

MARIA ROSANE HENTSCHKE

**QUALIDADE DE VIDA E A PERCEPÇÃO DO SINTOMA
TONTURA ENTRE OS PROFESSORES DE UMA
UNIVERSIDADE PRIVADA EM CAMPO GRANDE-MS**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2008**

MARIA ROSANE HENTSCHKE

**QUALIDADE DE VIDA E A PERCEPÇÃO DO SINTOMA
TONTURA ENTRE OS PROFESSORES DE UMA
UNIVERSIDADE PRIVADA EM CAMPO GRANDE-MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2008

Ficha Catalográfica

Hentschke, Maria Rosane
H527q Qualidade de vida e a percepção do sintoma tontura entre os professores de
uma universidade privada de Campo Grande-MS / Maria Rosane Hentschke;
orientação José Carlos Rosa Pires de Souza. 2008
109 f. + anexo

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo.
Grande, Mestrado em Psicologia, 2008.
Inclui bibliografia

1. Professores – Qualidade de vida 2. Saúde e trabalho 3. Saúde mental. I.
Souza, José Carlos Rosa Pires de II. Título

CDD-378.12

A dissertação apresentada por MARIA ROSANE HENTSCHKE, intitulada “QUALIDADE DE VIDA E A PERCEPÇÃO DO SINTOMA TONTURA ENTRE OS PROFESSORES DE UMA UNIVERSIDADE PRIVADA EM CAMPO GRANDE-MS”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza
(orientador/UCDB)

Prof. Dr. José Ari Carletti Oliveira (USF)

Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire (UCDB)

Profa. Dra. Lucy Nunes Ratier Martins (UCDB)

À minha mãe Eugenia e aos meus filhos,
Leonardo e Fernando, que foram, cada um em
seu tempo, os norteadores de minhas decisões,
da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me concedido o dom da vida, ter me dado discernimento e sabedoria para tomar as decisões necessárias em todos os momentos da minha vida. Ele é meu orientador supremo.

Ao meu orientador para este trabalho, professor Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

Aos professores da minha banca examinadora Dra. Heloísa Bruna Grubits Freire, Dra. Lucy Nunes Ratier Martins e Dr. José Ari Carletti Oliveira.

Aos meus irmãos, minha família, berço onde aprendi todos os referenciais, valores; onde aprendi a lutar por meus ideais e a ter esperança para atingi-los.

Ao meu pai, Generino, que soube transmitir aos filhos a dedicação ao trabalho.

À minha mãe, Eugenia, que sempre me aconselhou e foi minha maior incentivadora. Plantou em mim a semente de amor aos estudos. A profissional que sou hoje é fruto de sua dedicação e incentivo desde quando, aos cinco anos, me ensinou as primeiras letras e a decorar textos e historinhas infantis.

Aos meus filhos, Leonardo e Fernando, pelo amor, carinho. Meus parceiros de vida e de luta.

Ao Zamir, pelo carinho e compreensão perante tantos contratemplos enfrentados por mim durante esta trajetória.

À minha colega fonoaudióloga Keila Yume, pela colaboração e dedicação na parte prática da pesquisa.

Às minhas queridas colegas fonoaudiólogas, Valéria Gibin e Jaqueline Ijuim, que me ajudaram muito nos momentos difíceis.

A todos os colegas professores, pela participação e colaboração que permitiram com que esta pesquisa acontecesse.

Ao Lucas Rasi, estatístico que, gentil e agilmente, correu contra o tempo e me ajudou imensamente.

À secretária do mestrado Jovenilda, pela sua amabilidade, carinho e compreensão perante minhas dificuldades.

Às secretarias Priscila, Luciene, Aline, Ângela e Camila, dos consultórios onde trabalho, que colaboraram de forma indireta, mas significativa.

À querida Maria Elisa que, sabiamente, organizou, formatou e deu vida a este trabalho.

Enfim, a todos que, de uma forma ou outra, me ajudaram nesta realização. Muito obrigada.

O SENHOR é o meu pastor, nada me faltará.

Deitar-me faz em verdes pastos, guia-me mansamente a águas tranqüilas.

Refrigera a minha alma; guia-me pelas veredas da justiça, por amor do seu nome.

Ainda que eu andasse pelo vale da sombra da morte, não temeria mal algum, porque tu estás comigo; a tua vara e o teu cajado me consolam.

Preparas uma mesa perante mim na presença dos meus inimigos, unges a minha cabeça com óleo, o meu cálice transborda.

Certamente que a bondade e a misericórdia me seguirão todos os dias da minha vida; e habitarei na casa do SENHOR por longos dias.

Salmo 23

Tudo posso naquele que me fortalece.

Filipenses 4;13

RESUMO

Os estudos sobre Qualidade de Vida têm aumentado muito em todos os setores da sociedade, correlacionados com vários aspectos de saúde e doenças em geral. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a Qualidade de Vida e a percepção do sintoma tontura em uma determinada população de professores de uma universidade privada em Campo Grande, MS. Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo e de corte transversal, no qual foram entrevistados 100 professores, cuja identificação manteve-se em sigilo. Houve a autorização do comitê de ética em pesquisa da universidade e todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Para avaliar a Qualidade de Vida, aplicou-se um questionário, relacionado à saúde, o SF-36 (The Medical Outcomes Study Short-Form), que apresenta 8 domínios: Capacidade funcional, Vitalidade, Estado geral de saúde, Aspectos sociais, Dor, Aspectos emocionais, Aspectos físicos, Saúde mental. Foi aplicado também um questionário sociodemográfico, com as variáveis: sexo, idade, queixas de tontura e freqüência de crises, doenças (co-morbidades). Após a análise estatística, verificou-se que os professores da universidade pesquisada têm em média 41,9 anos de idade, 59% são mulheres e 41% homens. Com relação à Qualidade de Vida, os homens tiveram melhores resultados que as mulheres com correlação significativa nos domínios Capacidade funcional, Vitalidade e Saúde mental. Entre casados, solteiros, divorciados e viúvos, não houve correlação significativa. Dos 100 professores, 38% referiram o sintoma tontura e obtiveram, em todos os domínios, resultados piores do que aqueles que não o têm (62%), com correlação significativa nos domínios Vitalidade, Aspectos sociais e Saúde mental. Nos professores com mais de uma crise de tontura, a qualidade de vida estava pior, e eles tiveram o domínio dor com correlação significativa. Concluiu-se que os professores que referem o sintoma tontura têm pior Qualidade de Vida do que aqueles que não o têm.

Palavras-chave: Tontura. Professor. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Studies about quality of life has been increasing a lot in all areas of society, correlated to several aspects of health and diseases in general. The objective of this research was to evaluate the quality of life and the perception of the symptom dizziness in a determined population, the professors of a private university in Campo Grande, MS. It was an exploratory, descriptive and cross-section study, in which one hundred professors were researched, whose identification was kept in secret. . There was the permission of the ethical committee in research of the university, and all the professors selected signed a free consenting and clarified term To evaluate this a generic questionnaire related to health conditions, the SF-36 (The Medical Outcomes Study Short-Form) was employed, that presents 8 domains: working capacity, vitality, general state of health, social aspects, emotional aspects, pain emotional aspects, physical aspects and mental health. A questionnaire with the variables: gender, age, dizziness complaints and frequency of crisis, illnesses was also employed. After analyzing the statistics, it was concluded that the average of age of the professors who work at the university is 41.9 years old, 59% of them are women and 41% are men. In relation to quality of life, the men achieved better results than the women in all domains of working capacity, vitality and mental health. Among married, single, divorced and widowed, there wasn't significant correlation. Among the 100 professors selected to take part in the research, 38% suffers from dizziness and had, in all domains, worse results than those who don't suffer from it (62%), with significant correlation in the domains of vitality, social aspects and mental health. Among the teachers with more than one occurrence, the quality of life was worse and had the domain pain with significant correlation. It was concluded that the professors who suffers from the dizziness have a worse quality of life than those who don't.

Keywords: Dizziness. Professor. Quality of Life.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Média de ocorrência de co-morbidades ao sintoma tontura (doenças referidas pelos participantes)	65
GRÁFICO 2 - Médias obtidas na variável sexo em relação aos domínios do SF-36.....	67
GRÁFICO 3 - Médias obtidas na variável estado civil em relação aos domínios do SF-36.....	69
GRÁFICO 4 - Médias obtidas na percepção de problemas de saúde em relação aos domínios do SF-36.....	71
GRÁFICO 5 - Médias obtidas pelos participantes entre a queixa de tontura e os domínios do SF-36.....	74
GRÁFICO 6 - Médias obtidas pelos participantes por freqüência da tontura e os domínios do SF-36.....	75

LISTA DE SIGLAS

AIMES	– Arthritis Impact Measurement Scales
ARA	– American Reumatism Association
CIF	– Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
CONEP	– Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DHI	– Dizziness Handicap Inventory
DIRGRAD	– Diretoria de Graduação
DPOC	– Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas
EAD	– Educação a à Distância
EDUSP	– Editora da USP
GHRI	– General Health Rating Index
HAQ	– Functinal Class, Stanford Health Assessment Questionnaire
INEP	– Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas
IQOLA	– International Quality of Life Assessment Project
IQV	– Índice de Qualidade de Vida
ISOQOL	– Internaciona Society for Quality of Life Research
MHI	– Mental Health Inventory
MOS	– Medical Outcomes Study
MSMT	– Missão Salesiana de Mato Grosso
OMS	– Organização Mundial da Saúde
OPAQ	– Osteoporosis Assessment Questionnaire

- QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
- SNC – Sistema Nervoso Central
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UNIFESP – Universidade Federal do Estado de São Paulo
- UNISANTOS – Universidade Católica de Santos
- USP – Universidade de São Paulo
- WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Dados sociodemográficos dos participantes	63
TABELA 2 - Caracterização da ocorrência da sintomatologia tontura, freqüência do sintoma e problemas de saúde (co-morbidades) entre os participantes	64
TABELA 3 - Ocorrência de co-morbidades ao sintoma tontura (doenças referidas pelos participantes).....	65
TABELA 4 - Distribuição dos domínios do SF-36 em relação à variável sexo	66
TABELA 5 - Correlação entre estado civil e os domínios do SF-36.....	68
TABELA 6 - Análise de correlação entre a variável idade e os domínios do SF-36.....	69
TABELA 7 - Correlação entre a percepção de problemas de saúde e os domínios do SF-36.....	70
TABELA 8 - Distribuição percentual dos participantes que têm tontura, quanto ao sexo	71
TABELA 9 - Análise da idade dos participantes que referiram tontura.....	72
TABELA 10 -Correlação entre as pessoas que responderam sim à tontura e a terem declarado se possuem ou não problemas de saúde	72
TABELA 11 -Correlação entre a queixa de tontura e os domínios do SF-36	73
TABELA 12 -Correlação entre a freqüência de tontura e os domínios do SF-36	75
TABELA 13 -Profissão dos participantes.....	108

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 QUALIDADE DE VIDA.....	20
2.1.1 Revisão histórica.....	20
2.1.2 Conceito	23
2.1.3 Qualidade de vida relacionada à saúde	27
2.1.4 Avaliação da qualidade de vida	31
2.1.5 The Medical Outcomes Study (MOS) – 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36).....	35
2.1.6 Qualidade de vida e tontura	38
2.2 O EQUILÍBRIO CORPORAL.....	40
2.3 TONTURA/VERTIGEM.....	44
2.3.1 Conceitos/características.....	45
2.3.2 Tipos de tontura	47
2.3.3 Incidência	47
2.3.4 Etiologia.....	48
3 OBJETIVOS.....	53
3.1 OBJETIVO GERAL	54
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	54
4 MÉTODO	55
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	56
4.2 LOCAL E ABRANGÊNCIA DO ESTUDO	56
4.2.1 Localização	56
4.2.2 Histórico.....	56
4.2.3 Perfil da entidade	57
4.2.4 Estrutura organizacional	57

4.2.5	Estrutura institucional	57
4.3	PARTICIPANTES	57
4.4	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	58
4.5	INSTRUMENTOS UTILIZADOS	58
4.6	PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	59
4.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA	60
4.8	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	61
5	RESULTADOS	62
5.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES	63
5.2	ANÁLISE DOS DADOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO TOTAL EM RELAÇÃO AOS DOMÍNIOS DO SF-36	66
5.3	IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO COM TONTURA	71
5.4	CORRELAÇÃO DA POPULAÇÃO COM TONTURA E OS DOMÍNIOS DO SF-36	73
6	DISCUSSÃO.....	77
6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	78
6.2	CORRELAÇÃO DOS DADOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO COM OS DOMÍNIOS DO SF-36	80
6.3	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM TONTURA E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	82
7	CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS		91
APÊNDICES		105
ANEXOS		109

1 INTRODUÇÃO

A expressão Qualidade de Vida (QV) tem sido discutida e abordada intensamente nos meios de comunicação, literários, médicos e filosóficos, na linguagem cotidiana. Recebendo atenção especial na literatura científica e despertando interesse nas áreas da sociologia, educação, medicina, psicologia, entre outras. Trata-se, porém, de um tema complexo e com grande variedade de significados, com muitas possibilidades de enfoques e de controvérsias teóricas e metodológicas. Inicialmente priorizava a saúde e hoje tem aspectos diversificados em relação a sua definição, ampliando-se para outras áreas da vivência humana, como posição da pessoa perante suas necessidades, aquisições, expectativas. Além disso, aponta fatores importantes na classificação individual perante um problema, uma doença. Tais fatores podem ser considerados como preditores e domínios a serem analisados ao se investigar QV (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; FLECK et al., 2000).

O interesse despertado pelo tema e a exigência, como aluna do curso de mestrado em Psicologia, foram motivadores para esta pesquisa. Além disto contribuiu para esta escolha, a experiência clínica da autora, como fonoaudióloga especialista em Audiologia e Otoneurologia, no qual avalia os distúrbios do equilíbrio, ou seja, tonturas. A autora observa que essas queixas são freqüentes e comprometem a vida das pessoas portadoras desse sintoma. Os transtornos sofridos por estas em suas atividades, pelas limitações que a tontura induz, ou pelas consequências dos fatores causais de tal sintomatologia podem levar a alterações na QV.

Tomando como base essas informações, surgiu o interesse em pesquisar QV e a relação com o sintoma tontura. Investigar a prevalência do sintoma, na forma de “crises vertiginosas ou labirínticas”, popularmente chamadas de “labirintite”, e de mensurar a QV das pessoas portadoras dessa sintomatologia. Para isso foram escolhidos os professores da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), de Campo Grande, MS, em razão de a autora ser docente nessa instituição e ouvir de alguns colegas queixas sobre esse sintoma e suas consequências. O fato de trabalhar na instituição e a facilidade de acesso a esses profissionais também contribuíram para a escolha.

Com essa perspectiva de estudo, discorrem-se, no referencial teórico, segundo capítulo, os tópicos referentes à QV geral, com seus aspectos históricos e conceituais, formas e instrumentos de avaliação de QV, o instrumento utilizado na pesquisa, Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), e, QV e tontura. No que se refere ao sintoma tontura, serão abordados, na forma de informações sobre o equilíbrio/desequilíbrio, os conceitos dos termos

“tontura”, “vertigem”, suas características, a prevalência, as consequências e a interferência destas na QV.

No terceiro capítulo, apresentam-se os objetivos da pesquisa; no quarto capítulo, a descrição da metodologia aplicada na qual a QVRS dos participantes foi avaliada por meio do instrumento genérico, o *SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey)*. Com relação ao sintoma tontura, para conhecer a prevalência das queixas entre os professores participantes, foi realizado um questionário elaborado e apresentado a eles pela autora. O referido questionário continha perguntas de identificação do sintoma tontura e das comorbidades que pudessem, de acordo com a literatura pesquisada, estar presentes em indivíduos com esta queixa. Nesta pesquisa, os fatores causais e os diagnósticos da sintomatologia tontura não foram abordados, e sim apenas a ocorrência do sintoma. As doenças apontadas pelos participantes (co-morbidades) e as queixas de tontura foram abordadas de forma empírica e informal, apenas referenciadas, sem diagnóstico confirmado. No quinto capítulo, são apresentados os resultados obtidos após a devida análise estatística; no sexto capítulo, a discussão dos resultados e no sétimo, a conclusão final.

Com essa perspectiva de estudo, efetuou-se essa pesquisa com a qual se buscou conhecer a QVRS dos professores da UCDB, a prevalência da sintomatologia tontura e a QV dos participantes que a referem. Dentro deste contexto, o interesse em estudar essas questões surge pela necessidade de conhecer a realidade de tal sintomatologia, de fornecer informações a profissionais e a interessados oferecendo perspectivas que avaliem o “bem-estar” dos portadores de tais sintomas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 QUALIDADE DE VIDA

A expressão QV ao longo das últimas décadas sugeriu inúmeras ponderações e definições. Tornou-se popular e coloquial pelo enfoque que os meios de comunicação lhe vêm atribuindo, porém, ela já vem sendo referida por cientistas sociais, pesquisadores e profissionais há mais tempo, sendo abordada de uma forma ampla por uma sociedade em constante transformação.

2.1.1 Revisão histórica

Atualmente, pesquisas são realizadas em várias áreas, como da saúde, sociais, humanas e outras, e, nesse contexto, a QV tem sido buscada como fonte de investigação sob muitos aspectos. Zanei (2006) cita um levantamento no meio eletrônico nos bancos de dados mundiais, como MedLine/PubMed. As citações, que na década de 1970 e 1980 eram em torno de 573, na década seguinte apresentam o registro de 3.960; de 1991 a 2000 foram identificados 21.962 artigos e, de 2001 até janeiro de 2006, por volta de 27.931. No Brasil, um trabalho realizado por Dantas, Sawada e Malerbo (2003) sobre o número de pesquisas nas universidades públicas do Estado de São Paulo, entre 1999 e 2000, destaca que 70% das publicações envolvem o tema QV.

Discorrendo sobre as primeiras referências à QV, Guimarães (2005) relata indícios de que, na década de 1930, ela foi utilizada pela primeira vez, na literatura médica, em estudos que buscavam conceituar e avaliar QV. Iniciava-se assim um interesse pelos conceitos “padrão de vida”, “qualidade de vida”, que passaram a ser discutidos por cientistas sociais, filósofos, psicólogos e outros profissionais em geral.

