

Evaluation of quality of life pre- and post-vestibular rehabilitation in patients with benign paroxysmal positional vertigo associated with Meniere's disease

Avaliação da qualidade de vida de pacientes com vertigem posicional paroxística benigna associada à doença de Ménière pré e pós reabilitação vestibular

Dayra Dill Socher¹, Jan Alessandro Socher², Viviane Jacintha Bolfe Azz³.

1) Fisioterapeuta.

2) Doutorado em Otorrinolaringologia pela Universidade de São Paulo. Professor da Disciplina de Otorrinolaringologia da Fundação Universidade Regional de Blumenau.

3) Mestrado em Fisioterapia pela Universidade Metodista de Piracicaba. Professora da Disciplina de Cinesiologia do curso de Fisioterapia da Fundação Universidade Regional de Blumenau.

Instituição: FURB - Fundação Universidade Regional de Blumenau.
Blumenau / SC – Brasil.

Endereço para correspondência: Dayra Dill Socher - Alameda Duque de Caxias, 145 - Sala 306 - Bairro Centro – Blumenau / SC – Brasil - CEP: 89015-010 – Telefone: (+55 47) 3035-4640 - E-mail: ftdayra@yahoo.com.br

Artigo recebido em 30 de outubro de 2011. Artigo aprovado em 22 de julho de 2012.

RESUMO

Introdução: A vertigem é um sintoma de impacto sobre a qualidade de vida do indivíduo, fazendo com que deixe de realizar atividades da vida diária. Destacam-se a VPPB e a doença de Ménière, cujos sintomas são exacerbados quando aparecem associadas. Atualmente, a reabilitação vestibular demonstra ser um tratamento eficaz na redução das vertigens, especialmente quando aplicada em conjunto com outras terapias.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de pacientes com VPPB e DM pré e pós-reabilitação vestibular.

Método: Estudo de casos descritivo observacional, quali-quantitativo, com amostra de 12 indivíduos com idade entre 35 a 86 anos. Todos tinham diagnóstico de VPPB associada a DM e tratamento em clínica de Otorrinolaringologia. O questionário DHI-brasileiro que avalia a qualidade de vida nos aspectos físico, emocional e funcional foi utilizado para coleta de dados. Foi respondido pelos pacientes antes da primeira sessão e após a quinta sessão de RV. Os dados foram submetidos aos testes de normalidade Shapiro-Wilk, de Wilcoxon, Friedman e correlação de Spearman ($p < 0,05$).

Resultados: Observou-se uma melhora significativa nos escores de todos os aspectos, com valores medianos variando de 12 para 0 no físico, de 06 para 01 no emocional e de 11 para 01 no funcional. Não foram observadas correlações entre os escores e as características da amostra.

Conclusão: A RV mostrou ser um método eficaz para o tratamento de pacientes com VPPB associada à DM, melhorando a qualidade de vida dos mesmos, com maior influência sobre o escore do aspecto físico, independente da idade ou gênero.

Palavras-chave: qualidade de vida, vertigem, doença de Ménière, reabilitação.

INTRODUÇÃO

A tontura apresenta alta incidência na população mundial e atualmente, o impacto que as doenças vestibulares causam na qualidade de vida do indivíduo tem sido cada vez mais investigado. Muitos pacientes com tontura restringem as atividades do cotidiano e de lazer, com o intuito de reduzir o risco de aparecimento deste sintoma desagradável e assustador, bem como para evitar o embaraço social e o estigma que eles podem causar (1).

A vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) é uma doença de elevada incidência mundial, e pode ser considerada como a afecção vestibular mais frequente (2). Existem poucas publicações correlacionando a VPPB à doença de Ménière (DM) e a influência destas na qualidade

de vida dos pacientes (3,4). O diagnóstico simultâneo de VPPB e DM podem agravar os sintomas de tontura e, assim, piorar a qualidade de vida, pois o desconforto gerado pelos sintomas pode alterar de forma relevante a capacidade de realizar as suas habituais tarefas (4).

