²¹⁾, ao estudar o perfil demográfico de uma região, constatou que a maioria (62%) dos idosos vivia com o cônjuge, estes dados são semelhantes ao encontrados em nossos estudos, onde a maioria dos idosos entrevistados encontravam-se casados (55,88%).

Ao analisar o grau de escolaridade, verificamos que a população em estudo apresentava número reduzido de analfabetos (11,76%) e elevada proporção de idosos com primeiro grau completo (70,58%). Estes dados diferem do resultado do estudo populacional realizado por Ramos et al⁽¹⁹⁾, que ao traçar o perfil de uma área metropolitana da região sudeste, constataram maior prevalência da população analfabeta com 35%, seguida do primeiro grau completo (26%).

É importante ressaltar, que esses percentuais mudam significativamente em relação às áreas de residência, o índice de analfabetismo aumenta para 46,8% na periferia, enquanto que o nível pós-elementar aumenta para 53% na região central⁽¹⁹⁾.

Gazzola et al⁽²²⁾, descreveram em seus estudos, que quanto maior o número de doenças, menor é a capacidade do desempenho do equilíbrio funcional do idoso. Em nosso estudo verificamos a prevalência máxima de seis doenças, contudo, a média de doença foi de 2,82 por idoso, tendo como principal doença a hipertensão arterial sistêmica (HAS), este resultado é concordante com os encontrados por Ramos et al⁽¹⁹⁾ que demonstram que a maioria dos idosos (86%) referem pelo menos uma doença crônica.

Sloane et al⁽²³⁾ e Ganança et al⁽²⁴⁾, salientaram, que a polifarmacoterapia pode aumentar o risco de interações medicamentosas e de eventos adversos, e costuma piorar os sintomas da tontura, e de acordo com Gazzola et al⁽²⁵⁾ a utilização de cinco ou mais medicamentos concomitantes está associada ao maior risco de tontura em idosos. No atual estudo, identificamos que a maioria dos idosos fazia uso de medicamentos (97,05%), sendo a quantidade prevalente de um a três medicamentos (52,94%). Este resultado é concomitante ao de Garcia⁽²⁶⁾, que verificou que 72% dos idosos residentes na comunidade urbana utilizavam algum medicamento, com média de 2,05 medicamentos por paciente.

Ao investigarmos o tipo de tontura predominante nesta população, verificamos que houve predomínio da tontura rotatória (52,94%) em relação à tontura não rotatória (47,05%), este achado difere do estudo de Gazzola et al⁽²²⁾, no qual a tontura não rotatória (25%) predominou sobre a tontura rotatória (6,7%).

Sabe-se que a tontura é um dos mais importantes sintomas com influência negativa no bem-estar de indivíduos de ambos os sexos e de diferentes faixas etárias^(27,28,29), e a mais prevalente nos indivíduos idosos, que tendem a apresentar um equilíbrio corporal mais comprometido em relação aos jovens⁽³⁰⁾.

De acordo com os estudos de Caovilla et al⁽³¹⁾, a tontura mostra maior predileção pelo sexo feminino na proporção de 2:1, causando um maior número de queda.

Como fatores desencadeantes da tontura, relatados pelos idosos, verificamos que os mais encontrados foram: levantar da posição deitada (32,35%), movimentos rápidos da cabeça e ansiedade (17,64%), deitar, comer alimentos gordurosos e durante atividade física (8,82%), quando abaixa e não sabe dizer (2,94%), estes dados foram semelhantes aos encontrados nos estudos de Gazzola et al⁽²²⁾, no qual os sintomas mais apontados foram: levantar da posição deitada, virar a cabeça, virar o corpo, levantar da posição sentada e a ansiedade.

Tilvis et al⁽³²⁾, Grimby & Rosenhall⁽³³⁾, relatam que a presença de tontura está associada ao aumento do número de quedas e síncope, sequelas funcionais, neuromotoras, aumento do tempo de internação hospitalar e morte. Considerando a frequência da tontura e a morbidade associada, muita atenção deve ser dada à identificação das causas do desequilíbrio corporal.

As quedas estão fortemente associadas ao declínio da função física, que acompanha o processo de envelhecimento do indivíduo, que é representado no âmbito funcional, pela diminuição ou perda da habilidade de desempenhar ou cumprir as demandas da vida diária diante dos desafios ambientais⁽³⁴⁾.