Segundo Vido e Fernandes (2007), no desenvolvimento histórico-cultural da humanidade já haviam tentado definir QV mesmo antes da era cristã. Os autores citam que, em obras como *Nicomachean Ethics* (350 a.C.), Aristóteles (384-322 a.C.) já mencionava que as pessoas distintas concebiam boa vida ou bem-estar como felicidade e que as pessoas já davam atribuições diferentes a esses termos; que Sócrates (470-399 a.C.), ao se referir à corte ateniense, ante a pena de morte, afirmava estar preocupado com coisas piores que a morte, dizendo que não era a vida que contava, e sim como se vivia a vida, e que o mérito moral

determinava essa qualidade. Paiva (2003) também cita esses autores e complementa que, na cultura chinesa, QV pode ser traduzida pelo equilíbrio entre o *Yn* e *Yang* e que, segundo os chineses, esses dois princípios de vida tornam possível a riqueza e a variabilidade de valores na vida, como o bom e o ruim, os quais se referem às expressões citadas. Numa analogia às terapias energéticas e tratamentos holísticos atuais, tais valores se referem ao equilíbrio emocional, físico e psíquico.

Em épocas mais contemporâneas, Yamada (2001) relata que a expressão QV foi explicitamente citada, pela primeira vez, por Pigou em sua obra *Economia e bem-estar material* (1920), e este se referia ao impacto das forças governamentais sobre o comportamento de pessoas das classes menos favorecidas. Ainda segundo Yamada (2001), o assunto não teve repercussão e foi abandonado, voltando à tona anos mais tarde, após a Segunda Guerra Mundial.

Em torno da década de 1950, as severas críticas aos governos e o incentivo econômico levaram à valorização de bens materiais e reproduziram um conceito consumista e capitalista, voltado a um conceito materialista. A QV passou, assim, a ser privilégio de algumas pessoas. Tal condição, voltada a bens materiais, tornou-se exagerada. Em 1960, a comissão norte-americana (pós-guerra) de metas começou a relacionar QV à saúde, ao bem-estar, ao crescimento econômico, e a defender o sistema capitalista (FLECK et al., 1999a, 1999b).

Essa expressão continuou sendo discutida e adquiriu conotações diferentes de acordo com os interesses sociais e econômicos. Em 1964, o presidente americano Lyndon Johnson, referindo-se ao sistema bancário norte-americano, dizia que os balanços bancários não são referência para se avaliar a QV das pessoas, e sim o bem que estes proporcionam a elas (FLECK et al., 1999a). Tais afirmações despertaram interesses de várias áreas de estudos, como Medicina, Filosofia, Sociologia, entre outras. O interesse de áreas diversas com relação ao tema cresceu desde então, e as tentativas de mensurá-lo também (BOWLING, 1995 apud GUIMARÃES, 2005).

Para Fleck et al. (2003), foram idéias como as da declaração do presidente americano em relação à QV, no sistema bancário, que conduziram e originaram movimentos em defesa de um consenso a respeito da definição de QV, despertando grande interesse de várias áreas e, culminando com a necessidade de se conceituar “padrão de vida” “qualidade de vida”.

O movimento nas áreas de saúde e biológicas começou a se preocupar menos com controle de sintomas e morbidade, ou aumento da expectativa de vida, e mais com o modo como as pessoas viviam ou encaravam sua vida, suas doenças. Yamada (2001) relata que, sob a reflexão de Farquhar (1995), não é necessário somente prolongar os anos de vida, porém é necessário que a cura ou a melhora da doença possa repercutir de forma positiva em vários componentes da vida.

Em 1978, em Alma-Ata (antiga União Soviética), durante a “Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde”, da Organização Mundial da Saúde (OMS), o ponto culminante foi a conceituação do termo “saúde”, o qual se referia a um completo bem-estar, de equilíbrio biopsicosocial, e não somente à ausência de doença. Saúde passou, então, a se referir também à sensação de bem-estar social, direito ao trabalho, salário digno, educação e informação, atingiu os âmbitos de saúde pública e ações da medicina em geral para que a sociedade em si proporcionasse às pessoas melhores condições de vida (FRIES; SINGH, 1996).

Souza e Guimarães (1999) citam que um importante documento para reunir diversos conceitos e posicionamentos a respeito do tema foi o livro *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (1990), que incluiu médicos, enfermeiros, psicólogos, sociólogos, estatísticos, pesquisadores e outros profissionais de saúde. Na primeira edição, foi introduzido o conceito científico de QV, e que o termo oferecia possibilidades para os pacientes e cuidadores avaliarem a eficácia dos tratamentos.

Em 1994, por haver uma proliferação de opiniões e definições, a OMS, com o objetivo de uniformizar os conceitos e instrumentos de avaliação de QV, reuniu um grupo de colaboradores e estudiosos do tema, de vários países (FLECK et al., 1999a). O primeiro passo foi a busca da definição, do conceito. Esse grupo, além da definição, elaborou, em 1995, um instrumento de avaliação de QV, denominado World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Estabeleceu-se, assim, uma definição universal de QV. É um conceito amplo que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (FLECK et al., 2000).

Segundo Guimarães (2005), o interesse crescente pelo construto QV pode ainda ser exemplificado por indicadores de produção de conhecimento, associados aos esforços de

integração e de intercâmbio de pesquisadores e de profissionais interessados no tema. Cita como exemplo o surgimento do periódico, editado pela *Internacional Society for Quality of Life Research (ISOQOL)* a partir do início dos anos 1990, reunindo trabalhos científicos sobre QV de diferentes áreas do conhecimento, sociedade essa que mantém reuniões periódicas para discussão e apresentações destes trabalhos a respeito de QV.

Seguindo uma trajetória da evolução das definições de QV, em 1996, durante o 26º Congresso Internacional de Psicologia no Canadá, a expressão QV foi apresentada e relacionada a várias áreas como medicina, psicologia, sociologia, bem como ao modo de viver de pessoas comuns (SAMPAIO; GOULART, 1999).

2.1.2 Conceito

Segundo Schipper, Clinch e Olweny (1996), não é uma atitude fácil definir QV e, por muitos anos, este termo se referiu aos vários aspectos sem um entendimento específico de suas prioridades, não tendo um conceito único. As definições geraram diversos debates a respeito, o que dificulta uma definição universal.

O termo qualidade, segundo Guimarães (2005), implica grau máximo de uma característica e definição de conceitos como felicidade, bem-estar e de QV, e traz confusão conceitual e preocupações para estudiosos e pesquisadores. Em concordância, outros autores como Seidl e Zannon (2004), referem a multidimensionalidade e subjetividade do termo.

Após muitas discussões sobre conceituação, definição, avaliação de QV e das controvérsias a respeito, a OMS, em 1994, por meio do grupo de pesquisadores do tema, definiu-o como sendo “[...] a percepção que o indivíduo faz de sua posição na vida, no contexto cultural dos sistemas de valores nos quais ele vive, e também em relação aos seus objetivos, suas expectativas, padrões, preocupações e interesses” (SEIDL; ZANNON, 2004, p. 583).

Para Fleck et al. (2000), essa definição reflete uma natureza subjetiva e está imersa em um conceito sociocultural e de meio ambiente. O que está sendo abordado não é a natureza objetiva do meio ambiente, nem os estados funcionais, profissionais ou psicológicos da pessoa, mas sim como o paciente/respondente percebe tais fatores.

Segundo Szabo (1996), essa subjetividade de como a pessoa vê a si mesma está relacionada também com a objetividade das circunstâncias e dos fatos que a envolvem. Em relação aos aspectos que envolvem a expressão QV, relata que o conceito se relaciona a cinco domínios principais a serem avaliados ao analisá-la: domínios físico, psicológico, econômico, religioso e/ou espiritual e o das interações sociais.

Velarde-Jurado e Avila-Figueroa (2002) e Minayo, Hartz e Buss (2000) corroboraram a definição proposta pela OMS ao afirmarem ser a QV uma combinação de condições objetivas, avaliação subjetiva e valores pessoais associados a domínios, como bem-estar físico, material, emocional, espiritual e social, e à influência externa. Esse construto pode ser entendido como uma construção social relativizada por fatores culturais, nos quais a distância entre a expectativa e a realidade de vida deve ser mínima para que a QV seja percebida como a melhor possível.

Para Souza e Guimarães (1999), citando a definição da OMS, a saúde não é o centro da QV, a qual deve ser avaliada em dimensões e cujo conceito consiste em três níveis: avaliação total do bem-estar, domínio global (físico, psicológico, econômico, espiritual e social) e os componentes de cada domínio. Distribuídos em uma pirâmide de relevância, o bem-estar total estaria no topo, e os componentes de cada domínio estariam na base da pirâmide.

Fleck et al. (1999a) afirmam que o conceito de QV geralmente se refere à sensação de bem-estar ou não, à saúde física e mental da pessoa; às suas expectativas com relação a vários aspectos de sua vida, como financeiro, familiar, de saúde, trabalho, moradia, bens materiais, amizades; e aos aspectos importantes a cada área de estudo: na sociologia, direciona-se para o bem-estar; na medicina, a questões de saúde; na psicologia, a satisfação pessoal. Perante tantas especificações, QV pode ser resumida em como a pessoa interage com o meio e como este a influencia.

Segundo Souza e Guimarães (1999) e Guimarães (2005), QV é usada em diversos setores da sociedade como: saúde, filosofia, política, economia, cidadania, religião, cultura, entre outros. Os autores citam o conceito de QV como um conjunto harmonioso e equilibrado de realizações em todos os níveis, como saúde, trabalho, lazer, sexo, família, desenvolvimento espiritual.

Para Wilheim e Déak (1970 apud CARDOSO, 2003, p. 67), QV

[...] é a sensação de bem-estar do indivíduo, a qual é proporcionada pela satisfação de condições objetivas (renda, emprego, objetos possuídos, qualidade de habitação) e de condições subjetivas (como segurança, privacidade, reconhecimento e afeto).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), QV é uma noção essencialmente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na família, na vida amorosa, social e ambiental, bem como na própria existência, características essas essencialmente humanas. Segundo os autores, a expressão se refere ao campo da motivação humana e esta deve ser enfocada ao se falar em QV, para identificar as necessidades e realizações.

Na abertura do 2º Congresso de Epidemiologia, Rufino Netto (1994 apud MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 8) assim se refere à QV:

Vou considerar como qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes. Falta o esforço de fazer da noção um conceito e torná-lo operativo.

Entre tantos termos com o mesmo sentido na conceituação de QV, Meeberg (1993) cita que a mais utilizada e abrangente é o que se refere à satisfação com a vida. No entanto o autor afirma que diferentes aspectos podem ser abordados por diferentes autores, abrangendo desde capacidades comportamentais e cognitivas até o bem-estar emocional e as habilidades no desempenho de papéis sociais.

A QV difere sob a visão de cada autor que se expressa a respeito. É de difícil conceituação, tendo em vista o seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Ter QV depende, pois, de fatores intrínsecos e extrínsecos às pessoas. Assim há uma opinião diferente de QV para cada pessoa, decorrente da inserção desta na sociedade em que vive, e dependente dessa interação da pessoa com o meio.

Para Souza e Guimarães (1999), QV não pode ser abordada sem levar em conta fatores culturais e étnicos, pois uma das características humanas, que diferencia o homem dos animais, é a capacidade de socialização, de estabelecer relacionamentos. Segundo os autores, as características das sociedades interferem na forma de relacionamentos e nas expectativas

individuais. Cada cidadão tem diversos papéis sociais originados pela diversificação das sociedades modernas, tais como o de médico, estudante, professor, contador, entre outros, e a soma destes confere-lhe um *status* na sociedade em que vive. Ainda de acordo com os autores acima citados, tais papéis determinam e promovem expectativas em relação à aquisição deste *status* e, embora os membros de uma mesma sociedade compartilhem valores culturais comuns, as experiências e opiniões são pessoais e individuais.

Com relação à diversidade e múltiplas facetas referentes ao tema QV, os autores em geral afirmam que seria injusto delimitar o conceito em uma definição específica. Schipper, Clinch e Olweny (1996), fazendo referência a essa definição como mais ampla, citam alguns aspectos importantes: o bem-estar como um todo e o domínio global das ações humanas (aspectos físicos, psicológicos, econômicos, espirituais e os componentes que envolvem cada domínio).

As diferenças culturais, nas quais os pesquisadores costumam avaliar opiniões e posicionamentos, podem sugerir que não existem padrões absolutos a todas as culturas, embora haja valores comuns a todas elas. Com base nessas colocações, o pesquisador tem dois caminhos a escolher: um posicionamento objetivo e um subjetivo, entre os quais a interação é importante para qualificar QV.

Para Souza e Guimarães (1999), a diferença entre esses dois parâmetros é importante e deve ser definida como norteadora da pesquisa, e consideram como objetivos as condições de saúde, as condições físicas, o salário, a moradia e outros indicadores quantificáveis e observáveis. Com relação aos aspectos subjetivos, relatam que este caminho deve estar relacionado à percepção qualitativa das experiências de vida e aos relacionamentos pessoais positivos. As expectativas para desenvolver papéis sociais são importantes. As metas que a pessoa impõe a si mesma e o grau de sucesso que ela obtém nesse sentido estão relacionados a uma melhor QV.

Lipp (2001), referindo-se ao aspecto cultural sobre QV citado na definição da OMS, afirma que não basta viver bem ou ter condições econômicas satisfatórias para tal. O conceito refere-se então a outros aspectos e posicionamentos e cita como exemplo uma pesquisa realizada com pessoas ricas e bem-sucedidas que apresentaram baixa QV quando comparadas com os mais pobres e, segundo o mesmo, essa diferença estaria no aspecto sociocultural dessas pessoas, no que cada uma espera e quer para sua vida.

A expressão QV passa a ser decorrente de seu apelo global e intuitivo. O termo “qualidade” pode se referir ao nível, padrão ou dimensão de algo, e “vida”, ao completo estado de atividade funcional de uma pessoa, o que inclui comportamento, desenvolvimento, prazeres e todas as formas de existência. Assim, tem-se um conceito – “qualidade de vida” – que pode ser referente ao senso de bem-estar e satisfação experimentado pelas pessoas sob suas condições de vida no dia-a-dia (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O termo adquire características tão variadas chegando a referência até mesmo no campo da política, segundo alguns autores. Matos (1999 apud MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000) afirma que, quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla é a concepção de QV, maior a sensação de bem-estar, e maior o acesso a bens materiais e culturais.

Para Alleyne (2001), há um valor intrínseco em cada ser humano, mas admite que existem diferenças substanciais nas capacidades das pessoas. Assim, há uma variação enorme na percepção e na experiência do que constitui uma vida boa ou com boa qualidade, para cada pessoa. De acordo com a opinião dos autores parece ser a característica comum, a de que QV depende está intrinsecamente relacionada aos posicionamentos da pessoa perante sua própria vida.

2.1.3 Qualidade de vida relacionada à saúde

A expressão Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, tradução da expressão inglesa *Health-related Quality of Life*, tem sido utilizada para ser distinguida da QV, em seu significado mais geral. No contexto da área clínica, o interesse tem sido geralmente naqueles aspectos da QV que são ou estão sendo influenciados pela ocorrência ou tratamento de doenças ou traumas. Hoje QV é tema de pesquisa imprescindível na área da saúde.

Para se falar de QVRS, é necessário reportar ao conceito de saúde sobre o qual existem divergências, pontos de vista diferentes. São conceitos distintos usados freqüentemente de forma inter-relacionada, e estado de saúde é um dos domínios da QVRS. No posicionamento a respeito do tema, deve-se considerar a definição de saúde não meramente como ausência da doença, mas um estado de bem-estar físico, psicológico e social completo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1948 apud FLECK et al., 2000).

Schwartzmann (2003) afirma que a OMS foi pioneira para o desenvolvimento da

QVRS ao definir saúde como um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença; e, para a época (1948), era considerada avançada, porém tinha suas aplicações voltadas para a área médica e não levava em conta a avaliação da saúde da população sob outros aspectos. Bowling (2001 apud GUIMARÃES, 2005) relata que esta definição da OMS é freqüentemente criticada como utópica, mas é útil quanto a um modelo de trabalho mais amplo e diversificado.

Segre e Ferraz (1997), em seu artigo sobre o conceito de saúde, referem que a definição da OMS, embora avançada para a época, é ultrapassada, irreal e unilateral, e consideram como utópicas as afirmações de “perfeito bem-estar”, afirmando ser impossível definir o que é “perfeição”. Segundo os autores, a definição da OMS está ultrapassada porque ainda não faz distinção entre o físico, o mental e o social. Analisando as questões econômicas, sociais, psíquicas que envolvem o bem-estar do indivíduo e revendo os conceitos de saúde, os autores sugerem que “[...] saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade [...]” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 542). A QVRS foi influenciada pelo conceito de saúde da OMS e designa uma série de modelos conceituais que definem o construto por meio de dimensões da vida e da percepção individual da saúde (CAMPOLINA; CICONELLI; FERRAZ, 2006).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), o tema QV, na área médica, está incorporado na prática profissional. Segundo os autores, a medicina usa-o dentro do referencial da clínica, para designar o movimento em que, a partir de situações de lesões físicas ou biológicas, se oferecem indicações técnicas que poderão ocasionar melhorias na saúde, nas condições de vida dos enfermos. No entanto, a noção de saúde é totalmente funcional e corresponde ao seu contrário: a doença.

O avanço terapêutico e tecnológico fez com que aumentasse bastante a sobrevida de doentes, particularmente aqueles com doenças crônicas, e, por longos anos, estes irão conviver freqüentemente com as seqüelas e complicações. O fato de sobreviver não significa “viver bem”, pois as limitações e os prejuízos em atividades podem ocasionar alterações na maneira de viver, ou seja, na QV deles. Com o passar dos anos, a QV se consolidou então como importante variável, tanto para a prática clínica, quanto para a pesquisa científica na área de saúde, e foi introduzida com o intuito de melhor avaliar e estimar desfechos de pesquisas ou efeitos de intervenções, bem como seu impacto no bem-estar físico, psicológico e social da pessoa (FLECK et al., 1999a; O’BOYLE, 1997; SCHWARTZMANN, 2003).

A expressão QV é uma noção humana que abrange muitos significados, podendo refletir conhecimentos, experiências e valores de pessoas e coletividades. Esses significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura em que essas pessoas estão inseridas, porém repercutem no bem-estar, no equilíbrio de muitos fatores ligados à saúde da pessoa. A ligação do termo “saúde” e “Qualidade de Vida” existe desde o nascimento da medicina social, quando o modelo de medicina e de saúde tomou novos rumos, com o enfoque não na doença, e sim nas consequências desta na vida da pessoa (GUIMARÃES, 2005).