Para fins de avaliação, entre os instrumentos existentes, destaca-se o *Dizziness Handicap Inventory (DHI)*, validado internacionalmente. Tal questionário avalia a autopercepção dos efeitos incapacitantes impostos pela vertigem na qualidade de vida, abrangendo os aspectos físico, emocional e funcional, sendo importante para avaliar como o indivíduo está no início do tratamento e monitorar sua evolução (1) – (Quadro 1).

No tratamento dos pacientes vertiginosos, podem-se utilizar medicamentos, a reabilitação vestibular (RV) e,

mais raramente, procedimentos cirúrgicos (5). A RV tem sido empregada como uma estratégia no tratamento de vestibulopatias, pois tenta proporcionar segurança ao indivíduo e integrá-lo ao seu meio social. Tal abordagem visa promover a estabilização visual, a melhora do equilíbrio estático e dinâmico, a diminuição da sensibilidade durante o movimento cefálico e o aprimoramento da função global do paciente, por meio de manobras de estimulação visual, proprioceptiva e vestibular (6).

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida dos pacientes com VPPB associada à DM, pré e pós RV utilizando o DHI-versão brasileira como instrumento de avaliação.

MÉTODO

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética na pesquisa em Seres Humanos da Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), sob o protocolo 180/09. A

amostra foi composta por 12 voluntários com diagnóstico de doença de Ménière associada a vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) do canal posterior, de ambos os gêneros, atendidos em clínica especializada em Otorrinolaringologia, durante o período de outubro à dezembro de 2009. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico clínico e complementar através de eletrococleografia de doença de Ménière; identificação de nistagmo desencadeado pelas manobras de Dix-Hillpike e Teste de Posicionamento Lateral sob a monitorização da videonistagmografia; não iniciar ou manter tratamento medicamentoso no período entre as coletas; submeter-se à intervenção cirúrgica otológica; concordar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos os pacientes com sinais e sintomas de comprometimento vestibular de origem central; alterações musculoesqueléticas que comprometessem a realização das manobras (diagnósticas e terapêuticas); indivíduos que começaram a reabilitação vestibular antes do preenchimento do questionário; pacientes submetidos à reabilitação vestibular com duração inferior a 5 sessões, considerando o período da pesquisa.

Quadro 1. Dizziness Handicap Inventory (DHI) – versão brasileira. Fonte: CASTRO, ASD et al. Versão brasileira do Dizziness Handicap Inventory. Pró-Fono. 2007; 19 (1): 97-104.

QUESTÕES	Sim	Não	Às vezes
1. Olhar para cima piora a sua tontura?	()	()	()
2. Você se sente frustrado(a) devido a sua tontura?	()	()	()
3. Você restringe suas viagens de trabalho ou lazer por causa da tontura?	()	()	()
4. Andar pelo corredor de um supermercado piora a sua tontura?	()	()	()
5. Devido a sua tontura, você tem dificuldade ao deitar-se ou levantar-se da cama?	()	()	()
6. Sua tontura restringe significativamente sua participação em atividades sociais tais como: sair para jantar, ir ao cinema, dançar ou ir a festas?	()	()	()
7. Devido a sua tontura, você tem dificuldade para ler?	()	()	()
8. Sua tontura piora quando você realiza atividades mais difíceis como esportes, dançar, trabalhar em atividades domésticas tais como varrer e guardar a louça?	()	()	()
9. Devido a sua tontura, você tem medo de sair de casa sem ter alguém que o acompanhe?	()	()	()
10. Devido a sua tontura, você se sente envergonhado(a) na presença de outras pessoas?	()	()	()
11. Movimentos rápidos da sua cabeça pioram a sua tontura?	()	()	()
12. Devido a sua tontura, você evita lugares altos?	()	()	()
13. Virar-se na cama piora a sua tontura?	()	()	()
14. Devido a sua tontura, é difícil para você realizar trabalhos domésticos pesados ou cuidar do quintal?	()	()	()
15. Por causa da sua tontura, você teme que as pessoas achem que você está drogado(a) ou bêbado(a)?	()	()	()
16. Devido a sua tontura é difícil para você sair para caminhar sem ajuda?	()	()	()
17. Caminhar na calçada piora a sua tontura?	()	()	()
18. Devido a sua tontura, é difícil para você se concentrar?	()	()	()
19. Devido a sua tontura, é difícil para você andar pela casa no escuro?	()	()	()
20. Devido a sua tontura, você tem medo de ficar em casa sozinho(a)?	()	()	()
21. Devido a sua tontura, você se sente incapacitado(a)?	()	()	()
22. Sua tontura prejudica suas relações com membros de sua família ou amigos?	()	()	()
23. Devido a sua tontura, você está deprimido(a)?	()	()	()
24. Sua tontura interfere em seu trabalho ou responsabilidades em casa?	()	()	()
25. Inclinar-se piora a sua tontura?	()	()	()