Os estudos de Perracini & Ramos⁽³⁵⁾, mostraram prevalência de quedas no último ano em torno de 59,2%, estes dados são semelhantes aos encontrados em nosso estudo, onde 67,64% dos idosos entrevistados relataram pelo menos uma queda no último ano.

As alterações próprias do envelhecimento nos sistemas relacionados ao equilíbrio corporal, a maior possibilidade de doenças crônico-degenerativas e o uso crônico, por vezes múltiplo, de medicamentos, entre outros fatores, podem favorecer o aparecimento da tontura ou agravar a intensidade deste sintoma, provocando maior limitação física, funcional ou emocional nesta faixa etária, afetando alguns aspectos que envolvem a sua qualidade de vida⁽²⁵⁾, pois estas alterações frequentemente causam um risco maior de queda e conseqüentemente podem levar o idoso à morte⁽³⁶⁾.

Devido às diversas possibilidades da utilização do DHI brasileiro como ferramenta de medição, este estudo elegeu este instrumento para avaliar os efeitos deletérios provocados pela tontura na qualidade de vida⁽²⁵⁾.

Ao realizarem estudos sobre tontura por meio da aplicação do questionário DHI, Jacobson & Newman⁽³⁷⁾, sugeriram que a contagem do escore de indivíduos que apresentam tontura, deve apresentar uma pontuação de pelo menos 18 pontos, para indicar que há prejuízo em sua vida diária e comprometimento da sua qualidade de vida, os resultados da nossa pesquisa corroboram com os achados destes autores, visto que, constatamos um percentual de 76,47% de idosos com escore > 18 pontos.

De acordo com Castro et al⁽³⁶⁾, os aspectos emocionais (9) avaliados pelo DHI, investigam os efeitos incapacitantes provocados pela tontura sobre a qualidade de vida do indivíduo, como medo de sair desacompanhado ou ficar em casa sozinho, vergonha dos sintomas gerados pela tontura e sensação de incapacidade.

Já os aspectos físicos (7), apesar de possuírem um número menor de questões em relação aos demais aspectos, permitem avaliar o aparecimento e/ou piora dos sintomas provocados pela tontura, em relação ao movimento dos olhos, cabeça e corpo⁽³¹⁾.

Os autores Yardley & Putman⁽¹⁵⁾, Handa et al⁽³⁸⁾, afirmam de acordo com seus estudos, que a avaliação do aspecto funcional (9) permite constatar prejuízos no desempenho das atividades profissionais, domésticas, sociais, de lazer, além de avaliar a dependência para realização de determinadas tarefas. Nossos resultados são concordantes aos achados por estes autores, visto que o aspecto funcional obteve maior média (18,46) quando comparado aos aspectos emocionais (15,92) e físicos (14,23), indicando alteração na QV dos idosos em estudo.

Ao compararmos os grupos com idade ≤ 70 anos e > 70 anos, verificamos que o grupo ≤ 70 anos obteve maior média do DHI total (49,81 pontos), e ao analisarmos cada domínio separadamente, constatamos que o aspecto funcional obteve maior média (19,63 pontos) entre os aspectos, seguido pelos aspectos físico (15,27 pontos), e emocional (14,90 pontos), quando comparado ao grupo > 70 anos. Estes dados corroboram com os achados nos estudos de Santos e Garcia⁽³⁹⁾, onde houve predomínio do aspecto funcional, entretanto, os achados destes mesmos autores são discordantes do nosso estudo, à medida que o aspecto emocional obteve maior pontuação que o aspecto físico.

No atual contexto demográfico e epidemiológico que o Brasil se encontra, muitos desafios serão encontrados no século XXI, dentre eles, será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com níveis socioeconômico e educacional baixos e uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis⁽¹⁹⁾. O processo de envelhecimento tem um impacto significativo em inúmeros fatores que afetam o desenvolvimento das sociedades e o relativo bem-estar, não só das pessoas idosas, mas também das populações jovens⁽²¹⁾.

Por se tratar de um grupo etário em rápido crescimento no mundo, as características sociodemográficas são imprescindíveis para o estabelecimento de políticas públicas de saúde que visem promover a saúde da população e controlar as doenças⁽²¹⁾.

Uma avaliação abrangente das condições clínicas do idoso é de extrema importância para o planejamento de ações que otimizem programa de promoção, prevenção, tratamento e recuperação funcional dos pacientes, visando à manutenção da capacidade funcional, autonomia e independência para a realização das AVD's e AIVD's, como previsto pela lei 8.080/90 do Sistema Único de Saúde⁽⁴⁰⁾.