Guimarães (2005) cita que, na área da saúde, com o crescimento e modernização da medicina, houve uma progressiva desumanização, e o modelo biomédico de saúde preocupou-se em acrescentar anos à vida esquecendo-se da qualidade dos anos vividos. Dessa maneira, a doença é tratada, mas não a experiência subjetiva desta, suas consequências, as intervenções e tratamentos. Schwartzmann (2003) também refere que a saúde da população era medida, antigamente, pela taxa de mortalidade e expectativa de vida e que hoje o avanço tecnológico, a longevidade, o aumento de enfermidades crônicas, com as quais os indivíduos têm de conviver por longos anos ou o resto da vida, fizeram com que esses parâmetros fossem reavaliados.

A percepção da doença e do adoecimento é individual e sofre influências de vários aspectos da vida das pessoas. Pesquisas mostram que algumas pessoas podem estar doentes sem realmente sentirem-se doentes (hipertensão e outras); outras podem sentir-se doentes sem nenhuma evidência bioquímica (dor lombar crônica, entre outras). A saúde e a doença são vistas pelos cientistas sociais como um continuum, ao longo do qual as pessoas progredem e regredem, e sofrem influência de situações sociais, psicológicas e afetivas (GUIMARÃES, 2005; SCHWARTZMANN, 2003).

Para Souza e Guimarães (1999), QVRS representa uma tentativa de quantificar a rede de consequências de uma doença e seu impacto na vida e no tratamento, sob a percepção do próprio paciente, de sua capacidade de viver de forma proveitosa e satisfatória. Para os autores, a QV é subjetiva em dois aspectos: primeiro, muitas das dimensões não são mensuráveis fisicamente; e segundo, é maior o interesse pelo modo como o paciente vê sua disfunção do que com sua existência. Salientam ainda que QV e condições de vida são fatores que não acontecem em apenas um determinado momento, e sim continuamente durante a vida.

Segundo Anquier, Simeoni e Mendizazbal (1996 apud MAGNABOSCO, 2007), QVRS é definida como um valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, pelas percepções e condições sociais induzidas pela doença, pelos tratamentos, tanto quanto à organização política e econômica do sistema assistencial de saúde. Representa também os conceitos sobre percepção da saúde, funções sociais, psicológicas e físicas e sobre os danos relacionados a ela. QVRS refere-se basicamente ao impacto que a patologia, a doença e os tratamentos, exercem na condição de vida, modo de vida e estilo de vida dos indivíduos.

Segundo o mesmo raciocínio, Heyland (1998 apud MAGNABOSCO, 2007) diz que QV e QVRS são diferentes. A QV geral significa o bem-estar da pessoa em um sentido genérico determinado tanto pelo estado de saúde como por outros fatores ambientais, sociais, econômicos. A QVRS corresponde aos aspectos da saúde valorizados pelas pessoas e se sobrepõe aos componentes da QV geral. Essa sobreposição compreende os estados de saúde, as funções que são valorizadas pelas pessoas e que influenciam sua sensação subjetiva em relação ao bem-estar.

Embora seja um dos assuntos correntemente valorizados nas pesquisas quantitativas nas áreas de saúde, a QV, com certa freqüência, é inadequadamente utilizada como sinônimo de estado de saúde, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida (TURATO, 2005). Em concordância com a afirmação de que estado de saúde difere de QV, Seidl e Zanon (2004) afirmam que os constructos QV e saúde são diferentes e que os instrumentos utilizados para medi-los também não devem ser os mesmos.

O'Boyle (1997) explica que a QVRS pode ser entendida como o valor atribuído à vida, valor este influenciado por doença, lesão e tratamento, uma vez que estes interferem nas oportunidades sociais, nas percepções, no estado funcional e na incapacidades da pessoa. A QVRS preconiza que o funcionamento físico e emocional repercute diretamente sobre a QV, enquanto anormalidades biológicas exercem influência indireta por causa de sua relação causal com a doença e com a incapacidade física. A QVRS se caracteriza como a distância entre as expectativas e o grau de satisfação do paciente em relação à sua saúde.

Cleary (1995 apud SEIDL; ZANNON, 2004, p. 583) conceitua QVRS como sendo “[...] vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para sua qualidade de vida”. Guiteras e Bayés (1993) também afirmam que é a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde.

A QVRS incorpora características físicas, psicológicas e sociais, as quais são influenciáveis por experiências, crenças, expectativas, percepções pessoais e até mesmo renda, liberdade e qualidade do meio ambiente (VELARDE-JURADO; AVILA-FIGUEROA, 2002). Entende-se assim que todos esses aspectos relacionados à saúde não podem dissociar-se de outras dimensões da vida, tais como os papéis e a interação social, as relações econômicas, culturais, políticas e espirituais. Estas outras dimensões, quando associadas àquelas diretamente relacionadas à saúde, passam a constituir o que se designa QV global, construto mais amplo que incorpora fatores que interferem na vida individual e coletiva (CAMPOLINA; CICONELLI; FERRAZ, 2006). A percepção dos homens sobre seu processo saúde e doença se relaciona com a compreensão histórica da organização da sociedade em que vive, tanto nos seus posicionamentos individuais, como perante a coletividade (CHAMMÉ, 2002).

Ainda seguindo um posicionamento sobre saúde e QVRS, o sistema de saúde e os profissionais dessa área têm dificuldade em aceitar a interferência das relações psico-afetivas nos êxitos terapêuticos, e em caracterizar como importantes os relacionamentos pacientes/profissionais na melhora de doenças, a aceitação a tratamentos, a melhora da saúde e da QV consequentemente (SEGRE; FERRAZ, 1997; VIDO; FERNANDES, 2007).

2.1.4 Avaliação da qualidade de vida

Os avanços na Medicina e o uso da tecnologia levam a mudanças, consequências na vida das pessoas em muitas áreas apesar disto muitas doenças continuam incuráveis. Avaliar QV passa assim a ter um âmbito maior do que a relação com a saúde, com os agravos, envolvendo, além de tratamentos e intervenções, atitudes e posicionamentos, perante outras situações diversas, como trabalho, condições de vida, condutas populacionais. É uma expressão valorativa, e individual e, inúmeras são as tentativas de mensurá-la (VIDO; FERNANDES, 2007; SCHWARTZMANN, 2003).

Segundo Seidl e Zanon (2004), avaliar QV pode ajudar na qualidade e nos resultados dos tratamentos, bem como na comparação entre as técnicas terapêuticas, na estimativa de custos de doenças específicas, no impacto na vida diária e na sensação de bem-estar vivenciada pela pessoa. Tais fatos podem ajudar nas intervenções terapêuticas e, muitas vezes, até na liberação de verbas disponíveis em sistema de saúde.

Analizando-se o caráter de subjetividade e objetividade que a expressão envolve, tem dois sentidos a medida de QV, segundo Schipper, Clinch e Olweny (1996), pois muitas das dimensões avaliadas não podem ser medidas fisicamente, e o interesse da pessoa é maior com sua existência do que com sua doença e/ou disfunção. Seguindo essa linha da avaliação, Souza e Guimarães (1999) referem-se a direções de subjetividade e objetividade no direcionamento da avaliação da QV. Como características objetivas estão os salários, as condições físicas, a moradia e, na questão subjetiva, está a percepção individual das dificuldades.

Para Dantas, Sawada e Malerbo (2003), mensurar QV é uma atitude bastante complexa pelo fato de não se encontrar definição consensual sobre e o que ela realmente significa. Em vista disso, ao iniciar uma pesquisa, o autor deverá definir o que está considerando como QV em seu estudo ou estabelecer em qual definição esse conceito se refere em seu trabalho de investigação. Os pesquisadores devem definir claramente o que entendem por QV e tentar identificar os diversos domínios a serem avaliados, considerando que cada domínio identifica um foco particular de atenção e agrupa vários itens.

Ao longo dos anos, a evolução da expressão, as dificuldades de conceituação e a variedade de posicionamentos a respeito de QV geraram também uma diversidade de instrumentos, formas de mensurá-la. Spitzer (1987) e Katz (1987 apud PAIVA, 2003) referindo-se a essas formas de avaliação de QV, relatam que os primeiros instrumentos ou escalas de avaliação de QV foram realizados por Karnofsky et al. (1949), os quais elaboraram uma escala que media a função física da pessoa e tinha como foco principal a saúde. Segundo os autores, a partir daí muitos outros instrumentos e escalas de mensuração foram desenvolvidos. Vido e Fernandes (2007) afirmam que os primeiros instrumentos estão citados na literatura a partir dos anos de 1970 e, desde então, têm apresentado um desenvolvimento considerável.

Seguindo uma trajetória de novos instrumentos avaliativos de QV, segundo Vido e Fernandes (2007), em 1985, foi desenvolvido um instrumento denominado “Quality of Life Index”, criado por Carol Estwing Ferrans e Marjorie J. Powers, elaborado para avaliar QV de uma forma qualitativa, aplicado em 18 países, traduzido para nove línguas, apresentando-se como uma das primeiras tendências transculturais de avaliação de QV, o que iniciou o processo de universalização de instrumentos utilizados para avaliação de QV.

A partir da diversificação de instrumentos e conceitos e da constatação de que não havia um instrumento com características específicas sobre QV, a Organização Mundial da Saúde (1995 apud FLECK et al., 2000) foi estimulada a definir os conceitos e elaborar um instrumento que abrangesse as dimensões e os aspectos relacionados à QV. Com base nesse posicionamento, em 1995, requisitou a participação de um grupo de estudiosos e pesquisadores de 15 países e formou-se, assim, o WHOQOL-Group. O resultado desse projeto, além das definições, conceituações, foi um instrumento de 100 itens, chamado WHOQOL-100, traduzido para idiomas diferentes com possibilidades de aplicação em várias culturas e grupos populacionais diferentes (FLECK et al., 1999a). Esse instrumento se fundamenta no pressuposto de subjetividade (percepção individual), multidimensionalidade (envolve aspectos sociais, culturais, sociais e do meio ambiente), abrangendo tanto aspectos negativos quanto positivos (ZANEI, 2006).

Após o WHOQOL-100, muitos outros instrumentos avaliativos surgiram e, na variedade de instrumentos disponíveis, há uma classificação mais ampla e abrangente para a opção de escolha de avaliar QV. Existem na literatura os questionários ou instrumentos que tratam desse tema de uma forma geral, chamados instrumentos genéricos. Avaliam a QV geral da pessoa, em todos os aspectos da conceituação. Também podem relacionar-se ao perfil de saúde e a posicionamentos que traduzem a preferência do paciente por determinado estado de saúde (CICONELLI, 1997; VIDO; FERNANDES, 2007). Como exemplos de instrumentos genéricos para avaliação de QV, encontram-se o Índice de QV (IQV) de Ferrans e Powers, o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref, o The Medical Outcomes Short Form (SF-36), sendo este, o SF-36, direcionado à avaliação da QVRS, entre outros (ZANEI, 2006). Os questionários específicos avaliam, de forma individual e específica, determinados aspectos da QV, proporcionando uma maior capacidade de detecção de melhora ou piora em casos de intervenções ou tratamentos. Podem ser específicos para as reações que determinadas patologias causam na vida de pacientes, para determinada função (sexual, física, sono, capacidade física) e para uma determinada população. A sensibilidade em detectar alterações após uma determinada intervenção é uma característica fundamental de tais instrumentos (GUYATT, 1995 apud CICONELLI, 1997; VIDO; FERNANDES, 2007).

Quanto às características particulares de cada instrumento, certos pontos devem ser considerados no momento de se avaliar a eficácia do instrumento a ser usado. Segundo Zanei (2006), os instrumentos devem ser reprodutíveis através do tempo, quer dizer, devem ser

capazes de reproduzir resultados iguais ou muito semelhantes, em uma ou mais administrações para o mesmo paciente, levando-se em consideração o seu estado clínico, alterado ou não.

A escolha dos instrumentos a serem utilizados deve seguir critérios nos quais se baseiam as propostas de estudo da pesquisa, cujos componentes devem ser claros, levar em conta a população a ser estudada, a definição da doença a que o instrumento se refere. Os fatores a serem considerados na aplicação e no uso do instrumento devem seguir critérios que envolvem: equivalência semântica gramatical, de vocabulário, equivalência idiomática e equivalência conceitual (CICONELLI, 1997). Vido e Fernandes (2007) afirmam que a facilidade e o tempo gasto na aplicação, com fidedignidade mantida nas informações, são importantes na decisão por determinado instrumento.

Segundo Laurenti (2003), os instrumentos utilizados para avaliar os comprometimentos na QV são na maioria originais da língua inglesa, e a partir das traduções, observa-se que muitas questões têm problemas de adaptação cultural e têm de ser substituídas. Baseada nessas diferenças e adaptações, a OMS, em 1980, publicou a “International Classification of Impairment, Disability and Handicap” e solicitou aos países que testassem essa classificação para avaliar e mensurar todas as manifestações de consequências de doenças, tendo-se em vista avaliar a QV. Em português, a classificação foi publicada como “Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens”.

A base dessas colocações direciona-se mais ao campo da avaliação específica de QV. Essa forma de classificar e de avaliar tem despertado o interesse de pesquisadores para avaliar funções, como em caso de doenças renais crônicas, epilepsia, acidente vascular cerebral, entre outros, e também com populações especiais, com idosos ou portadores de HIV (AIDS), entre outros (MENTA, 2003).

Lemos et al. (2006) afirmam que a possibilidade de se dispor de um instrumento capaz de estabelecer um perfil detalhado do paciente sobre o quanto sua QV se encontra alterada levou muitos pesquisadores a elaborarem questionários e a testá-los, para tentar criar parâmetros de avaliação da QV. Além disso, definir quais os aspectos mais afetados nessas pessoas pode auxiliar na escolha da terapia, da intervenção mais adequada.

Como exemplo desses instrumentos específicos que avaliam posicionamentos e percepção da pessoa sobre suas doenças e tratamentos pode-se citar o American Reumatism

Association (ARA); Functional Class, Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ), Arthritis Impact Measurement Scales (AIMES), entre outros (CICONELLI, 1997); instrumentos que avaliam populações específicas como para idosos o WHOQOL-OLD (FLECK et al., 2003); para religião o WHOQOL-módulo, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, entre outros (FLECK et al., 2003).

2.1.5 The Medical Outcomes Study (MOS) – 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)

O SF-36, instrumento genérico de avaliação de QVRS, foi traduzido e validado para o Brasil por Rozana Ciconelli da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), em 1997, respeitando-se os critérios de equivalência cultural, semântica, reprodutibilidade, comparações com outros questionários e análise estatística.

Ciconelli (1997) relata que o instrumento foi criado para ser um questionário genérico com a finalidade de avaliação geral da saúde, de fácil aplicação e compreensão e menor que os já existentes – os de Ware e Sherbourne, de 1992, e de Ware, Gandek e IQOLA Project Group, de 1994. O instrumento de QV SF-36 surgiu, então, inicialmente a partir de um questionário de avaliação de saúde, formulado na língua inglesa, com 149 itens, desenvolvido e testado em mais de 22.000 pacientes, como parte de um estudo de avaliação da saúde (MOS). Foi criado a partir da análise de vários outros instrumentos utilizados nos últimos 20 anos, que avaliavam a Capacidade funcional, os Aspectos sociais e a Saúde mental.

O SF-36 transformou-se num instrumento multidimensional formado por 36 itens englobados em oito escalas ou componentes: Capacidade funcional: questões relacionadas a atividades vigorosas que exigem esforço físico, tais como; correr, levantar objetos pesados, subir escadas, andar, entre outras (10 itens), Aspectos físicos: relacionam-se com atividades laborais, tempo dedicado ao trabalho, realização de tarefas, dificuldades na realização do trabalho, exigência de esforços extras (4 itens), Dor: intensidade da dor e interferência da mesma nas atividades de vida diária (2 itens), Estado geral de saúde: se considera a saúde boa ou ruim, se costuma adoecer, se acha que a saúde vai piorar (5 itens), Vitalidade: quanto tempo sente-se cheio de vigor, disposição, energia, ou cansado, esgotado (4 itens), Aspectos sociais: analisa de que maneira a saúde física interfere nas atividades sociais, família, diversões, amigos (2 itens), Aspectos emocionais; analisa o equilíbrio emocional e se este

interfere em suas relações ou atividades (3 itens), Saúde mental: procura investigar o tempo que a pessoa tem se sentido deprimida, desanimada e abatida, ou uma pessoa feliz, alegre (5 itens) e mais uma questão comparativa entre as questões de saúde atual e a de um ano atrás (WARE; GANDEK; IQOLA PROJECT GROUP, 1994).

Na criação e comparação com outros instrumentos, as escalas de funcionalidade foram adaptadas sem modificações, avaliando tanto a presença, como a limitação imposta pela capacidade física. As escalas referentes aos aspectos físicos e emocionais foram baseadas na escalas do SF-20; entretanto no SF-36 foram acrescentadas não só as limitações no tipo e quantidade de trabalho como também o quanto essas limitações interferem nas atividades diárias do paciente. Na escala de avaliação da intensidade da dor, a pergunta foi baseada no SF-20, e foi incluído um item com a finalidade de medir a interferência ou extensão dela nas atividades diárias (CICONELLI, 1997).

As questões sobre a avaliação do Estado geral de saúde foram reproduzidas do questionário General Health Rating Index (GHRI) e as escalas de Vitalidade foram derivadas do questionário Mental Health Inventory (MHI), questionários esses em que são avaliados tanto o nível de energia quanto o de fadiga. No caso dos dois itens da escala de aspectos sociais, se analisa a integração da pessoa em atividades sociais e as questões foram retiradas do SF-20 (WARE et al., 1986 apud CICONELLI, 1997).

Os cinco itens de avaliação da saúde mental são os mesmos do SF-20, tendo sido modificada somente a forma de apresentação. Um item sobre as alterações de saúde ocorridas no período de um ano, embora não seja usado para as oito dimensões anteriores, é importante para se ter conhecimento da doença do paciente (McHORNEY et al., 1992 apud CICONELLI, 1997), avaliando-se assim tanto os aspectos negativos da saúde (relacionados à doença ou enfermidade), como os aspectos positivos (bem-estar) (WARE; GANDEK; IQOLA PROJECT GROUP, 1994). A única desvantagem do SF-36 é não abordar os aspectos sexo e sono, que foram considerados, mas não acrescentados (CICONELLI, 1997; WARE; SHERBOURNE, 1992).