Legenda: Aspectos físicos – questões 1, 4, 8, 11, 13, 17 e 25; Aspectos funcionais – questões 3, 5, 6, 7, 12, 14, 16, 19 e 24; Aspectos emocionais – questões 2, 9, 10, 15, 18, 20, 21, 22 e 23. A cada resposta SIM – 4 pontos; ÀS VEZES – 2 pontos; NÃO – 0 pontos. O escore final é a somatória dos pontos obtidos em todos os aspectos.

As sessões foram realizadas uma vez por semana, individualmente, com duração de uma hora. A RV iniciou com a Manobra de reposicionamento canalicular de Epley, onde o indivíduo, sentado na maca, adota o decúbito dorsal e o terapeuta roda a cabeça para o lado do labirinto afetado. Após um minuto a cabeça é rodada para o lado oposto e o paciente é instruído a ficar em decúbito lateral do mesmo lado por mais um minuto, voltando a sentar ao final. Em seguida, foram iniciados os Exercícios de habituação de Brandt e Daroff, partindo da postura sentada na maca, o indivíduo deita-se em decúbito lateral (primeiro sobre o lado em que relata a tontura), fica na posição por 30 segundos ou até a tontura passar, então passa do decúbito lateral para sentado, espera o mesmo tempo e, após, deita-se para o lado oposto e espera novamente 30 segundos. O indivíduo foi ensinado e orientado a repetir estes exercícios em domicílio de 10 a 20 vezes ao dia. Além destes, foram realizados os Exercícios visuais de Cawthorne-Cooksey que constam de movimentos com os olhos abertos para cima e para baixo, para um lado e para o outro; estende um membro superior, focaliza o dedo enquanto aproxima e afasta o membro. Todos os movimentos são repetidos 20 vezes, começando devagar e progredindo para realizar mais rápido, estando o indivíduo sentado ou deitado. Em outro exercício o indivíduo fica sentado ou em pé movimenta somente a cabeça para frente e para trás, depois de um lado para outro, primeiro lentamente e depois rapidamente, com os olhos abertos e progredindo para realizar com os olhos fechados, durante 1 minuto cada movimento).

O DHI - versão brasileira foi preenchida pelos participantes antes de realizar a primeira sessão de RV e após a última sessão de tratamento. Os indivíduos foram instruídos a assinalar o item que melhor demonstrava a percepção sobre a influência da vertigem na sua qualidade de vida naquele momento, sendo as dúvidas sanadas pelos pesquisadores presentes durante a coleta. A ausência de sintomas/dificuldades foi assinalada “não” que correspondeu a 0 (zero); a presença ocasional dos sintomas/dificuldades foi assinalada “às vezes” e equivaliu a 02 (dois) pontos e a presença severa dos sintomas/dificuldades foi assinalada “sim” e equivaliu a 04 (quatro) pontos. O mínimo de pontuação do questionário é de 0 (zero) e o máximo de 100 pontos, sendo que 07 itens se referem ao aspecto físico, 09 ao funcional e 09 ao emocional (7).

Para a análise dos dados primeiramente empregou-se o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, procedendo-se com o teste de Wilcoxon para as comparações entre as coletas pré e pós reabilitação vestibular e o teste de Friedman para comparar o impacto dos aspectos físico, emocional e funcional, após normatizar os valores pelo cálculo da porcentagem segundo a pontuação máxima possível de ser obtida em cada item. Para avaliar a relação entre os aspectos, o escore total e as características da

amostra foi utilizado o teste de correlação de Spearman. Todas as análises foram processadas no software BioEstat 4.0 considerando $p < 0,05$.