CONCLUSÃO

Na análise dos resultados verificamos que a queixa de tontura apresenta uma prevalência considerável, indicando

que esta sintomatologia pode contribuir como um fator que compromete a qualidade de vida dos idosos nos aspectos físico, funcional e emocional.

Torna-se necessário enfatizar que as questões relacionadas ao envelhecimento devem ocupar lugar de destaque na agenda dos gestores de saúde, de modo a propiciar uma adequada condução no planejamento dos serviços com uma abordagem multidisciplinar que vise programas de promoção, prevenção, tratamento e recuperação funcional dos idosos, minimizando os riscos e morbidades associados a quedas e ao isolamento social do indivíduo.

FONTES CONSULTADAS

1. Araujo, MAS; Nakatani, AYK; Silva, LB; Bachion, MM. Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em aparecida de goiânia-GO. Rev UFG, 2003; 5(2): 1-6.
2. IBGE. Censo Demográfico de 2000. Rio de Janeiro, 2000.
3. Pereira, RJ; Cotta, RJP; Mitre, RM; Franceschini, SCC; Ribeiro, RCL; Sampaio, RF; Priore, SE; Cecon, PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev Psiquiatr, 2006; RS, 28(1):27-38.
4. OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad. Suzana Contijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
5. Cotta, RMM; Suarez-Varela, MM; Cotta Filho, JS; Llopis Gonzalez, A; Dias Ricós, JA; Real, ER. La hospitalización domiciliar ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. Rev Panam Salud Publica, 2002; 11(4):253-61.
6. Kalache, A. Envelhecimento no contexto internacional. A perspectiva da Organização Mundial da Saúde. Anais. Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: Uma Agenda Para O Final Do Século; 1996; Brasília:MPAS, SAS.
7. Silvestre, JA. Diagnóstico sobre o processo de envelhecimento populacional e a situação do idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Almeida, LGD; Leão, IO; Oliveira, JB; Santos, MMO. Promover a vida: uma modalidade da fisioterapia no cuidado à saúde de idosos na família e na comunidade. Rev Saúde Com, 2006; 2 (1): 50-58.
9. Delisa, AJ. Medicina de reabilitação: princípio e prática. Manole, p. 475, 1992. apud Silveira, SR. Análise comparativa de duas linhas de tratamento para pacientes portadores de disfunção vestibular periférica com idade igual ou superior a sessenta anos. [tese] São Paulo: Universidade Bandeirante de São Paulo, 2001.
10. Netto, M; Ponte, JR. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Papaléo Netto, M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São paulo: Atheneu; 2002. p.3-12.
11. Guccione, AA. Fisioterapia geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
12. Tinetti, MR; Mendes de Leon, CFF; Doucette, JT; Baker, DI. Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. J Gerontol. 1994; 49(3):M140-M147.
13. Ganança, MM; Caovilla, HH. Desequilíbrio e reequilíbrio. In: Ganança, MM. Vertigem tem cura? São Paulo: Lemos Editorial, 1998; p. 13-19.
14. Ganança, MM; Caovilla, HH; Ganança, FF. Como lidar com a vertigem no idoso. São Paulo: 1996; Janssen-Cilag.
15. Yardley, L; Putman, J. Quantitative analysis of factors contributing to handicap and distress in vertiginous patients: a questionnaire study. Clin Otolaryngol. 1992; 17(3): 231-236.
16. Enloe, LJ.; Shields, RK. Evaluation of health - related quality of life in individuals with vestibular disease using disease - specific and general outcome measures. Phys. Ther., New York (US), 77(9), p. 890-903, sep. 1997; 37(9), p.1411-1421, set. 2004.
17. Ganança, FF; Perracini, MR; Ganança, CF. Reabilitação dos distúrbios do equilíbrio corporal. In: Ganança, MM. (Ed.). Vertigem: abordagens diagnósticas e terapêuticas. São Paulo: Lemos, 2002.