Os resultados após sua aplicação são obtidos por meio de um escore para cada questão, o qual posteriormente é transformado em uma escala de 0 a 100, em que zero corresponde a um pior estado de saúde, e 100, a um melhor estado de saúde, sendo cada domínio analisado separadamente. Propositalmente não existe um número geral ou total, que

considere a melhor ou pior saúde (WARE et al., 1995 apud CICONELLI, 1997; WARE; SHERBOURNE, 1992).

A funcionalidade do instrumento e o crescente interesse de utilização levaram os pesquisadores Ware, Gandek e IQOLA Project Group (1994) a iniciarem o projeto de internacionalização e de validação desse questionário, para que ele pudesse ser utilizado em outros idiomas. Esse projeto foi denominado International Quality of Life Assessment Project (IQOLA) que conta então com a colaboração de vários pesquisadores, os quais são responsáveis pela tradução e validação. Atualmente 14 países participam, e o SF-36 continua sendo traduzido para aproximadamente 20 países, incluindo o Brasil (WARE; SHERBOURNE, 1992).

Quanto à utilização de instrumentos de QV, os pesquisadores Dantas, Sawada e Malerbo (2003) realizaram uma pesquisa bibliográfica para levantamento de publicações em realizadas nas universidades públicas do Estado de São Paulo e constataram que, entre os instrumentos genéricos usados pelos pesquisadores, o mais utilizado foi o SF-36. A escolha do SF-36 por 18 dos 53 trabalhos levantados vai ao encontro da situação internacional, pois tal instrumento tem sido considerado o mais usado em todo o mundo com a finalidade de avaliar QVRS. Desde a sua tradução e validação para o português, em 1997, ele tem sido amplamente utilizado.

A respeito da aplicabilidade e funcionalidade do SF-36, Zanei (2006) relata um estudo multicêntrico internacional desse instrumento em relação à utilização e aplicabilidade dele em doenças crônicas. O estudo revelou que os pacientes que convivem com doenças como artrite, doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), insuficiência cardíaca, doenças cardíacas, isquemia, diabetes, apresentam comprometimento maior no aspecto físico e consequente alteração na QV nessa dimensão. A co-morbidade se refere a uma ou mais condições patogênicas nas pessoas que já possuem alguma doença de base. Em outros tipos de pacientes, como oncológicos ou cardíacos, os domínios e o grau das alterações pode ter maiores variações. Assim o SF-36 torna-se um instrumento de QV, de ampla aplicabilidade e funcionalidade no que se refere às questões de QV e saúde (ZANEI, 2006; PASCHOAL, 2000).

Souza et al. (2004) também refere ser o SF-36 um instrumento que é de fácil aplicação e mantém suas características de reprodutibilidade, validade e susceptibilidade a alterações, já

testado e aprovado em muitos países. Além disso, seus conceitos não são específicos para determinada idade, doença ou grupo de tratamento, permitindo assim comparações entre diferentes patologias, tratamentos e culturas (CICONELLI, 1997).

2.1.6 Qualidade de vida e tontura

Na área da otoneurologia e da audiology, muito se tem pesquisado, e ainda há muitas indagações a respeito da sintomatologia chamada tontura. Com todas as informações pesquisadas até então, o sintoma “tontura” permanece em geral, de difícil diagnóstico, dada à variedade de sintomas e termos referidos pelas pessoas que a têm. São comuns as manifestações que ocorrem em associação com as tonturas. A pessoa acometida terá consequências em suas atividades diárias e, possivelmente, em sua QV. O impacto que a sintomatologia causa na QV da pessoa tem sido cada vez mais investigado, seguindo os parâmetros delineados a partir da conceituação do termo (GANANÇA, M. et al., 1999; PAIVA; KÜHN, 2004).

A tontura encontra-se entre as manifestações de patologias, ou seja, uma sintomatologia que, por suas limitações físicas, funcionais, emocionais ou pela própria ligação com outras doenças, pode comprometer o desempenho das atividades da pessoa. O sintoma tontura pode estar associado a diversas patologias ou ser decorrente delas, consequentemente, a variedade de sintomas associados é enorme. As desordens do sistema vestibular, além de gerarem problemas físicos e emocionais, podem provocar incapacidade para o desempenho das atividades profissionais, sociais e domésticas, piorando a QV destas pessoas (GANANÇA, F. et al., 2004).

Castro, M. et al. (2003) argumentam que o paciente com tontura habitualmente relata dificuldade de concentração mental, perda de memória e fadiga. A insegurança física gerada pela tontura freqüente e pelo desequilíbrio corporal pode conduzir à irritabilidade, perda de autoconfiança, medo de sair sozinho, medo de uma doença séria, sensação de estar fora da realidade, além de ansiedade, depressão ou pânico (YARDLEY; PUTMAN, 1992 apud CASTRO, M. et al., 2003). As experiências de “sentir tontura”, relatadas pelas pessoas, fornecem informações sobre o quanto as atitudes e as crenças adotadas perante um quadro vertiginoso podem limitar física e socialmente a pessoa.

Handa et al. (2005) afirmam que os desconfortos gerados pelos sintomas decorrentes de transtornos do equilíbrio podem, de forma relevante e duradoura, alterar a capacidade de realizar as tarefas do dia-a-dia. O caráter flutuante desse distúrbio labiríntico, a progressão da lesão com o decorrer da evolução clínica, a imprevisibilidade de futuras crises e as alterações emocionais determinam a piora na QV dessas pessoas.

Os aspectos negativos, aliando tontura com desconforto físico e funcional, causam conflito e embaraço social, podendo também gerar medo da incapacidade física ou de uma doença séria. A pessoa angustia-se, temerosa por estar com doenças graves e sem tratamento. Pessoas com histórico psiquiátrico normal podem também desenvolver sinais de ansiedade, pânico e agorafobia depois de uma crise vestibular, por causa da considerável justaposição entre os sintomas de vertigem, pânico e ansiedade (GANANÇA, F. et al., 2004).

Ganança e Caovilla (1998a) citam que, quando isso ocorre, as atividades físicas, as viagens e reuniões sociais tendem a ser evitadas com o intuito de reduzir o risco de aparecimento desses sintomas desagradáveis, assustadores, para evitar o embaraço social e o estigma que eles podem causar. As consequências somatopsíquicas da vertigem recorrente podem incluir ansiedade e ataques de pânico, medo de sair sozinho, interferência nas atividades diárias e sentimentos de estar fora da realidade e despersonalização. É evidente então que os aspectos psicológicos e emocionais são significantes para manter ou valorizar as limitações e o estresse causados pela tontura (HANDA et al., 2005, GANANÇA, F., 2004; CIRÍACO et al., 2004).

Handa et al. (2005) realizaram pesquisa com pacientes portadores de crises de tonturas típicas da Doença de Ménière e da Vertigem Postural Paroxística Benigna, as quais estão entre as patologias mais comuns que representam os transtornos vestibulares. Os autores aplicaram questionários específicos investigando o impacto do sintoma por meio da análise dos domínios físico, funcional, emocional e social, que constituem o instrumento. Quanto aos aspectos avaliados pelo instrumento utilizado, a diferença estatística foi significativa no período das crises, e o aspecto físico foi o mais alterado, seguido pelo funcional e, por último, pelo emocional.

O caráter recorrente das manifestações clínicas da Vertigem Postural Paroxística Benigna freqüentemente provoca restrição da movimentação cefálica, com o intuito de diminuir o aparecimento e a intensidade das crises. A perturbação do equilíbrio corporal,

aliada a essa atitude de limitação dos movimentos pode comprometer o desempenho de atividades diárias, escolares, profissionais e sociais, em consequência, a QV se altera (HANDA et al., 2005).

Os autores consultados são unâimes em afirmar que, a partir de seus estudos, têm comprovado efetivamente que as vertigens, tonturas, são freqüentes. Conseqüentemente, em graus diversos, variáveis de acordo com a sintomatologia associada, elas causam algum tipo de alteração na QV das pessoas que as têm (DALLA VECHIA et al., 2005; CHAVES; BOARI; MUNHOZ, 2007).

Nesse sentido, torna-se fundamental entender o que ocorre fisiologicamente com o equilíbrio corporal e suas implicações, tanto quanto com o desequilíbrio corporal, conhecido como tonturas e vertigens.

2.2 O EQUILÍBRIO CORPORAL

Segundo Ganança e Caovilla (1998a), o equilíbrio é uma função sensório-motora responsável por estabilizar o campo visual e manter a postura corporal ereta. O equilíbrio do corpo é determinado pelas informações que se originam no sistema vestibular, visual e proprioceptivo e chegam ao tronco encefálico sob a coordenação do cerebelo. Tais informações desencadeiam reflexos, necessários para a manutenção da postura. Esse padrão de estímulos e respostas realizados de forma simétrica resulta em equilíbrio; contrariamente, o conflito destas gera o desequilíbrio.

Para Jensen (2003), todos os vertebrados tendem a manter uma postura fundamental, que é a postura de referência para caminhar, e o sistema vestibular é determinante para a sua organização, contribuindo de forma direta para a organização da postura. Mor et al. (2001) relatam que, para a compreensão sobre o equilíbrio corporal e até mesmo uma investigação a respeito dele, é necessário conhecer os aspectos anatomo-fisiológicos do sistema vestibular, órgão fundamental para a organização postural e manutenção do equilíbrio. O ouvido humano, onde estão as estruturas sensoriais da audição e do equilíbrio, está dividido didaticamente em três partes: orelha externa, orelha média e orelha interna.

A orelha externa compreende as estruturas do pavilhão auricular, popularmente chamado de orelha, o meato acústico ou orifício de entrada da onda sonora e o conduto

auditivo externo, que vai desde o meato até a membrana timpânica ou tímpano. A orelha média está localizada logo após a membrana timpânica e é uma cavidade cheia de ar onde estão localizados os ossículos martelo, bigorna e estribo. Esses ossículos estão ligados entre si por membranas e ligamentos e funcionam em um sistema de alavanca, transmitindo a onda sonora para as cavidades mais internas (McMINN; HUTCHINGS; LOGAN, 2000; BENTO; MINITI; MARONE, 1998).

Com relação à chamada orelha interna, é nesta parte mais interna do ouvido que se localizam as estruturas responsáveis pela audição e pelo equilíbrio (FIGURA 1). É chamada também de “labirinto”, pois se refere a um complexo sistema de canais ósseos encavados no osso temporal. Em seu interior, há canais membranosos preenchidos por um líquido chamado endolinfa, que tem a composição química rica em potássio. Por fora desses canais, há um outro líquido chamado perilinfa, que é rico em sódio. Essa composição química é fundamental na bioquímica celular da orelha interna, sendo responsável por muitas reações que ocorrem nessas estruturas, referentes à audição e ao equilíbrio (MOR et al. 2001; BONALDI et al., 1998; GINSBERG; WHITE, 1999; CORREA, 2002).

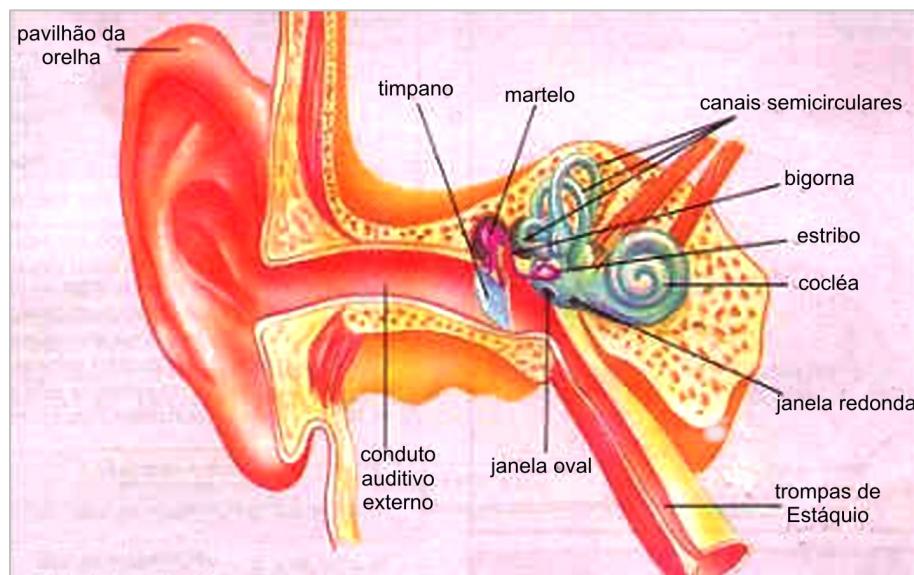


FIGURA 1 - Orelha interna.

Fonte: Vilela (2007).

Observa-se que, na porção anterior da orelha interna, encontra-se a cóclea, com a forma de um canal espiralado, responsável pela audição, e, na parte posterior, três canais

semicirculares dispostos a 90 graus no plano espacial. Na região intermediária, chamada vestíbulo, estão outras duas estruturas, o sáculo e o utrículo. Os receptores sensoriais, localizados nessas estruturas, são as cristas ampulares na porção dilatada dos canais semicirculares e as máculas (espessamento de paredes) do utrículo e do sáculo, com as otocônias, que são pequenos grãos de carbonato de cálcio depositados sobre as máculas (RUSSO; SANTOS, 1993; MacDONALD, 2004; ZEMLIN, 2000).

As chamadas estruturas vestibulares, destacadas na Figura 2, são estruturas sensoriais principais responsáveis pela informação sobre os movimentos, sobre os deslocamentos corporais. A fisiologia do equilíbrio se processa por meio das informações originadas basicamente dessas estruturas. Na orelha interna, encontram-se receptores para a audição, bem como receptores responsáveis por detectarem a posição e os movimentos da cabeça. A informação desse último é utilizada na manutenção do equilíbrio e dos movimentos (SPENCE, 1991; MANGABEIRA-ALBERNAZ, 2000; MacDONALD; 2004).

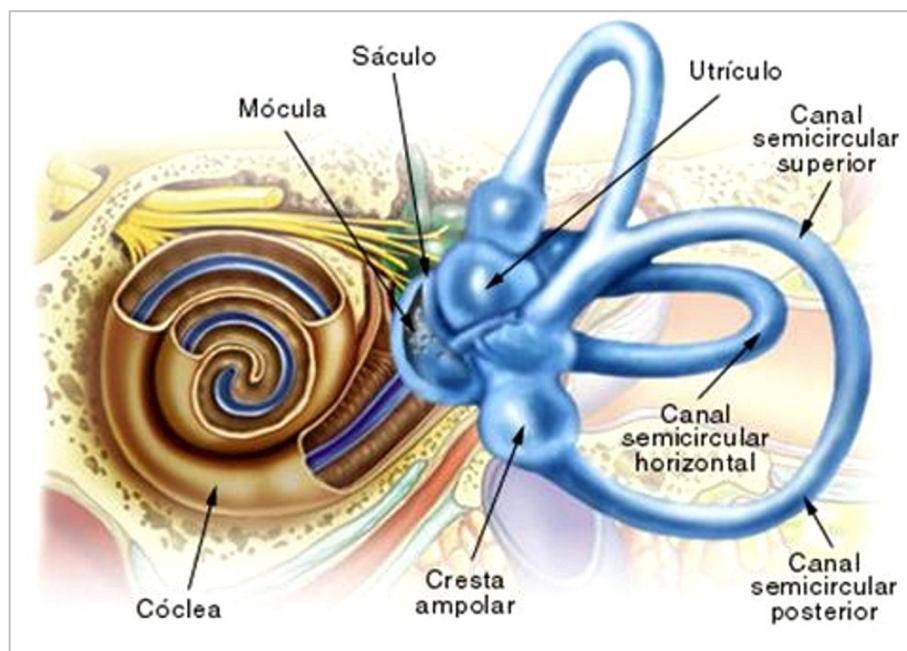


FIGURA 2 - Estruturas sensoriais responsáveis pelo equilíbrio – canais semicirculares, sáculo, utrículo.

Fonte: Maldonado (2006 apud NUNES, 2007).

Todas as informações, originadas pelo sistema vestibular, na orelha interna transforma-se em um estímulo elétrico que percorre um trajeto por meio de vias neurológicas centrais até o tronco encefálico, onde estão os núcleos vestibulares, cuja função é receber, organizar, decidir sobre as informações recebidas dos movimentos. O Sistema Nervoso Central (SNC) recebe tais informações para as quais são enviados reflexos, como o reflexo vestíbulo-ocular e reflexo vestíbulo-espinal, entre outros, para efetuarem ou manterem a postura, o corpo em equilíbrio. Tudo isto ocorre sob a coordenação do cerebelo (JENSEN, 2003; GANANÇA; CAOVILLA, 1998b; GANANÇA, M. et al., 1999).

Segundo Mor et al. (2001), um dos fatores a se considerar na manutenção do equilíbrio é a formação reticular, que é uma rede de neurônios distribuída pelo SNC, no tronco encefálico, e que através da neuroplasticidade, tem papel relevante na melhora dos casos de transtornos do equilíbrio. Sua função é interligar o sistema vestibular a outros sistemas, que também participam do equilíbrio, como o sistema visual, o proprioceptivo, entre outros, e realizar o processo de compensação, que é o retorno do organismo ao funcionamento após uma afecção labiríntica.

Com relação às informações sensoriais responsáveis pelo equilíbrio, Ganança e Caovilla (1998b, p. 13) afirmam que

[...] a manutenção do equilíbrio corporal mantém-se pelas informações sensoriais das estruturas anatômicas do aparelho vestibular (orelha interna), das informações visuais, com relação ao campo visual, e da propriocepção, com as informações sobre deslocamentos, movimentos, posição do corpo no espaço.

As informações do aparelho vestibular (orelha interna) devem estar em sintonia com as informações visuais a respeito do espaço (olhos) e com as dos exteroceptores e enteroceptores (propriocepção), localizados na pele, nos tendões musculares, nas articulações, os quais informam sobre a movimentação e posição do corpo (MOR et al., 2001).

Settanni (1998b) relata que o SNC organiza e processa rapidamente todas essas informações sensoriais visuais, vestibulares e proprioceptivas em centros específicos, nos núcleos vestibulares, localizados no tronco encefálico. Tais estruturas decidem, então, sobre os movimentos da cabeça, da coluna vertebral, pernas, braços, olhos e de todos os músculos necessários à manutenção do equilíbrio, fazendo as correções necessárias para que este ocorra.

Segundo Caovilla (1998), o sistema proprioceptivo-vestibular constitui o ponto inicial de contato do ser humano com o ambiente. Relata a autora que a postura, o equilíbrio físico e a coordenação motora são alicerces fundamentais para a aquisição de muitas aprendizagens, inclusive a da linguagem falada e escrita. Pelas posturas e movimentações do corpo é possível andar na posição ereta (ortostática) e, a partir desta, vivenciar situações de aprendizagem em toda sua abrangência.