RESULTADOS

No período estipulado para a coleta, foram atendidos 12 indivíduos que respeitavam os critérios de inclusão e de exclusão. Desses, 4 (33,33%) foram do gênero masculino e 8 (66,66%) do feminino, 100% da raça caucasiana e com idade entre 35 e 86 anos (média de $53,17 \pm 15,75$ anos) Referente à idade, 3 (25%) tinham menos de 40 anos, 6 (50%) com 40 a 59 anos e 3 (25%) com 60 anos ou mais (Tabela 1).

Observou-se uma redução significativa de todos os valores pós RV quando comparados ao escore pré, independente do aspecto. A mediana dos valores finais foi de zero para o aspecto físico, de um para o emocional e também um para o funcional, demonstrando o impacto favorável da terapêutica na qualidade de vida dos sujeitos (Tabela 2). Além disso, tem-se que a redução maior ou igual a 18 pontos resultante da diferença entre os escores do DHI pré e pós-tratamento é indicativa de obtenção de benefícios (1). Considerando tal afirmativa, verificou-se que 7 (58,33%) dos indivíduos tiveram redução maior que 18 pontos e 5 (41,67%) dos indivíduos não obtiveram redução inferior a 18 pontos, 3 (25%) não alcançaram tal pontuação na avaliação pré RV e, dessa forma, não seria possível uma redução de pontuação igual ou superior a 18. Na avaliação pós RV, 2 (16,6%) indivíduos que apresentaram pontuação igual ou superior a 18 pré RV, apesar de melhora nos aspectos avaliados, não tiveram redução do escore a ponto de alcançarem o valor indicado.

Para comparar os aspectos entre si, os valores brutos do escore foram normatizados em porcentagem, considerando 100% a pontuação máxima possível de ser obtida em cada aspecto. Após, foi realizada a comparação entre eles tanto no período pré quanto no pós RV. Na avaliação pré, verificou-se maior impacto dos aspectos físico e funcional comparado ao aspecto emocional na qualidade de vida dos indivíduos com VPPB associada à DM. Após o programa de RV não se detectou predomínio entre os aspectos, porém quando se analisa a diferença entre os valores pré e pós RV, tem-se que a prática da mesma tem maior influência no aspecto físico que no emocional dos indivíduos (Tabela 3).

Na primeira avaliação (pré RV), a correlação entre os aspectos físico e funcional foi moderadamente positiva e entre os aspectos emocional e funcional fortemente positiva, indicando a inter-relação de tais fatores na qualidade de vida dos voluntários, ou seja, o aspecto funcional influencia e é influenciado pelos aspectos físico e emoci-

Tabela 1. Caracterização da amostra. DHI (versão brasileira) pré e pós reabilitação vestibular (n = 12).

Sujeito	Idade	Gênero	DHI - Pré	DHI - Pós	Diferença entre DHI pré e pós
01	36	Masculino	60	12	48
02	86	Masculino	32	08	24
03	64	Masculino	12	0	12
04	35	Feminino	62	06	56
05	38	Feminino	44	22	22
06	50	Feminino	18	04	14
07	41	Feminino	14	0	14
08	57	Feminino	58	14	44
09	74	Feminino	60	04	56
10	48	Feminino	24	0	24
11	59	Masculino	14	0	14
12	50	Feminino	22	06	16

Tabela 2. Valores medianos do escore obtido com o preenchimento do questionário DHI (versão brasileira) pré e pós-reabilitação vestibular. Aonde MD = mediana; AIQ = amplitude interquartílica (n = 12).

Variáveis		Pré	Pós
Aspecto Físico	MD	12	0*
	AIQ	09	04
	Mínimo-Máximo	0 - 24	0 - 10
Aspecto Emocional	MD	06	01*
	AIQ	10	02
	Mínimo-Máximo	0 - 22	0 - 06
Aspecto Funcional	MD	11	01*
	AIQ	15,5	4,5
	Mínimo-Máximo	04 - 30	0 - 10
DHI total	MD	28	05*
	AIQ	41,5	09
	Mínimo-Máximo	12 - 62	0 - 22

*p < 0.01 quando comparado ao respectivo pré.