18. Silveira, SR. Análise comparativa de duas linhas de tratamento para pacientes portadores de disfunção vestibular periférica com idade igual ou superior a sessenta anos. [tese] São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação Neuro-Motora da Universidade Bandeirante de São Paulo, 2001; 16p.
19. Ramos, LR; Rosa, TEC; Oliveira, ZM; Medina, MCG; Santos, FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev Saúde Pública, 1993; 27(2):87-94.
20. Andrade, OG. Representações sociais de saúde e de doença na velhice. Acta scientiarum, 2003; 5(2): p. 207-212.
21. Mastroeni, MF; Erzingher, GS; Mastroeni, SSBS; Silva, NN; Marucci, MFN. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: Estudo de base domiciliar. Rev Bras epidemiol, 2007; 10(2).
22. Gazzola, JM; Perracini, MR; Ganança, MM; Ganança, FF. Fatores associados ao equilíbrio funcional em idosos com disfunção vestibular crônica. Rev Bras Otorrinolaringol, 2006; 72(5).
23. Sloane, PD; Baloh, RW; Honrubia, V. The vestibular system in the elderly: clinical implications. Am J Otolaryngol, 1989; 10(6):422-9.
24. Ganança, MM; Caovilla, HH; Munhoz, MSL; Silva, MLG. Alterações da audição e do equilíbrio corporal no idoso. Rev Bras Med, 1999;56(10):995-1011.
25. Gazzola, JM; Ganança, FF; Aratani, MC; Perracini, MR; Ganança, MM. Caracterização clínica de idosos com disfunção vestibular crônica. Rev Bras Med Otorrinolaringol, 2006; 72(4): 515 - 22.
26. Garcia, JT. Padrão de uso de medicamentos em idosos residentes na comunidade urbana: a importância de polimedicação. (projeto EPIDOSO) [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina; 2000.
27. Boaglio, M; Soares, LCA; Ibrahim, CSMN; Ganança, FF; Cruz, OLM. Doença de Ménière e vertigem postural. Rev Bras Otorrinolaringol, 2003; 69(1):69-72.
28. Ganança, MM; Munhoz, MSL; Caovilla, HH; Silva, MLG. Condutas na vertigem. São Paulo: Moreira Jr, 2004.
29. Pérez, N; Martinm E; Zubieta, JL; Romero, MD; Garcia-Tapia, R. Benign paroxysmal positional vertigo in patients with Ménière's disease treated with intratympanic gentamicin. Laryngoscope, 2002; 112(6):1104-9.
30. Ganança, FF; Castro, ASO; Branco, FC; Natour, J. Interferência da tontura na qualidade de vida de pacientes com síndrome vestibular periférica. Rev. Bras otorrinolaringol, 2004; 70(1).
31. Caovilla, HH; Ganança, MM; Munhoz, MSL; Silva, MLG; Frazza, MM. O valor da nistagmografia computadorizada. Rev Bras Med Otorrinolaringol, 1997; 4(5):158-63.
32. Tilvis, RJ; Hakula, SM; Valvanne, J; Erkinjuntti, T. Postural hypotension and dizziness in a general aged population: a four-year follow-up of the Helsinki Aging Study. J Am Geriatr Soc, 1996; 44:809-14.
33. Grimby, A; Rosenhall, U. Health-related quality of life and dizziness in old age. Gerontology, 1995; 41:286-98.
34. Somocelli, L; Moreira, R; Bittar, S; Bottino, MA; Bento RF. Perfil diagnóstico do idoso portador de desequilíbrio corporal: resultados preliminares. Rev Bras Otorrinolaringol, 2003; 69(6).
35. Perracini, MR; Ramos, LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. Rev Saúde Pública, 2002; 36(6): 709-716.
36. Castro, ASO; Gazzola, JM; Natour, J; Ganança, FF. Versão brasileira do Dizziness Handicap Inventory. Rev de atualização científica-pró-fono, 2007; 19(1): p. 97-104.
37. Jacobson, G. P; Newman, C. W. The development of the dizziness handicap inventory. Arch Otolaryngol. Head Neck Surg., Chicago (US), 1990; 116(4): p. 424-427.
38. Handa, PR; Kuhn, AMB; Cunha F; Schafflein, R; Ganança, FF. Qualidade de vida em pacientes com vertigem posicional paroxística benigna e/ou doença de Ménière. Rev Bras Otorrinolaringol, 2005; (6): 776-83.
39. Santos, JB; Garcia AP. Estudo do impacto da qualidade de vida de indivíduos portadores de tontura. Rev Acta ORL, 2007; 25(2): p. 152-156.
40. Lei 8.080. http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21203. acesso 11/10/2007.