Jensen (2003), Mor et al. (2001), Ganança e Caovilla (1998b), entre outros autores consultados, afirmam que o sistema visual (olhos) informa aos centros corticais sobre o espaço ambiental, a localização, a movimentação, e funciona de forma reflexa sem a pessoa tomar consciência disso; são, portanto, atitudes involuntárias em respostas às estimulações sensoriais. O labirinto vestibular conecta-se com o sistema visual, e todo esse sistema de informações, dos dois labirintos, deverá funcionar simetricamente. Se isto não ocorrer, acontecerá uma confusão momentânea nas estruturas centrais (SNC), e o indivíduo terá a sensação de tontura ou perturbação do equilíbrio corporal.

Segundo Roeser (2001), o sistema vestibular possui a importante função de fornecer informações ao SNC sobre a ação de forças lineares e angulares (ação da gravidade) que atuam sobre o corpo. A detecção da aceleração angular e linear da cabeça (movimentos) é feita pelo sistema vestibular. Os movimentos da cabeça e dos olhos são provocados por sinais do sistema vestibular, para promover na retina uma imagem visual estável e permitir que o corpo controle e ajuste sua postura, buscando manter o equilíbrio.

2.3 TONTURA/VERTIGEM

As estimulações sensoriais originadas pelas estruturas do sistema vestibular, simétricas, geram o equilíbrio enquanto informações diferentes, conflitantes, desencadeiam a sensação de desequilíbrio corporal. Existem inúmeras expressões utilizadas para descrever tais sensações alteradas, sendo mais populares os termos tontura e vertigem, com características fisiopatológicas comuns.

2.3.1 Conceitos/características

Segundo Ganança e Caovilla (1998a), ao caracterizarem o sintoma tontura, afirmam que tontura é o termo que representa as manifestações de desequilíbrio corporal, no qual o paciente se sente girando no meio ambiente ou o ambiente girando à sua volta. Tais manifestações podem ser de origem periférica ou central. As causas periféricas são as relacionadas às alterações nas estruturas vestibulares da orelha interna (ouvido), e as centrais, às alterações dos núcleos vestibulares (tronco encefálico) ou demais estruturas centrais envolvidas no sistema vestibular (JENSEN, 2003).

Para Ganança e Caovilla (1998a), os distúrbios do equilíbrio, ou seja, tonturas em forma de crises vertiginosas, são alterações freqüentes, geralmente apresentadas com o termo popularmente conhecido, e às vezes inadequado, de “labirintite”¹. O sufixo ‘ite’ se refere a um processo inflamatório e nem sempre é o que ocorre no labirinto. As crises labirínticas, em geral, podem estar relacionadas a outras alterações no organismo, como causas metabólicas, circulatórias, traumáticas, de origem psicológica, neurológica, ortopédica e outras. Ainda segundo os autores, os sintomas descritos, muitas vezes, não significam inflamação, degeneração do labirinto como o termo sugere, e sim, afecções do sistema vestibular periférico (labirinto) e/ou central (nervo vestibular após entrada no tronco encefálico). Para esses autores, vestibulopatia é o termo genérico ideal a ser utilizado para os distúrbios do equilíbrio de origem periférica e/ou central, e labirintopatia, para os comprometimentos da orelha interna.

Jensen (2003) relata que o tipo mais comum de tontura ou perturbação do equilíbrio são as vertigens, que têm uma característica rotatória, ou seja, sensação de que os objetos estão em movimento, rodando, e cujas crises podem durar horas, dias ou mais.

Segundo Ganança e Caovilla (1998b, p. 14),

Tontura é uma sensação errônea, uma ilusão de movimento, sensação de alteração de equilíbrio, que pode ser de caráter rotatório (vertigem) ou não rotatório (instabilidade, ondulações, vacilação, titubeio, flutuação, ascensão, afundamento, pulsão, impulsão, oscilopsia).

¹ Termo em referência ao nome “labirinto” dado à orelha interna, no ouvido humano, onde estão as estruturas periféricas responsáveis pela audição e equilíbrio (GANANÇA; CAOVILLA, 1998a).

Caracterizam também as tonturas como zonzeira, atordoamento, estonteamento e sensação difusa de perturbação do equilíbrio corporal.

Segundo Kühn e Casagrande (1998), o termo vertigem, que é a forma mais comum de tontura, tem origem no latim *vertēre* que significa rodar. Para Ganança e Caovilla (1998a), o termo é genericamente usado embora nem sempre tenha um significado real. Usualmente é utilizado para determinar qualquer distúrbio subjetivo do equilíbrio. O termo genérico de tontura é usado para descrever todo o processo complexo de sintomas e sensações subjetivas relacionadas ao desequilíbrio, descritas pelas pessoas.

Em referência à definição do termo tontura, Mantello (2006, p. 34) cita a definição da Academia Americana de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço: “[...] vertigem é a sensação de movimento quando nenhum movimento está ocorrendo relacionado à força da gravidade”. O autor também cita a definição dos dicionários médicos mundiais, como o *Dorland's Medical Dictionary* (1965), que se refere à vertigem (tontura) como “[...] uma alucinação de movimento, uma sensação como se o mundo externo girasse ao redor do indivíduo (vertigem objetiva) ou como se este girasse no espaço (vertigem subjetiva)”, e também o *Mosby's Medical Nursing and Allied Health Dictionnaire* (1998), com a definição de vertigem como “[...] uma sensação de instabilidade, tontura, perda do equilíbrio, causada por um distúrbio dos canais semicirculares da orelha afetada ou no núcleo vestibular central”.

Mantello (2006), ainda em referência à terminologia tontura/vertigem, cita a pesquisa realizada, por Barkley e Goebel (2001), com médicos otorrinolaringologistas a respeito do termo vertigem, os quais responderam que o consideram vago, impreciso e variável. De acordo com esses autores, os membros da Academia Americana de Audiologia e Otoneurologia concordam com essa caracterização. Sentem a necessidade de aprofundar a definição e sugerem que uma definição mais popular deve limitar o significado da palavra (vertigem) à sensação e ao termo tontura.

Pela variedade de características na terminologia desse sintoma, e por confundir-se popularmente a tontura com o termo vertigem, nesta pesquisa optou-se por seguir essa orientação, na referência a crises de vertigem denominadas tontura ou vice-versa, na forma popularmente conhecida. Ele será abordado seguindo as características descritas de crises de tontura e a freqüência com que as pessoas são acometidas popularmente chamadas de labirintite.

2.3.2 Tipos de tontura

De acordo com Ganança e Caovilla (1998a), as tonturas podem ter característica rotatória ou não e, quanto à sua intensidade, podem ser agudas, em uma única crise; periódicas, separadas por intervalos de duração variável; e crônicas, de intensidade variável (constante ou intermitente). Para os autores é importante analisar sempre as características e o início das tonturas, a duração, a intensidade, a constância ou intermitência, a progressão, a estabilização ou regressão, os fatores de melhora ou piora (com os olhos abertos ou fechados); certas posições, a mudança de cabeça, corpo, em concomitância com sintomas auditivos (diminuição ou flutuação da audição, zumbidos, sensação de plenitude ou pressão nos ouvidos, hipersensibilidade a sons intensos, dificuldade para entender a fala), e manifestações neurovegetativas (náuseas, sudorese, palidez taquicardia, parestesia, extremidades frias, ou quedas). Todas essas manifestações associadas podem ajudar no diagnóstico causal.

Os autores acima complementam também que é freqüente a associação da tontura com confusão mental, decréscimo da atenção, capacidade de concentração e da memória para fatos recentes. Queixas de alteração do estado de consciência com sensação de desmaio (pré-síncope) ou desligamentos fugazes, eventualmente acompanhados de escurecimento da visão, visão em túnel, desorientação espacial (BITTAR et al., 1998; JENSEN, 2003; GANANÇA, M., 1998; GANANÇA; CAOVILLA, 1998d).

A tontura crônica ou crises vertiginosas podem levar à restrição de atividades físicas diárias, podendo gerar insegurança, ansiedade, depressão, baixa auto-estima, pânico, medo de morrer, dificuldades de comunicação, de relacionamentos com o meio ambiente, isolamento, afastamento do trabalho. As repercussões dos transtornos de equilíbrio corporal sobre a QV podem afetar o desempenho social e profissional da pessoa (BITTAR et al., 2004; PAIVA; KÜHN, 2004).

2.3.3 Incidência

Quanto à incidência, segundo Ganança e Caovilla (1998a), a vertigem é o sintoma mais comum do mundo. Citam também que a vertigem é a terceira queixa mais freqüente na medicina e que está presente em 5% a 10% da população mundial. Ocorre em mais de 33%

das pessoas em alguma época da vida e, que é a sétima queixa mais freqüente em mulheres e a quarta mais freqüente nos homens.

Moreno e Renaud (2000), em um estudo na comunidade inglesa produtiva (18-64 anos de idade), relatam que uma em cada cinco pessoas havia apresentado um episódio de vertigem no último mês em que ocorreu a pesquisa, sendo a maioria com um grau acentuado de incapacidade, decorrente da tontura. Mantello (2006) cita pesquisa no Japão em que cada 1.000 pessoas, 60 apresentavam esse sintoma.

Com relação à grande ocorrência de tontura na idade adulta e idosa, Gazzola et al. (2006) têm considerado a tontura como uma síndrome geriátrica, que ocorre devido aos déficits dos múltiplos sistemas (vestibular, neurológico e outros), acarretando aos idosos maior sensibilidade aos transtornos do equilíbrio. Fukuda (1998) relata que a população idosa sofre mais com as limitações físicas dos quadros de vertigem. Chaves, Boari e Munhoz (2007) relatam que patologias, como a Doença de Ménière (quadro clínico mais freqüente em distúrbios vestibulares), ocorrem de 46 a 200 casos a cada 100 mil habitantes e que a faixa etária mais atingida é após a quarta década de vida.

2.3.4 Etiologia

Na investigação dos fatores causais, isto é, desencadeadores do sintoma tontura, existem muitas opções, como causas referentes ao funcionamento do corpo de um modo geral, e também fatores, que poderão ocasionar o aparecimento da sintomatologia. Entre estes estão os aspectos físicos/neurológicos e psicogênicos/psicossomáticos. Quanto às causas de tonturas, autores como Mangabeira-Albernaz (1998), Bittar et al. (1998), Bittar et al. (2003) e Zucoloto (2001), são unânimes em afirmar que existem muitas causas para explicar os sintomas de tontura descritos pelas pessoas. Mangabeira-Albernaz (1998) afirma que, para muitos estudiosos, todos os tipos de tontura seriam originados no sistema vestibular e que, para outros, raramente teriam origem fora deste sistema.

Com referência aos aspectos fisiológicos e neurológicos, Ganança e Caovilla (1998b) citam que tonturas são geralmente decorrentes de desordens funcionais primárias ou secundárias do sistema vestibular. Afirmam que as causas para estas vestibulopatias primárias ou secundárias são traumatismos de cabeça e pescoço, infecções (por bactéria e vírus), drogas

ou medicamentos (nicotina, cafeína, álcool, maconha, anticoncepcionais, sedativos, tranquilizantes, antiinflamatórios, antibióticos); erros alimentares, tremores, envelhecimento, distúrbios vasculares (hipo ou hipertensão arterial, arteriosclerose), doenças metabólicas (hiper ou hipoglicemia, hipo ou hiperinsulinemia, hiper ou hipotireodismo, anemia, aumento das taxas de colesterol, triglicérides), problemas cervicais, doenças do sistema nervoso central, alergias, distúrbios psicológicos e psiquiátricos (fobias, pânico, ansiedade, depressão), cinetoses, problemas genéticos.

De acordo com Mangabeira-Albernaz (1998), os quadros clínicos associados ao labirinto nem sempre são anatomo-patológicos bem definidos. Segundo o autor, as vertigens (tonturas) são manifestações de desorientação espacial originadas no aparelho vestibular (orelha interna) e podem ter origem tanto periférica (estruturas da orelha interna), como central (vias e conexões neurológicas vestibulares). Podem ser fisiológicas, isto é, provocadas por agentes ou estímulos externos, como a síndrome de Débarquement (também chamada por Mal de Desembarque), que é o desequilíbrio ao pisar em terra firme depois de passar longo tempo em um barco, ou o efeito Coriolis, desequilíbrio em consequência de acelerações, o qual acomete os pilotos de supersônicos entre outros; e não fisiológicas, quando se referem a alterações no sistema vestibular.

Para Ganança e Caovilla (1998a), o equilíbrio corporal, que alguns até consideram como “sexto sentido”, pode apresentar alterações funcionais originadas nas diversas estruturas do sistema vestibular (vestibulopatias primárias) ou determinadas por problemas clínicos à distância, em outros órgãos ou sistemas, que podem afetá-lo de diferentes maneiras (vestibulopatias secundárias).

O diagnóstico das vertigens e das perturbações do equilíbrio deve ser realizado em equipe, por causa das suas características variadas e da combinação com outros quadros clínicos. Pela vasta etiologia, a descoberta da possível causa requer a realização de exames subsidiários, como hemograma, (colesterol, triglicérides, hormônios tireoidianos, curva glicêmica e insulinêmica, entre outros exames de sangue) avaliações em outras áreas médicas (cardiologia, neurologia, ortopedia, endocrinologia, psiquiatria e outras) exames de imagem (tomografia computadorizada, raios X, ressonância magnética entre outros) (GANANÇA; CAOVILLA, 1998a).

Os principais quadros clínicos em adultos e idosos que referem a queixa de tontura são: afecções de orelha externa ou média; Vertigem Postural Paroxística Benigna; DM, neurite vestibular; vertigem súbita, traumatismo de cabeça e pescoço: ototoxicoses; pseudo-ménière (vertigem psicossomática); labirintites; lues; traumatismo labiríntico; afecções auto-imunes; síndromes cervicais; labirintopatias metabólicas; labirintopatias vasculares; oteodistrofias; esclerose múltipla, neuromas do nervo vestíbulo coclear, tumores glônicos, e outros (GANANÇA, F., 1998; CAMPOS, 1998).

Segundo Gazzola et al. (2006), as tonturas são decorrentes de distúrbios primários ou secundários do sistema vestibular em aproximadamente 85% dos casos. Bittar et al. (2003) relatam que o labirinto (orelha interna) é muito sensível às oscilações dos níveis de glicose e insulina por ser um órgão que tem uma atividade metabólica intensa, e com isso o funcionamento pode alterar-se. Simoceli et al. (2003) citam que as vertigens de origem vascular são freqüentes em idosos após a quinta década de vida e o que as difere das outras causas em geral são os sintomas associados, como zumbidos, arritmias cardíacas, desequilíbrio corporal entre outras.

Settanni (1998a) afirma que é difícil o topodiagnóstico entre causas periféricas e neurológicas nos quadros otoneurológicos. Devem os auditólogos e otologistas utilizar vários meios para chegar mais próximo ao diagnóstico, sempre averiguando e atentando para a sintomatologia associada ao sintoma principal, no caso, a vertigem ou tontura no sentido genérico. A sintomatologia associada também é significativa no diagnóstico de causas de tontura de origem central (SNC, núcleos vestibulares, formação reticular).

No que se refere aos aspectos psicogênicos/psicossomáticos, segundo Kühn e Casagrande (1998) e Baleeiro (1998), a ligação entre a vertigem e a ansiedade foi descrita, pela primeira vez, por Sigmund Freud na obra *Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose da angústia* (1895), na qual o autor destacava que a vertigem ocupava um lugar proeminente entre os demais sintomas dos quadros de ansiedade.

Baleiro (1998) também se reporta a essas colocações em seu artigo sobre a otorrinolaringologia e a psicanálise, referindo que os sintomas de vertigem ligados à neurose da angústia foram descritos por Freud, e que estes têm, na sua forma mais intensa de manifestação, os ataques de vertigem, os quais, em geral, vêm acompanhados de alterações no

ritmo cardíaco e respiratório. O autor cita que, em conferência sobre “Doença de Ménière”, proferida no Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia, realizado em Recife, em 1997, o Dr. Michel Portman enfatizou diversos aspectos psíquicos nessa afecção e que, na sua experiência, toda primeira crise da doença é uma manifestação psicossomática.

Caovilla e Ganança (1998) também relatam que as “agorafobias” – “vertigens fóbicas” geralmente presentes nas crises de pânico ou transtornos emocionais em geral – necessitam, muitas vezes, de uma contribuição psiquiátrica sobre a importância, a incidência e oferecem dificuldade diagnóstica. Os transtornos ansiosos, freqüentes no sistema primário de saúde, também devem ser valorizados no atendimento das queixas de doentes vertiginosos. O paciente vertiginoso é geralmente poliqueixoso apresentando descrição, às vezes, dramática de seus sintomas (BALEIRO, 1998).

Muitas vezes, segundo os autores acima citados, aspectos psicossomáticos e psicogênicos podem estar envolvidos em uma crise de vertigem/tontura, e as pessoas com histórico psiquiátrico normal também podem desenvolver sinais de ansiedade, pânico e agorafobia depois de uma crise vestibular, tornando-se difícil diferenciar as desordens físicas e psicológicas das queixas de tontura, pela justaposição entre os sintomas de vertigem/tontura, pânico e ansiedade. Os testes utilizados para avaliar os distúrbios do equilíbrio não são sensíveis o suficiente para mensurar e demonstrar a interferência psicológica no quadro clínico da tontura. Autores como Hallam e Hinchcliffe (1991) referem que a subjetividade dos sintomas associados à tontura em geral não são detectados em exames e técnicas convencionais de avaliação.

Baleiro (1998) aborda diversos aspectos entre o psiquismo e a vertigem dando ênfase à síndrome do pânico. As consequências somatopsíquicas da vertigem recorrente, causada por desordens vestibulares, podem incluir ansiedade e ataques de pânico, medo de sair sozinho, interferência nas atividades diárias e sentimentos de estar fora da realidade e despersonalização. O autor, ainda se referindo às questões psicossomáticas envolvidas nas manifestações de tontura, salienta que Otto Fenichel, em sua obra *Teoria psicanalítica das neuroses* (1981), afirma, como muitos outros pesquisadores, que toda doença é psicossomática, visto não existir doença somática inteiramente isenta de influência psíquica, afirmando haver um componente psicossomático nas manifestações de tonturas.