Tabela 3. Comparação entre a influência de cada aspecto no escore total do DHI (versão brasileira) apresentada por meio de valores de porcentagem, obtidos após normatização dos valores reais pela pontuação máxima possível de ser obtida em cada aspecto, pré e pós-reabilitação vestibular. Aonde MD = mediana; AIQ = amplitude interquartílica (n = 12).

Variáveis		Pré (%)	Pós (%)	Diferença (%)
Aspecto Físico	MD	42,85*	0	39,28*
	AIQ	32,14	14,28	17,86
	Mínimo-Máximo	0 - 85,71	0 - 35,71	0 - 64,29
Aspecto Emocional	MD	16,66	2,78	13,89
	AIQ	27,77	5,56	23,60
	Mínimo-Máximo	0 - 61,11	0 - 16,67	0 - 44,44
Aspecto Funcional	MD	30,55*	2,77	22,22
	AIQ	43,05	12,50	34,72
	Mínimo-Máximo	11,11 - 83,33	0 - 27,77	0 - 72,22

*p < 0.05 quando comparado ao respectivo aspecto emocional

onal. Já na avaliação pós RV não foram observadas correlações. No entanto, analisando a diferença (pré - pós), verificou-se uma correlação fracamente positiva entre os aspectos emocional e funcional (Tabela 4).

Nas avaliações pré e pós RV verificou-se a ausência de correlação entre as variáveis idade e gênero com os escores do DHI - versão brasileira, indicando que os resultados da RV não foram influenciados por tais características (Tabela 5).

Cabe ressaltar que o número amostral não permite a generalização dos resultados, porém, considerando a resposta obtida fica evidente a importância da RV. Em outro estudo realizado com 15 indivíduos que estavam

com VPPB associada à doença de Ménière foi visto que o aspecto físico foi o mais afetado (4), porém faltam estudos para comparar ambas as patologias e o tratamento de reabilitação vestibular.

DISCUSSÃO

Em relação ao gênero, houve prevalência do feminino com 75% da amostra, o que coincide com estudos prévios que encontraram uma prevalência de tontura e VPPB em 61,3% a 62,5% das pacientes do gênero feminino (8,9,10). Alguns autores sugerem que a variação hormonal natural apresentada pela mulher poderia estar relacionada a esta maior incidência, não elucidando totalmente tal

Tabela 4. Correlação entre os aspectos físico, emocional e funcional avaliados pelo escore do DHI (versão brasileira) pré e pós-reabilitação vestibular, bem como a diferença entre tais etapas. Aonde FIS = aspecto físico; EM = aspecto emocional; FUN = aspecto funcional; R = coeficiente de correlação de Spearman (n = 12).

	Pré				Pós				Diferença			
	EM		FUN		EM		FUN		EM		FUN	
	(R)	(p)	(R)	(p)	(R)	(p)	(R)	(p)	(R)	(p)	(R)	(p)
FIS	0.47	0.12	0.60	0.04*	0.46	0.13	0.57	0.06	0.55	0.06	0.47	0.12
EM			0.87	0.002*			0.34	0.27			0.71	0.01*

* aonde $p < 0,05$

Tabela 5. Correlação entre o escore do DHI (versão brasileira) e as variáveis idade e gênero nas avaliações pré e pós reabilitação vestibular. Aonde R = coeficiente de correlação de Spearman (n = 12).

Variável	<i>Dizziness Handicap Inventory</i> (DHI) – brasileiro			
	Pré		Pós	
	R	p	R	P
Idade	0,147	0,647	-0,213	0,506
Gênero	-0,308	0,329	-0,157	0,626

explicação (11). Já para a doença de Ménière (DM) isoladamente, há relatos de igual distribuição entre os gêneros (12).

A faixa etária prevalente também coincide com demais autores ao indicarem que 48% a 60% dos indivíduos encontravam-se entre os 41 e 60 anos (4,7).

Todos os indivíduos da amostra possuíam diagnóstico de DM e VPPB associadas. Em outros estudos também foi verificada a concomitância das duas patologias, sendo inicialmente apresentados sintomas da DM e posteriormente os sintomas da VPPB (13,14). Uma hipótese para tal relação das duas doenças é a possível liberação das otocônias por lesão do utrículo pela hidropisia e hipertensão endolinfática (3).