Paiva e Khün (2004), analisando prontuários de pacientes otoneurológicos, encontraram que sintomas psicológicos concomitantes à queixa de vertigem, em ordem decrescente, são angústia, ansiedade, medo, depressão e distúrbios de memória. Dentre estes, a angústia foi o sintoma psicológico de maior prevalência. Os autores referem que os quadros psicológicos de ansiedade, medo e depressão são apontados na literatura de co-morbidade aos quadros de vertigem e que devem ser estudados adequadamente nesses casos. Todos esses transtornos explicitados, decorrentes de crises vertiginosas, podem ocasionar alterações significativas na QV dos indivíduos que as têm.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a QV e a percepção do sintoma tontura em professores de uma universidade privada de Campo Grande, MS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os dados sociodemográficos da amostra através das variáveis: sexo, idade, profissão, doenças, queixa de tontura (referida como crise labiríntica ou vertiginosa) e a freqüência das crises.

Correlacionar os dados sociodemográficos com os domínios do SF-36: Capacidade funcional, Aspectos físicos, Aspectos sociais, Aspectos emocionais, Dor, Vitalidade, Saúde mental, Estado geral de saúde.

Determinar a prevalência do sintoma tontura na amostra estudada, identificando a população com tontura.

Correlacionar os domínios do SF-36 da amostra dos participantes com tontura.

Comparar a QV dos participantes com e sem tontura.

4 MÉTODO

Neste capítulo, serão descritas a metodologia e as etapas do desenvolvimento da parte prática desta pesquisa.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa, em que se propôs avaliar a QV e o sintoma tontura nos professores de uma universidade privada em Campo Grande, MS, caracterizou-se como uma pesquisa do tipo quantitativa, exploratória, descritiva e de corte transversal.

4.2 LOCAL E ABRANGÊNCIA DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido no período de maio a julho de 2007, na UCDB, em Campo Grande, MS.

4.2.1 Localização

A UCDB está localizada no município de Campo Grande, no Estado do Mato Grosso do Sul, região Centro-Oeste. O Estado faz fronteiras com a Bolívia e o Paraguai e com os Estados de São Paulo e Paraná.

4.2.2 Histórico

A UCDB é uma instituição, pertencente à Missão Salesiana de Mato Grosso (MSMT), associação civil, católica, benficiante, educativo-cultural e de assistência social, criada em 1932.

A MSMT, em 20 de dezembro de 1989, requereu ao Conselho Federal de Educação a transformação em universidade da então Faculdades Unidas Católicas Dom Bosco. A aprovação ocorreu em 21 de fevereiro de 1991, pelo Parecer n. 000113. O reconhecimento pelo Ministério da Educação foi publicado no Diário Oficial da União em 27 de outubro de 1993 (UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO, 2007; SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

4.2.3 Perfil da entidade

A UCDB está fundamentada na filosofia humanístico-cristã, baseada nos preceitos da religião católica, conforme o artigo 4, II do seu regimento interno: “[...] no desempenho de suas atividades a UCDB a fim de cumprir sua missão, se propõe a [...] propiciar o desenvolvimento científico-tecnológico, social, artístico e cultural, tendo como referência os valores cristãos” (UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO, 2007; SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

4.2.4 Estrutura organizacional

A estrutura física da universidade está distribuída em blocos: A, B, C, administrativo, biblioteca, centro de pesquisa e pós-graduação, laboratório de comunicação, creche infantil e a clínica-escola.

4.2.5 Estrutura institucional

A universidade dispõe de 38 cursos de graduação, três de educação à distância (EAD), cursos de especialização em diversas áreas e quatro cursos de Mestrado: Psicologia, Educação, Desenvolvimento Local e Biotecnologia.

Atualmente, com 8.654 alunos matriculados nos referidos cursos e 410 professores.

Além disso, possui a Clínica-escola na qual a população é atendida em procedimentos realizados por estagiários supervisionados durante o cumprimento de atividades profissionais formativas. Atualmente dispõe de atendimento à rede pública de saúde por meio da implantação de uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento nas áreas de fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição.

4.3 PARTICIPANTES

A amostra foi constituída por 100 professores voluntários, sendo do sexo feminino (n=59) e masculino (n=41), com faixa etária variável, os quais exercem a profissão de

docentes na UCDB. O universo de professores da referida universidade perfazia, no momento da pesquisa, um total de 392 professores.

4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

O único critério para participar da pesquisa era ser docente na UDCB. Não houve a intenção de selecionar a amostra quanto às variáveis sexo, faixa etária, profissão e outras, portanto, foi assimétrica a distribuição dessas variáveis na amostra.

4.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para a realização desta pesquisa foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido. Utilizou-se um questionário sociodemográfico elaborado pela autora, contendo perguntas fechadas sobre as variáveis: sexo, idade, profissão, problemas de saúde/doenças (APÊNDICE A), e o sintoma tontura e freqüência do mesmo.

Com relação à tontura e as doenças pesquisadas no questionário sociodemográfico, não foram estas investigadas quanto ao diagnóstico médico, ou seja, foram somente levantados de modo informal, de acordo com a informação do participante. Elas foram pesquisadas levando-se em conta autores como Ganança e Caovilla (1998a), Castro, M. et al. (2003), Bittar et al. (2003), Mangabeira-Albernaz (1998) os quais afirmam que 85% dos casos de tontura são transtornos do equilíbrio advindos do sistema vestibular (orelha interna) que em grande parte são decorrência de transtornos metabólicos ou vasculares ao nível da orelha interna, mas também podem ocorrer por afecções extravestibulares, ou seja, outras doenças no organismo bem como a fatores psicossomáticos. Com essas informações, pesquisou-se a ocorrência de algumas doenças que poderiam ter como manifestação o sintoma tontura.

Para avaliação da QVRS foi utilizado o instrumento, SF-36 (ANEXO A) com o qual se avalia a QVRS por meio de 8 domínios: Capacidade funcional, Estado geral de saúde, Aspectos físicos, Aspectos sociais, Aspectos emocionais, Dor e Saúde mental.

A escolha do instrumento SF-36 foi motivada pelas características descritas na validação e tradução para a língua portuguesa e por ser um instrumento com praticidade na aplicação e enfocar em seus domínios todos os aspectos sobre a QVRS.

4.6 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Após o consentimento da instituição para o desenvolvimento da pesquisa, foi enviada uma solicitação aos coordenadores dos cursos para apresentação da mesma, constando seus objetivos e solicitando a colaboração na constituição da casuística.

A amostra foi selecionada de forma casual, aleatória e por conveniência, isto é, uma abordagem ao participante em seu período de trabalho, nos momentos de intervalos entre as aulas, nas salas dos professores, secretarias de coordenação de blocos e de cursos.

Os participantes foram abordados durante o período e local de trabalho, ou seja, nos intervalos das aulas, reuniões, nas dependências da universidade, e convidados a participarem da pesquisa. Após a abordagem aleatória e casual, eram informados dos objetivos principais da pesquisa. Os participantes deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e preencher os questionários. Na apresentação destes, os professores que tinham disponibilidade preenchiam-no no momento da abordagem e com aqueles que não pudessem, foi combinado que os questionários seriam preenchidos e depositados em urnas específicas, colocadas na sala de professores de cada bloco e na Clínica-escola, e posteriormente recolhidos pela autora.

A aplicação do instrumento para a coleta de dados foi realizada de forma direta, isto é, pelo próprio avaliador. A instrução apresentada aos participantes avaliados atendeu a duas modalidades: verbal, pela própria pesquisadora antes da aplicação do questionário; e escrita, registrada nas perguntas sobre a tontura, no questionário. O participante foi instruído verbalmente sobre:

- a) definição de tontura (quadro clínico que corresponde à sensação subjetiva, ou ilusão de movimento, que pode ser caracterizado por sensação rotatória, vertigem que pode ocorrer uma vez ou em episódios repetidos). Explicaram-se também os termos genéricos de tontura-labirintite, crises vertiginosas e, que deveriam então responder sobre a presença da tontura, e marcar as opções que se referiam ao número de crises que já tiveram;
- b) o preenchimento do questionário que deveria ser a caneta, pelo próprio participante;

- c) a necessidade de que as informações fornecidas e registradas correspondessem diretamente aos sinais e sintomas que apresentavam;
- d) a disponibilidade de realizarem questionamentos ou solicitarem esclarecimentos ao pesquisador diante de quaisquer dúvidas sobre o preenchimento.

No momento da apresentação, foi-lhes devidamente explicado com relação aos temas a serem abordados, como “qualidade de vida” e o “sintoma tontura”. Nesse momento, foi esclarecido ao participante sobre a sintomatologia da tontura, popularmente chamada de “labirintite”, que seria pesquisada. Eles deveriam, ao responder sobre a presença da tontura, marcar as opções que se referiam ao número de crises que já tiveram, o que, de certa forma, evidenciaria a cronicidade dos sintomas, já que, segundo autores como Ganança e Caovilla (1998a), Castro, M. et al. (2003), entre outros, a cronicidade das crises de tontura são fatores significativos para alterações na QV. Desse modo, foram colocados os critérios relacionados ao sintoma tontura, como definição do termo e freqüência, visando esclarecer sobre a queixa que seria pesquisada.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a coleta dos dados, os questionários foram tabulados em planilhas e, posteriormente, submetidos aos testes estatísticos.

Para avaliação da QV dos participantes foram aplicados os testes *t* de Student, Análise de Variância (ANOVA) e coeficiente de correlação *Pearson*, para verificar as diferenças significativas em cada um dos domínios: Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor, Estado geral de saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspecto emocional e Saúde mental. O *t* de Student é um teste de hipótese para médias. Para constatar se existem diferenças significativas ou não entre os dados analisados, utilizou-se o p-valor como referência ($p=0,05$ associação significativa). Os testes foram aplicados com 95% de confiabilidade. O teste de correlação de *Pearson* foi utilizado nas variáveis contínuas em que se compararam dados quantitativos.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa seguiu as orientações éticas e científicas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas com seres humanos e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) por meio da Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996). Recebeu a autorização da Diretoria de Graduação (DIRGRAD) da UCDB para execução da pesquisa com os docentes. O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB (ANEXO B) e aprovado para execução.

5 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados, de modo descritivo e com inferências estatísticas, os resultados do presente estudo em forma de gráficos e tabelas demonstrativas. Tal formato de apresentação foi selecionado considerando o instrumental estatístico utilizado.

5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

Quanto aos resultados obtidos na aplicação do questionário sociodemográfico, pode-se observar que a porcentagem de participantes em relação ao sexo é de 59% do sexo masculino e 41% do sexo feminino. Em relação à profissão dos mesmos as respostas foram classificadas em áreas de atuação (APÊNDICE C). Observa-se que 39% responderam que são professores, 34% profissionais da área da saúde, 23% de humanas e 4% de exatas. Na variável estado civil, pode-se observar que 63% são casados, 24% solteiros e 13% em outras formas de relacionamento, incluindo-se nesta classificação 12% divorciados e 1% viúvo, observando-se que o número de casados é bem superior ao número de solteiros, divorciados e viúvos (TABELA 1).

TABELA 1 - Dados sociodemográficos dos participantes

Variáveis	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	59	59,0
	Masculino	41	41,0
	Total	100	100,0
Profissão	Professor	39	39,0
	Saúde	34	34,0
	Humanas	23	23,0
	Exata	4	4,0
	Total	100	100,0
Estado civil	Casado	63	63,0
	Divorciado	12	12,0
	Solteiro	24	24,0
	Viúvo	1	1,0
	Total	100	100,0

Na Tabela 2, descrevem-se os resultados das perguntas sobre a tontura a prevalência do sintoma pesquisado e a freqüência do mesmo. Apresentam-se também os resultados da pergunta sobre problemas de saúde considerados aqui como as doenças, co-morbidades ao sintoma tontura, em que 59% dos participantes responderam ausência de doenças, enquanto 41% responderam afirmativamente e, assinalaram uma ou mais das opções sugeridas.

Na investigação sobre a ocorrência do sintoma tontura, dos 100 participantes, 38 responderam “sim” ao sintoma tontura, isto é já tiveram alguma vez uma ou mais crises de tontura, caracterizadas com o nome popular de “labirintite”. Nas opções sugeridas quanto à freqüência das crises, foi sugerido que os professores assinalassem uma opção que se referisse a quantas crises já tiveram, na qual havia a opção de uma crise recente ou há muito tempo, sabendo-se que esta é uma característica que ocorre nas labirintopatias em que o indivíduo pode ter uma crise e levar algum tempo, até anos, a desencadear outra ou mais crise, e a opção “duas ou mais de uma crise”, para constatar cronicidade dos sintomas apresentados. Dos 38 participantes com referência de tontura, 15 (46,5%) responderam que já tiveram uma crise recente ou uma há muito tempo, e 23 participantes (53,5%) referiram-se a crises freqüentes, ou seja, duas ou mais por ano. Constatou-se assim que 53% dos que têm tontura apresentam certa cronicidade na sintomatologia pesquisada (TABELA 2).

TABELA 2 - Caracterização da ocorrência da sintomatologia tontura, freqüência do sintoma e problemas de saúde (co-morbidades) entre os participantes

Problemas de saúde (doenças)	Categoria	n	%
Problema de saúde	Sim	41	41,0
	Não	59	59,0
	Total	100	100,0
Queixa de tontura	Sim	38	38,0
	Não	62	62,0
	Total	100	100,0
Crises ocorridas	Até uma	15	46,5
	Mais de duas	23	53,5
	Total	38	100,0

As opções de doenças (co-morbidades) foram apresentadas levando-se em conta que essas poderiam, de acordo com a literatura pesquisada, estar relacionadas à sintomatologia da tontura. A maioria dos participantes respondeu mais de uma das opções. Problemas de coluna

foi a opção mais apontada com 17 participantes (24,3%), em segundo lugar, outras doenças (18,6%); colesterolinemia e hipertensão com 14,3%; doenças da tireóide com 10,0%; trigliceridemia com 7,1%; diabetes com 5,7%; hipoglicemia com 2,9%; problemas cardíacos e hipotensão com 1,4% (TABELA 3, GRÁFICO 1).

TABELA 3 - Ocorrência de co-morbidades ao sintoma tontura (doenças referidas pelos participantes)

Problema	n	%
Coluna	17	24,3
Colesterol alto	10	14,3
Hipertensão	10	14,3
Tireóide	7	10,0
Triglicérides	5	7,1
Diabetes	4	5,7
Hipoglicemia	2	2,9
Cardíacos	1	1,4
Hipotensão	1	1,4
Outros	13	18,6
Total	70	100,0

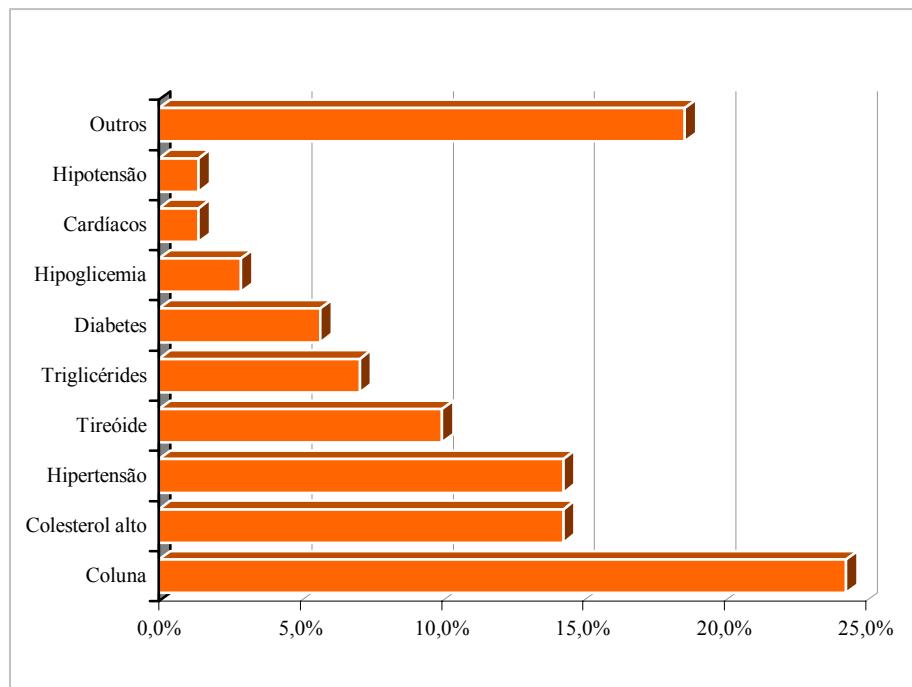


GRÁFICO 1 - Média de ocorrência de co-morbidades ao sintoma tontura (doenças referidas pelos participantes).

5.2 ANÁLISE DOS DADOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO TOTAL EM RELAÇÃO AOS DOMÍNIOS DO SF-36

Na análise dos domínios do SF-36 em relação à variável sexo, observa-se que em todos os domínios os escores masculinos foram superiores aos femininos, significando que os homens têm melhor QV que as mulheres. No domínio Capacidade funcional, tanto homens como mulheres tiveram a melhor pontuação, e a pior pontuação foi no domínio Vitalidade e Aspectos sociais.

Foram encontrados três casos de associações significativas nos domínios: Capacidade funcional ($p=0,007$), Vitalidade ($p=0,003$) e Saúde mental ($p=0,003$), significando que nesses domínios há uma diferença maior ainda entre os homens e as mulheres (TABELA 4, GRÁFICO 2).

TABELA 4 - Distribuição dos domínios do SF-36 em relação à variável sexo

Dimensões	Variável	Média	Desvio-padrão	t	p
Capacidade funcional	Feminino	83,14	18,14	7,59	0,007
	Masculino	91,46	8,00		
Aspectos físicos	Feminino	73,31	35,31	1,23	0,27
	Masculino	80,49	25,93		
Dor	Feminino	65,88	23,18	2,97	0,088
	Masculino	73,54	19,76		
Estado geral de saúde	Feminino	76,05	15,19	0,30	0,586
	Masculino	77,88	18,16		
Vitalidade	Feminino	57,88	22,11	9,09	0,003
	Masculino	70,12	16,37		
Aspectos sociais	Feminino	58,47	14,72	1,22	0,271
	Masculino	61,95	16,47		
Aspecto emocional	Feminino	71,19	35,26	0,96	0,328
	Masculino	78,05	33,01		
Saúde mental	Feminino	68,81	17,85	9,13	0,003
	Masculino	78,34	11,28		

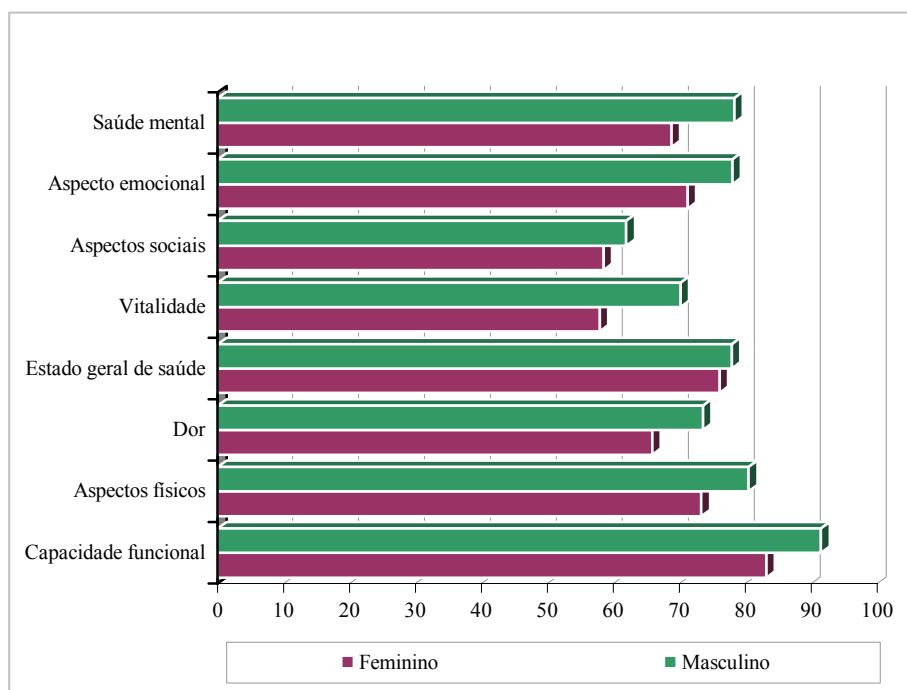


GRÁFICO 2 - Médias obtidas na variável sexo em relação aos domínios do SF-36.

No que se refere à correlação entre o estado civil e os domínios do SF-36, constatou-se que não houve associação significativa entre casados, solteiros e outros (divorciados/viúvos), isto é, não há uma diferença na QV entre estes, dentro dessa população e neste estudo Pode-se observar que a melhor pontuação entre as classificações (solteiros/casados/outros) está no domínio Capacidade funcional, e os piores escores no domínio Aspectos sociais para ambas as classificações (TABELA 5, GRÁFICO 3).

TABELA 5 - Correlação entre estado civil e os domínios do SF-36

Domínio	Variável	Média	Desvio-padrão	F	p
Capacidade funcional	Casado	85,40	17,81		
	Solteiro	89,58	8,59	0,64	0,529
	Outros	86,54	11,79		
Aspectos físicos	Casado	73,41	33,26		
	Solteiro	80,21	27,56	0,70	0,501
	Outros	82,69	32,89		
Dor	Casado	66,65	21,41		
	Solteiro	72,00	22,84	1,06	0,35
	Outros	75,00	23,69		
Estado geral de saúde	Casado	77,49	15,69		
	Solteiro	75,21	19,33	0,17	0,844
	Outros	76,38	15,00		
Vitalidade	Casado	61,19	20,03		
	Solteiro	62,71	23,54	1,35	0,265
	Outros	71,54	18,07		
Aspectos sociais	Casado	59,37	14,80		
	Solteiro	57,08	18,76	2,13	0,124
	Outros	67,69	9,27		
Aspecto emocional	Casado	73,54	34,47		
	Solteiro	73,61	35,41	0,05	0,948
	Outros	76,92	34,39		
Saúde mental	Casado	72,38	14,68		
	Solteiro	69,33	19,62	2,15	0,122
	Outros	80,62	14,32		

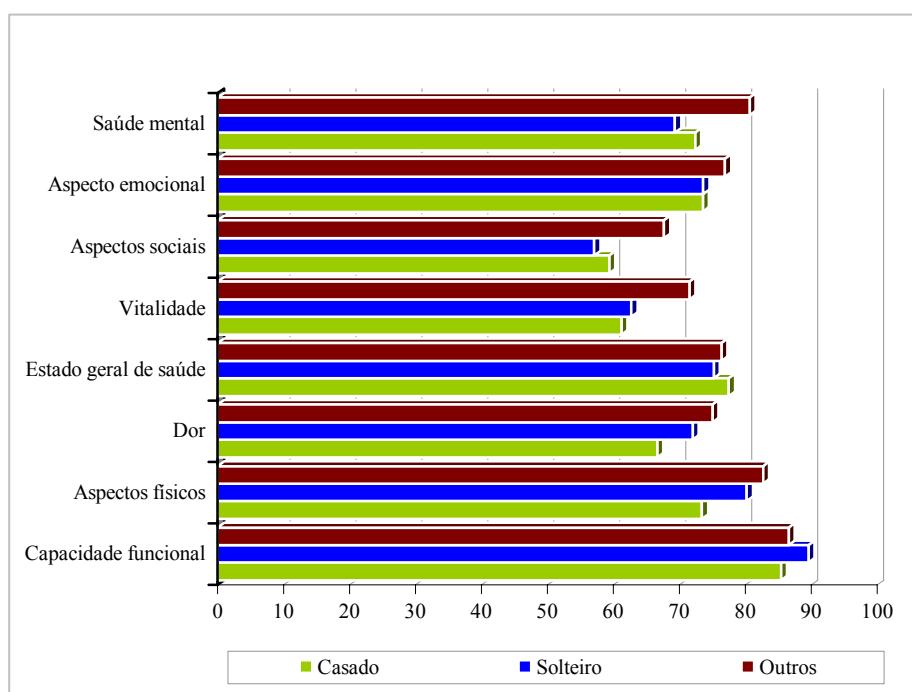


GRÁFICO 3 - Médias obtidas na variável estado civil em relação aos domínios do SF-36.

Na análise da QV e a idade dos participantes foi aplicado o teste de correlação linear de *Pearson* onde encontrou-se correlação positiva nos domínios Vitalidade ($p=0,001$) e Saúde mental ($p<0,001$). Ressalta-se que os coeficientes de correlação têm sinal positivo, descrevendo uma curva ascendente na comparação dos dados quantitativos, o que significa que quanto maior a idade, maiores foram os escores de Vitalidade e de Saúde mental, sem, contudo, significar que estes domínios estejam com alta pontuação (TABELA 6).

TABELA 6 - Análise de correlação entre a variável idade e os domínios do SF-36

Dimensões	Correlação	p
Capacidade funcional	-0,100	0,328
Aspectos físicos	0,058	0,567
Dor	0,169	0,097
Estado geral de saúde	0,056	0,582
Vitalidade	0,331	0,001
Aspectos sociais	0,144	0,157
Aspecto emocional	0,153	0,131
Saúde mental	0,362	< 0,001

Em relação às co-morbidades, na análise para problemas de saúde e os domínios do SF-36 foram utilizadas somente as respostas Sim ou Não, devido ao tamanho da amostra por doença apontada não possibltar análise estatística. Na correlação entre problemas de saúde (Sim/Não) e os domínios do SF-36, foi encontrada correlação significativa nos domínios: Capacidade funcional, Dor, Vitalidade, Estado geral de saúde e Saúde mental. Os participantes que referem ausência de doenças tiveram a melhor pontuação no domínio Capacidade funcional, e a pior pontuação em Vitalidade e Aspectos sociais. Observa-se que em todos os domínios os escores de quem tem problemas de saúde estão piores do que aqueles que referem ausência de doenças, com exceção do domínio Aspectos emocionais, que está com melhor pontuação em quem refere ter problemas de saúde (TABELA 7, GRÁFICO 4).

TABELA 7 - Correlação entre a percepção de problemas de saúde e os domínios do SF-36

Domínios	Variável	Média	Desvio-padrão	t	p
Capacidade funcional	Não	90,17	14,53	8,61	0,004
	Sim	81,34	15,17		
Aspectos físicos	Não	80,08	30,36	2,11	0,15
	Sim	70,73	33,50		
Dor	Não	75,31	19,12	13,11	< 0,001
	Sim	59,98	23,08		
Estado geral de saúde	Não	81,51	14,46	13,33	< 0,001
	Sim	70,02	16,83		
Vitalidade	Não	66,44	18,29	4,32	0,04
	Sim	57,80	23,19		
Aspectos sociais	Não	61,19	15,66	0,99	0,321
	Sim	58,05	15,20		
Aspecto emocional	Não	70,62	36,66	1,40	0,24
	Sim	78,86	30,51		
Saúde mental	Não	76,14	13,47	6,83	0,01
	Sim	67,80	18,42		

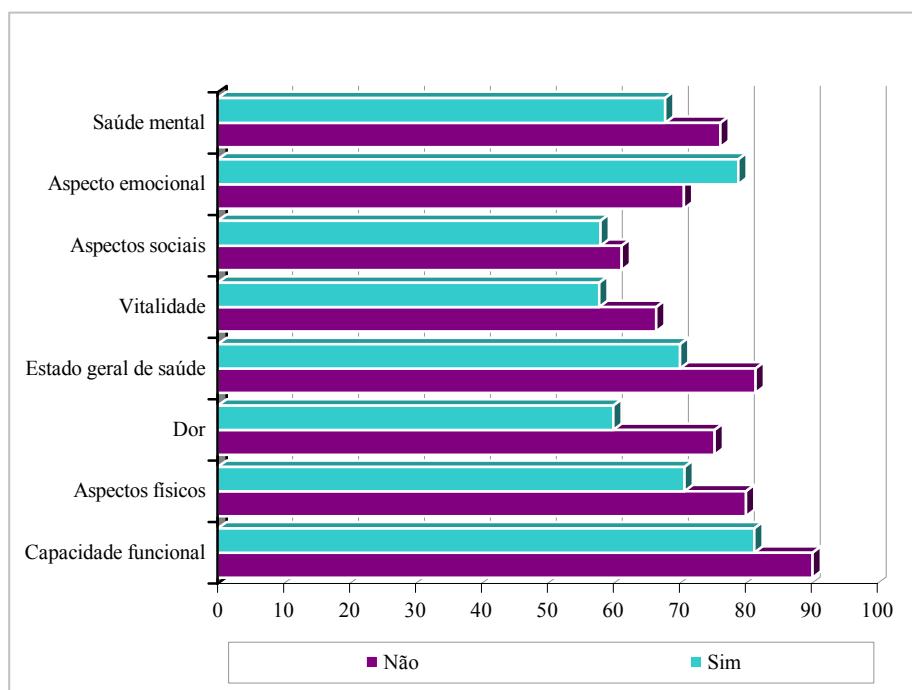


GRÁFICO 4 - Médias obtidas na percepção de problemas de saúde em relação aos domínios do SF-36.

5.3 IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO COM TONTURA

Foi perguntado aos participantes se possuíam tonturas caracterizadas como crises vertiginosas, popularmente chamadas “labirintite”. Dos 100 participantes, 38 (38%) referiram tontura, e 62 participantes (62%) responderam que não. Com essas informações, passou-se a identificar essa população que refere tontura e que foi analisada de acordo com certas características como: sexo, faixa etária, problemas de saúde, freqüência da tontura.

Dos 38 participantes que referiram tontura, 24 (63,2%) são do sexo feminino, e 14 (36,8%), do sexo masculino (TABELA 8).

TABELA 8 - Distribuição percentual dos participantes que têm tontura, quanto ao sexo

Sexo	n	%
Feminino	24	63,2
Masculino	14	36,8
Total	38	100,0

Na análise da idade dos participantes que referiram tontura observa-se que a média de idade para quem não tem tontura é de 43,70 anos e dos que tem é de 39,08 anos (TABELA 9).

TABELA 9 - Análise da idade dos participantes que referiram tontura

Descrição	n	Média	Desvio-padrão	t	p
Não	62	43,70	9,99		
Sim	38	39,08	8,22	5,68	0,019

Na análise dos participantes que responderam ter tontura em relação a terem respondido se tinham problemas de saúde ou não, obtiveram-se resultados de que 18 desses participantes referem problemas de saúde (doenças) e 20 participantes responderam que não têm problemas de saúde, considerando-se então que a maioria dos participantes que têm tontura não possuem doenças, co-morbidades que poderiam justificar sua tontura, e que esta poderia então estar sendo desencadeada por outros fatores (TABELA 10).

TABELA 10 - Correlação entre as pessoas que responderam sim à tontura e a terem declarado se possuem ou não problemas de saúde

Descrição	n	%
Não	20	52,6
Sim	18	47,4
Total	38	100,0

5.4 CORRELAÇÃO DA POPULAÇÃO COM TONTURA E OS DOMÍNIOS DO SF-36

Após a identificação da população que referiu tontura, analisaram-se os domínios do SF-36 desta população quando se observou que os professores que responderam não ter tontura possuem melhores escores de QV do que aqueles que responderam sim. Isso significa que quem tem tontura tem pior QV em todos os domínios analisados, comparados com os que não a tem. Os melhores escores foram em Capacidade funcional tanto para quem tem, quanto para quem não tem tontura, e os piores no domínio Aspectos sociais e Vitalidade também para ambos. Foi constatada correlação significativa nos domínios: Vitalidade ($p=0,001$), Aspectos sociais ($p=0,008$) e Saúde mental ($p<0,001$) (TABELA 11, GRÁFICO 5).

TABELA 11 - Correlação entre a queixa de tontura e os domínios do SF-36

Domínios	Variável	Média	Desvio-padrão	t	p
Capacidade funcional	Não	87,74	15,54	0,98	0,324
	Sim	84,61	15,04		
Aspectos físicos	Não	77,02	31,78	0,09	0,76
	Sim	75,00	32,36		
Dor	Não	72,21	22,61	3,50	0,064
	Sim	63,82	20,37		
Estado geral de saúde	Não	77,90	15,02	0,74	0,393
	Sim	75,00	18,52		
Vitalidade	Não	67,98	18,83	10,74	0,001
	Sim	54,61	21,35		
Aspectos sociais	Não	63,06	13,86	7,26	0,008
	Sim	54,74	16,72		
Aspecto emocional	Não	75,81	35,28	0,45	0,505
	Sim	71,05	33,04		
Saúde mental	Não	77,23	14,50	14,45	< 0,001
	Sim	65,37	16,14		

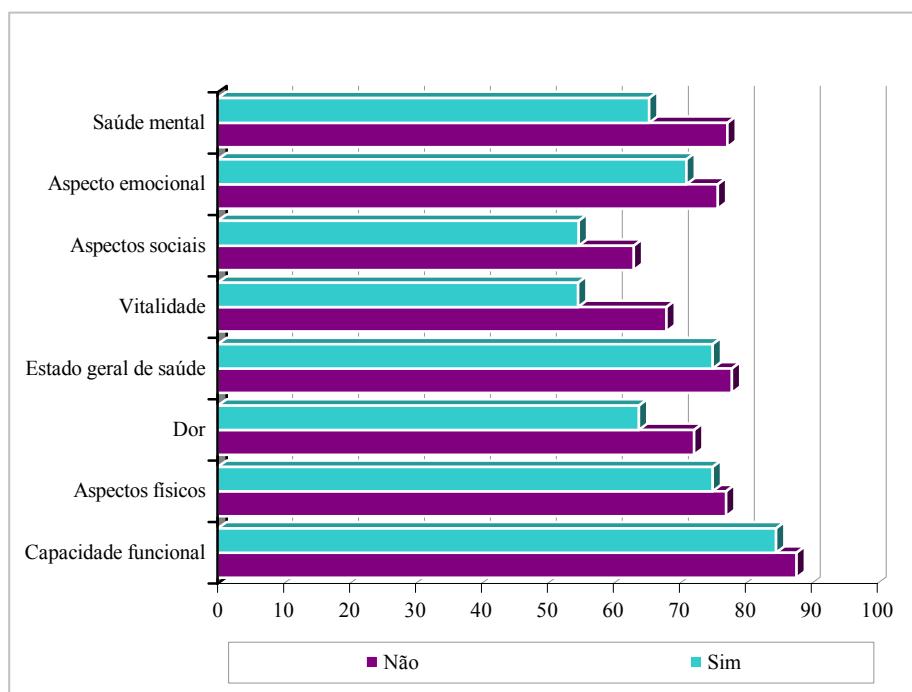


GRÁFICO 5 - Médias obtidas pelos participantes entre a queixa de tontura e os domínios do SF-36.

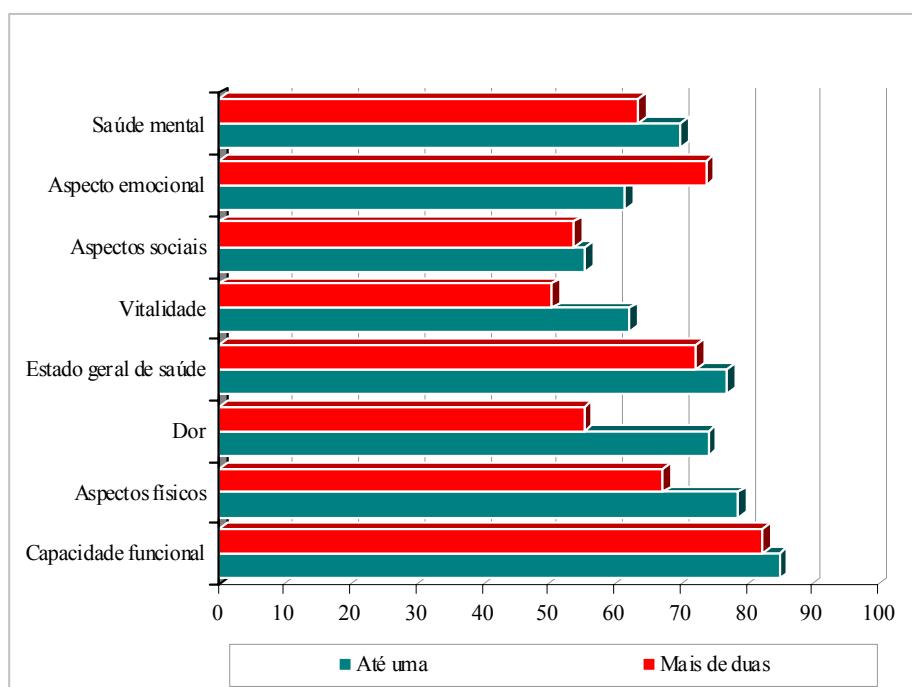
Foi correlacionada a freqüência das crises de tontura com os domínios do questionário SF-36. A amostra foi composta de 15 participantes com até uma crise e 23 participantes com duas ou mais crises.