A aplicação do DHI-versão brasileira teve o intuito de avaliar o impacto da RV na qualidade de vida desses pacientes e, com base na redução do escore de forma considerável, na maioria dos pacientes, afirma-se que tal prática é favorável. A vertigem e outros sintomas que acompanham as vestibulopatias frequentemente comprometem as atividades sociais, familiares e profissionais, trazendo desta forma prejuízos físicos, financeiros e psicológicos (15, 16,17) e, portanto, práticas que eliminam ou minimizam tais sintomas devem ser abordadas. Os indivíduos acabam restringindo seus movimentos cefálicos e

atividades em que exijam os mesmos, tentando assim evitar que a vertigem apareça, havendo desta forma, uma restrição física que acarreta em perda funcional e, conseqüentemente tudo isso gera transtornos emocionais, o que explica os prejuízos e danos apresentados.

Os resultados pré RV indicam um maior impacto sobre os aspectos físico e funcional enquanto que os resultados pós RV tiveram maior influência sobre o aspecto físico, apesar da redução dos valores também no aspecto funcional e emocional. Notou-se que após a melhora dos sintomas físicos, os indivíduos conseguiram retornar as suas atividades rotineiras que antes eram restringidas devido a tontura ou o medo dos sintomas, e após essa melhora havia conseqüentemente melhora dos aspectos funcionais e emocionais, sendo estes dependentes do aspecto físico. Tal resultado contrapõe estudo prévio (18) onde em uma amostra de 06 pacientes, com faixa etária de 43 a 70 anos, queixas de tontura e zumbido, não houve melhora significativa após a RV dos aspectos funcional e emocional, permanecendo inalterado o aspecto físico.

Deve-se ressaltar que, além da vertigem, alguns indivíduos apresentavam comorbidades relacionadas à idade (como artrose e osteoporose) que, por si só, já limitavam algumas questões do aspecto emocional, como evitavam lugares altos e sentir medo de ficar sozinho em casa ou mesmo sair sem acompanhante. Portanto, é provável que a resposta a tais questões fosse influenciada pelas comorbidades, não sendo possível separá-las do sintoma de vertigem/tontura. Tal situação indica que a análise do aspecto emocional deve ser cautelosa, pois se o indivíduo está impossibilitado de realizar alguma atividade por problemas físicos não relacionados a tontura, mesmo após a melhora dos sintomas vertiginosos, ele continuará não conseguindo realizar o mesmo.

A correlação entre os aspectos físico e funcional e entre o emocional e funcional pré RV, demonstra a inter-relação de tais fatores na qualidade de vida dos indivíduos, ou seja, o aspecto funcional influencia e é influenciado

pelos aspectos físico e emocional. No entanto, tal influência parece ser maior quando os sintomas vertiginosos estão exacerbados, uma vez que pós RV não foram observadas correlações. A relação entre os aspectos funcional e físico também é ressaltada em outras pesquisas, onde a observação de escores semelhantes para os mesmos foi explicada pelo fato de que na VPPB o aparecimento dos sintomas está muito relacionado com determinadas posições ou movimentos cefálicos, cujas perguntas pertinentes estão contidas em ambos os aspectos do DHI - versão brasileira (19,20). Do mesmo modo, estudos envolvendo indivíduos com DM associaram o maior escore nos aspectos físico e funcional, ao caráter crônico da doença, com manifestações clínicas flutuantes, recorrentes e duradouras, que podem comprometer não só as capacidades físicas, mas também a funcionalidade dos indivíduos (4,21). Em outro estudo realizado com 06 pacientes na faixa etária de 43 a 70 anos, a análise do questionário DHI após a RV evidenciou que os pacientes apresentaram uma melhora dos aspectos funcional e emocional, apesar da diferença não ser significativa (18). Além disso, a relação dos aspectos funcional com o emocional pode ser entendida que quando há melhora da funcionalidade, o indivíduo retorna aos seus hábitos cotidianos, conseguindo realizar todos os movimentos antes restringidos pelo aparecimento da vertigem. Dessa forma, o indivíduo torna-se mais confiante e seguro para sair de casa sem que alguém precise acompanhá-lo ou simplesmente consegue elevar a cabeça ou virar-se na cama sem ficar com medo de desencadear a sintomatologia.

O resultado da RV não sofreu influência da idade e/ou do gênero, semelhante a estudos anteriores que indicam a ausência de relação entre a melhora dos pacientes com vertigem pós RV com e tais variáveis (20,22). Nesse contexto, a população geriátrica responde ao tratamento tão bem quanto uma população mais jovem, porém a maioria dos idosos necessita de um número maior de sessões de tratamento para obter o mesmo resultado que o jovem (23). Além disso, outros estudos descrevem que a idade não está necessariamente associada à perda de independência nas atividades de vida diária e com isso, não relacionam a idade à possível habilidade diminuída de recuperar a independência ou de melhorar da vertigem depois de uma alteração vestibular (24). Por outro lado, a tontura tem efeito mais prejudicial na qualidade de vida dos idosos, quando comparados aos adultos mais jovens, conforme estudos com estas populações (25,26,27,28). Quanto ao gênero, alguns autores ainda relatam que a variável não está relacionada a nenhuma vantagem ou desvantagem em relação a resposta ao tratamento (7), fato verificado com os resultados aqui apresentados. Como os indivíduos da amostra se encontravam fora do período de crise quando responderam ao questionário e foram submetidos à RV, os resultados discutidos se restringem a percepção da sintomatologia

diária dos indivíduos, considerando que em crise vertiginosa os sintomas são exacerbados.

Por fim, cabe ressaltar a importância da abordagem multidisciplinar médica e fisioterapêutica no diagnóstico e na orientação terapêutica para a obtenção de uma maior segurança e aderência à esta modalidade de tratamento.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos através do questionário DHI- versão brasileira conclui-se que a qualidade de vida dos portadores de VPPB associada à DM melhorou após cinco sessões de RV, em todos os aspectos analisados. Verificou-se que houve maior impacto dos aspectos físico e funcional na qualidade de vida dos pacientes avaliados pré RV, com maior índice de melhora na percepção do aspecto físico após a aplicação da terapêutica. A idade e o gênero não interferiram na resposta ao tratamento. Apesar de a amostra ser constituída de um número reduzido de pacientes, os resultados da RV foram surpreendentes e novas pesquisas devem ser desenvolvidas, especialmente associando as duas patologias. Além disso, a RV foi bem aceita pelos voluntários que demonstravam aumento do entusiasmo e da confiança com a evolução do tratamento e a redução dos sintomas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ganança FF, Castro ASO, Branco FC, Natour J. Interferência da tontura na qualidade de vida de pacientes com síndrome vestibular periférica. Rev. Bras. Otorrinolaringol. [online]. 2004, 70:94-101.
2. Ganança MM, Caovilla HH, Munhoz MSL, Ganança CF, Silva MLG, Serafini F, Ganança FF. Otimizando o componente farmacológico da terapia integrada da vertigem. Rev. Bras. Otorrinolaringol. [online]. 2007, 73:12-8.
3. Boaglio M, Soares LCA, Ibrahim CSMN, Ganança FF, Cruz OLM. Doença de Ménière e vertigem postural. Rev. Bras. Otorrinolaringol. [online]. 2003, 69:69-72.
4. Handa PR, Kuhn AMB, Schafflein R, Ganança FF. Qualidade de vida em pacientes com vertigem posicional paroxística benigna e/ou doença de Ménière. Rev. Bras. Otorrinolaringol. [online]. 2005, 71:776-783.
5. Mantello EB, Moriguti JC, Rodrigues-Junior AL, Ferrioli E. Efeito da reabilitação vestibular sobre a qualidade de vida de idosos labirintopatas. Rev. Bras. Otorrinolaringol. [online]. 2008, 74:172-180.

6. Andre APR. Reabilitação vestibular da vertigem postural paroxística benigna de canal posterior em idosos. Ribeirão Preto, 2003, p.102, (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP).
7. Moreira DA, Bohlsen YA, Momensohn-Santos TM, Cherubini AA. Estudo do Handicap em Pacientes com Queixa de Tontura, Associada ou Não ao Sintoma Zumbido. Arq. Int. Otorrinolaringol. São Paulo, 2006, 10:270-277.
8. Caovilla HH. Autorotação cefálica no diagnóstico da disfunção vestibular. RBMORLOtologia. 2000, 57:8-11.
9. Cusin FS, Silva SMR, Ganança CF. Achados na vestibulometria de pacientes com Vertigem Posicional Paroxística Benigna submetidos à Manobra de Epley. Acta ORL [online]. São Paulo, 2006, 24:69-74.
10. Koga KA, Resende BA, Mor R. Estudo da prevalência de tontura/vertigens e das alterações vestibulares relacionadas à mudança de posição de cabeça por meio da vectoeletronistagmografia computadorizada. Rev CEFAC. São Paulo, 2004, 6:197-202.
11. Bittar RSM. Sintomatologia auditiva secundária à ação dos hormônios. Femina. São Paulo, 1999, 27:739-741.
12. Fetter M. Disfunções do Sistema Vestibular. In: Herdman SJ. Reabilitação Vestibular. 2.ed. Barueri: Editora Manole, 2002, pp91-101.
13. Hughes CA, Proctor L. Benign paroxysmal positional vertigo. Laryngoscope. 1997, 107:607-613.
14. Gross EM, Ress BD, Viirre ES, Nelson JR, Harris JP. Intractable benign paroxymal positional vertigo in patients with Ménière's disease. Laryngoscope. 2000, 110:655-659.
15. Pedalini MEB, Bittar RSM. Reabilitação vestibular: uma proposta de trabalho. Pró-Fono, 1999, 11:140-144.
16. Knobel KAB, Pfeilsticker LN, Stoler G, Sanchez TG. Contribuição da reabilitação vestibular na melhora do zumbido: um resultado inesperado. Rev. Bras. Otorrinolaringol. [online]. 2003, 69:779-784.
17. Segarra-Maegaki JAS, Taguchi CK. Estudo do benefício da reabilitação vestibular nas síndromes vestibulares periféricas. Pró-Fono, 2005, 17:3-10.
18. Zeigelboim BS, Rosa MRD, Klagenberg KF, Jurkiewicz AL. Reabilitação vestibular no tratamento da tontura e do zumbido. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. [online]. 2008, 13:226-232.
19. Castro ASO, Gazzola JM, Natour J, Ganança FF. Versão brasileira do Dizziness Handicap Inventory. Pró-Fono R. Atual. Cient. [online]. 2007, 19:97-104.
20. Patatas OHG, Ganança CF, Ganança FF. Qualidade de vida de indivíduos submetidos à reabilitação vestibular. Rev Bras Otorrinolaringol. [online]. 2009, 75:387-394.
21. Cunha F. Interferência da tontura na qualidade de vida em pacientes com doença de Ménière. São Paulo, 2003, p.85, (Tese de Mestrado - Universidade Federal de São Paulo).
22. Cohen HS, Kimball KT. Increased independence and decreased vertigo after vestibular rehabilitation. Otolaryngol Head Neck Surg., 2003, 128:60-70.
23. Bittar RSM, Pedalini MEB. Síndrome do desequilíbrio do idoso. Pró-Fono, 2002; 14:119-128.
24. Nishino LK, Granato L, Campos CAH. Aplicação do Questionário de Qualidade de Vida Diária em Pacientes Pré e Pós – Reabilitação vestibular. Arq. Int. Otorrinolaringol. 2008, 12:517-522.
25. Resende CR, Taguchi CK, Almeida JG, Fujita RR. Reabilitação vestibular em pacientes idosos portadores de vertigem posicional paroxística benigna. Rev. Bras. Otorrinolaringol. [online]. 2003, 69:535-540
26. Whitney SL, Wrisley DM, Marchetti GF, Furman JM. The effect of age on vestibular rehabilitation outcomes. Laryngoscope. 2002, 112:1785-90.
27. Simonceli L, Bittar RMS, Bottino MA, Bento RF. Perfil diagnóstico do idoso portador de desequilíbrio corporal: resultados preliminares. Rev. Bras. Otorrinolaringol. [online]. 2003, 69:772-777.
28. Gazzola JM, Perracini MR, Ganança MM, Ganança FF. Fatores associados ao equilíbrio funcional em idosos com disfunção vestibular crônica. Rev. Bras. Otorrinolaringol. [online]. 2006, 72: 683-690.