O único componente do questionário SF-36 com associação significativa foi o domínio Dor ($p=0,001$). Os participantes que responderam ter duas ou mais crises de tontura apresentaram escores piores nos domínios do SF-36, do que aqueles que responderam ter tido apenas uma crise (TABELA 12, GRÁFICO 6).

TABELA 12 - Correlação entre a freqüência de tontura e os domínios do SF-36

Domínios	Variável	Média	Desvio-padrão	t	p
Capacidade funcional	*Até uma	85,00	13,57	0,29	0,59
	Mais de duas	82,39	17,38		
Aspectos físicos	Até uma	78,75	36,52	1,14	0,292
	Mais de duas	67,39	33,23		
Dor	Até uma	74,25	20,23	11,86	0,001
	Mais de duas	55,39	15,63		
Estado geral de saúde	Até uma	77,00	15,56	0,74	0,396
	Mais de duas	72,30	19,68		
Vitalidade	Até uma	62,25	19,43	3,56	0,066
	Mais de duas	50,65	20,69		
Aspectos sociais	Até uma	55,50	15,72	0,09	0,762
	Mais de duas	53,91	18,03		
Aspecto emocional	Até uma	61,67	40,86	1,27	0,266
	Mais de duas	73,91	30,08		
Saúde mental	Até uma	70,20	16,34	1,67	0,203
	Mais de duas	63,65	16,75		

*até uma: uma crise recente ou uma há muito tempo.

**GRÁFICO 6** - Médias obtidas pelos participantes por freqüência da tontura e os domínios do SF-36.

Com relação ao desenvolvimento da pesquisa, considerando-se o nível de esclarecimento, a escolaridade dos participantes que responderam aos questionários, pôde-se supor que os temas abordados ficaram claros e compreendidos por eles, quanto às suas respostas. Tais fatos puderam ser observados no momento da análise dos questionários, pois todos os participantes que responderam “Sim” ao sintoma tontura marcaram o número de crises que já tiveram, constatando-se assim a ocorrência do sintoma e sua cronicidade em alguns casos. Observou-se, então, que não houve dúvida nas respostas dos participantes quanto às características e freqüência de tontura. Na pergunta sobre problemas de saúde todos os respondentes que assinalaram “Sim” à pergunta sobre ter ou não problemas de saúde, marcaram uma ou mais das doenças sugeridas, evidenciando-se assim que os participantes acham que as doenças são seus problemas de saúde e que têm um diagnóstico médico ou empírico sobre estas.

6 DISCUSSÃO

Para melhor explanação, os resultados serão discutidos em três seções: na primeira, a análise dos dados sociodemográficos da população total; na segunda, a comparação destes com os domínios do SF-36; e na terceira, a identificação dos participantes com tontura e a QV desta população.

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Na presente pesquisa, constatou-se que, as mulheres são a maioria, com 59 participantes do sexo feminino (59%) e 41 do sexo masculino (41%) o que está semelhante aos dados encontrados por Souza et al. (2004) que, pesquisando a QV dessa mesma população, encontraram a maioria do sexo feminino (38 mulheres e 29 homens, em uma amostra de 67 participantes). No que se refere à característica da predominância feminina, na classe profissional de professores, os achados foram comparados com os de Rocha e Felli (2004), em trabalho sobre QV profissional de docentes do curso de enfermagem da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), São Paulo, os quais entrevistaram 15 profissionais docentes: 13 do sexo feminino e 2 do masculino. A referência à característica feminina da profissão também é feita por Bittencourt (2005), que cita o “Censo Professor 2003”, do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP), demonstrando que, na educação básica e no ensino fundamental, a docência é de maioria feminina. Tais estudos com professores referem que a profissão do magistério tem a predominância feminina devido ao caráter cuidador imposto socialmente à profissão e às mulheres.

Sabendo-se que os professores universitários geralmente exercem a docência nas áreas de atuação profissional, optou-se por investigar a profissão desta população pesquisada. No que se refere à sua formação profissional, 39 (39%) dos participantes responderam que são professores, enquanto 34 (34%) na área da saúde (veterinários, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros, entre outros), 23 (23%) humanas (administradores, contadores, advogados) e, 4 (4%) nas exatas (engenheiros, químico e designer) (APÊNDICE C). Neste aspecto questionou-se o posicionamento dos professores quanto à resposta, pois 39% referiram-se a profissão “professores” sem explicar sua formação, que era o objetivo da pergunta. Talvez eles tenham sua formação em cursos do magistério, como Pedagogia, ou não exercem outra atividade profissional fora da docência e, por isto, consideram-se somente professores.

Com relação ao estado civil dos participantes, 63% são casados, 24% solteiros, 12% divorciados e 1% viúvo. Observou-se que a maioria dos participantes é casada, o que se pode justificar pela faixa etária encontrada. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2004), nos dados estatísticos de 2003, oficialmente a idade onde ocorrem as uniões legais está entre 27 anos para as mulheres e 29-30 anos para os homens.

Quanto à faixa etária dessa população, a média de idade encontrada foi de 41,9 anos, o que está de acordo com os resultados encontrados por Souza et al. (2004), que nesta mesma enfermagem e QV, encontraram uma média de 33 a 45 anos. Quanto ao desempenho na profissão docente, Esteve (1999) afirma que esta é a faixa etária dos docentes atuantes e também a que mais se afasta das atividades escolares por licenças médicas decorrentes de enfermidades físicas ou psicológicas relacionadas ao estresse, sobrecarga de trabalho, exigências profissionais.

Aos participantes foi questionado se tinham problemas de saúde ou não, comorbidades (que poderiam ter como sintoma a tontura). Considerando-se como problemas de saúde as doenças sugeridas (hipertensão, diabetes, alterações tireoidianas, problemas cardíacos, entre outros) 59% dos participantes responderam ausência de problemas de saúde, enquanto 41% disseram ter problemas de saúde. O valor encontrado de 41% pode levar à hipótese de que esses participantes têm algum diagnóstico definido sobre suas doenças, embora tais diagnósticos não tenham sido investigados e/ou comprovados nesta pesquisa.

Nesse sentido, o objetivo foi tentar identificar as doenças que poderiam estar relacionadas aos episódios de tontura. Foram encontradas respostas como, problemas de coluna (24,3%), hipertensão (14,3%), colesterol alto (14,3%), tireoidianos (10,0%), triglicérides (7,1%), diabetes (5,7%), hipoglicemia (2,9%), cardíacos (1,4%), hipotensão (1,4%), outros (18,6%). Todos os participantes que responderam ter problema de saúde apontaram uma ou mais doenças, evidenciando-se, assim, a percepção de saúde com a presença de doenças. Percebe-se que “problema de coluna” foi o mais indicado, levando a se pensar em problemas posturais, lombalgias e outros, talvez advindos de posicionamentos corporais inadequados, e também de estresse, relativos às exigências profissionais ou não. Os problemas de metabolismo e ou circulatórios (hipertensão, entre outros), que em geral afetam o funcionamento da orelha interna e consequentemente manifestam o sintoma tontura, não foram os mais apontados. Tal fato causou surpresa à pesquisadora e conduz a reflexão sobre quais as possíveis causas da manifestação do sintoma tontura nesta população pesquisada. Os

problemas de coluna apontados (24%) poderiam não estar relacionados somente a fatores clínicos como a presença real de doenças, mas também a fatores psicossomáticos relativos a profissão ou não.

Em relação à prevalência do sintoma tontura, constatou-se que 38 participantes (38%) referiram já ter sentido ao menos uma crise, ou duas ou mais crises. Dos 38 (38%), 46,5%, ou seja, 15 participantes tiveram apenas uma crise, enquanto 23 participantes (53,5%) tiveram mais de duas crises, constatando-se que, na maioria dos que têm tontura, há certa cronicidade na sintomatologia e pode levar à piora na QV o que corrobora com a literatura a respeito (GANANÇA, M., 1998). Handa et al. (2005), avaliando a QV em períodos com e sem crises de tontura em indivíduos com labirintopatias do tipo Vertigem Posicional, Paroxística Benigna e Doença de Ménière, utilizando o questionário Dizziness Handicap Inventory (DHI – brasileiro), encontraram a QV alterada devido à tontura, sendo o prejuízo na QV maior nos períodos em crise.

6.2 CORRELAÇÃO DOS DADOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO COM OS DOMÍNIOS DO SF-36

Na correlação dos domínios do SF-36 com a variável sexo, obtiveram-se resultados de que os homens têm melhor QV que as mulheres em todos os domínios. Observou-se uma correlação significativa nos domínios Capacidade funcional, Vitalidade e Saúde mental, indicando que, apesar de os homens terem em todos os domínios melhores escores de QV, as diferenças são estatisticamente significantes nesses domínios. Estes dados são diferentes do trabalho de Souza et al. (2004) com essa mesma população e esse mesmo instrumento. Estes encontraram os domínios Capacidade funcional, Estado geral de saúde, Saúde mental, Dor e Vitalidade melhores no sexo masculino, embora sem uma diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres. Observou-se também que os domínios sociais, físicos e emocionais também não estão melhores agora do que no trabalho de Souza et al. (2004). Constatando-se assim que a QV das mulheres, nesta população, está pior agora do que em 2004.

Os dados desta pesquisa corroboram com outros trabalhos, como o de Lipp e Tanganelli (2002) pesquisando QV e níveis de estresse em magistrados: comparando QV entre homens e mulheres, as mulheres tiveram resultados piores. Rocha e Sarriera (2006)

pesquisando a percepção de saúde em professores universitários: gênero, religião e condições de trabalho encontraram dados de que as mulheres têm uma percepção geral de saúde pior do que os homens. Tais fatos podem ser atribuídos a posição social da mulher que muitas vezes desempenha jornadas duplas ou triplas de trabalho, pois a ocupação profissional não se restringe a sala de aula e sim a atividades extras, no lar. Devido ao seu papel cuidador, mesmo em meio a mudanças sociais, na unidade familiar as responsabilidades continuam sendo prioritariamente das mulheres, o que pode repercutir na QV destas, talvez pela sobrecarga física e/ou emocional.

Foi observado que os domínios Vitalidade e Aspectos sociais, tanto nos homens, como nas mulheres, tiveram as piores pontuações, levando-se a pensar que esta população pode estar se sentindo esgotada, sem ânimo ou fatigada. Quanto aos aspectos sociais, pode-se inferir que esta população, devido às condições de saúde, disposição ou outros fatores, não estão desempenhando adequadamente suas atividades sociais. De certa forma, esses fatores poderiam na opinião da autora, também estar relacionados com a grande ocorrência de tontura ou de problemas de coluna, possivelmente como manifestação de fatores psicossomáticos.

Observou-se nesta pesquisa que, quanto maior a idade, melhor a QV, fato que pode ser considerado inesperado; porém, como se sabe da literatura pesquisada, QV pode não estar relacionada a idade, doenças ou outros preditores, e sim à subjetividade e individualidade, em como o indivíduo se vê perante a vida (SOUZA; GUIMARÃES, 1999). Neste estudo, quanto maior a idade, maior a tendência de as pessoas terem mais vitalidade e saúde mental, não significando, contudo que esses dois domínios estejam com escores altos.

Na análise do estado civil e os domínios do SF-36, nesta pesquisa não foi encontrada correlação significativa entre casados, solteiros, viúvos e divorciados, significando que não há diferença de QV entre estes. Nesta população, nos domínios do SF-36, observam-se as melhores pontuações em Capacidade funcional e Aspectos físicos e as piores, em Aspectos sociais e Vitalidade, significando que mesmo não havendo diferença significativa entre os casados, solteiros e viúvos a Capacidade funcional e Aspectos físicos estão preservados e que as Atividades sociais, a Vitalidade são os piores domínios. Dados semelhantes encontrados por Sinzato (2005), pesquisando QV e obesidade, onde não encontrou diferença entre QV e estado civil. Diferente dos resultados encontrados por Ribeiro (2007) com contabilistas, em que os solteiros estão com melhor QV que os casados.

Na relação com a pergunta sobre a percepção de saúde e os domínios do SF-36, observou-se correlação significativa nos domínios Capacidade funcional, Dor, Estado geral de saúde, Vitalidade, Saúde mental. Os participantes que responderam ter problemas de saúde têm escores piores em todos os domínios comparados aos que não têm problemas, exceto no domínio Aspectos emocionais. Tais dados sobre domínios alterados e certas patologias estão de acordo como trabalhos como Lemos et al. (2006), que, pesquisando mulheres com osteoporose por meio do SF-36, também encontraram uma resposta de 57% da amostra referindo boa saúde quando questionadas de forma genérica, sem se remeter à aquisição da doença. Nestas, os domínios do SF-36, Capacidade funcional, Aspectos físicos, Aspectos emocionais e Vitalidade estavam com piores escores. Na presente pesquisa os domínios alterados, Capacidade funcional, Dor, Estado geral de saúde, Vitalidade e Saúde mental, estão relacionados e podem ser justificados pela ocorrência de doenças citadas pelos participantes (41%).

Pode-se observar, nesta população pesquisada, um dado inesperado no domínio Aspectos emocionais, nos quais os participantes que referiram ausência de doenças tiveram escores piores do que aqueles que referem doenças, podendo-se pensar em algum tipo de compensação emocional naqueles que têm doenças, ou algum fator desencadeante que não tenha sido abordado nas opções de doenças, como níveis de estresse ou problemas emocionais, que podem estar interefrindo nas respostas e não terem sido abordados como problemas de saúde.

6.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM TONTURA E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Na definição do termo tontura, Ganança e Caovilla (1998a), Magnabosco (2007), Jensen (2003), entre outros autores, apresentam-no como uma forma genérica de desequilíbrio, na qual a pessoa tem a sensação subjetiva de estar rodando ou de que os objetos rodam ao seu redor, referindo-se ao fato de que existem várias manifestações diferentes para essa sintomatologia; porém a queixa mais freqüente é a forma de vertigem em quadros agudos ou em episódios. A essa forma de crise em uma única vez ou em crises esporádicas as pessoas popularmente chamam de “labirintite” (GANANÇA; CAOVILLA, 1998a). Foi com essa

referência ao termo tontura e sabendo-se do entendimento pelos participantes, é que estes foram orientados sobre essas características ao responderem aos questionários.

Com relação à prevalência do sintoma tontura, detectou-se nessa amostra um percentual de 38%. Ganança e Caovilla (1998d) afirmam que tontura é um sintoma freqüente na população e que está presente em 5% a 10% da população mundial, que acomete mais de 33% das pessoas em alguma época da vida. Levando-se em conta tais dados estatísticos e que a amostra estudada é de 100 participantes, 38 casos de queixas (38%) pode ser considerado como expressivo. Não foram encontrados na literatura pesquisada, dados com relação à prevalência desse sintoma na população geral brasileira.

Quanto ao sexo da população que se referiu ao sintoma tontura, 63,2% são do sexo feminino, e 36,8 do masculino, o que está de acordo com a literatura que cita a predominância no sexo feminino, em geral em torno de 70% (GANANÇA; CAOVILLA, 1998b; CHAVES; BOARI; MUNHOZ, 2007; BITTAR et al., 2003, PAIVA; KHÜN, 2004). Tal predominância no sexo feminino segundo tais autores pode ser consequência dos grandes transtornos hormonais, sofridos pelas mulheres. Nesta amostra o número de participantes do sexo feminino é maior o que também poderia influenciar o resultado.

Quanto à faixa etária dessa população que tem tontura, é de 43 anos para os que não a têm e 39,08 para os que a possuem. De acordo com a literatura consultada verificou-se que a idade mais freqüente de manifestação do sintoma tontura é acima de 40 anos (CHAVES; BOARI; MUNHOZ, 2007; GANANÇA, F. et al., 2004). Pode-se então dizer que a população pesquisada manifestou esse sintoma um pouco antes da idade citada pelos autores, pois a manifestação do sintoma na população que referiu tontura está em média de 39 anos. A referência da manifestação, na literatura, diz que o sintoma tontura é mais frequente na população acima dos 40 anos com prevalência maior à medida que a idade aumenta, sendo considerada por alguns autores como uma síndrome geriátrica que se relaciona em geral ao declínio de funções vitais (GAZZOLA et al., 2006). A idade abaixo da esperada nesta população, leva a pensar em fatores desencadeadores do sintoma, refletindo sobre o adoecimento, pois se sabe que a manifestação de sintomas como crises de tontura são sinais de alguma alteração orgânica ou psíquica.

A informação sobre a prevalência em pessoas mais jovens não foi encontrada na literatura pesquisada; porém, na experiência clínica da autora, este é um fato que lhe chama a

atenção, por ter observado nos consultórios médicos onde trabalha, que cada vez mais, aumenta a queixa de pacientes com tais sintomas em idade mais jovem, assim como a ocorrência de transtornos metabólicos e estresse como frequentes co-morbidades ao sintoma, os quais podem muitas vezes ser acentuados por fatores orgânicos ou psicológicos.

Na correlação dos participantes que relatam sintoma tontura (38%) e a QV observou-se que estes possuem escores piores do que aqueles que referiram ausência de tontura em todos os domínios do SF-36, havendo uma correlação significativa nos domínios Vitalidade, Aspectos sociais, Saúde mental. Observou-se que a melhor pontuação foi na Capacidade funcional, e a pior, em Aspectos sociais e Vitalidade. Comparou-se os resultados com outros trabalhos em que foi utilizado o SF-36, como o de Lemos et al. (2006), que utilizaram o SF-36 e o Osteoporosis Assessment Questionnaire (OPAQ) em pacientes com osteoporose, nos quais foram encontrados todos os domínios piores que a média da população brasileira e, comparados com outra doença, como a artrite, estavam alterados na Capacidade funcional, Aspectos físicos e Aspectos emocionais.

Comparou-se também com os resultados encontrados por Sinzato (2005) com indivíduos obesos e não obesos nos quais foram encontradas pontuações semelhantes nos domínios do SF-36, sendo somente o Estado geral de saúde com pontuação significativamente pior no grupo de não obesos. Ciconelli (1997) estudando artrite reumatóide também encontrou os domínios Capacidade funcional, Estado geral de saúde, Aspectos físicos e Dor com correlação positiva.

Tais resultados também foram comparadas com trabalho de Favarato e Aldrighi (2001), pesquisando a QV com o SF-36 em mulheres coronariopatas após a menopausa, encontraram melhores resultados nos domínios Capacidade funcional, Vitalidade, Aspectos físicos e Estado geral de saúde, no grupo que não apresentava coronariopatias. Castro, M. et al. (2003) avaliando pacientes renais crônicos encontraram piores resultados nos Aspectos físicos e Vitalidade e também correlação negativa na Capacidade funcional e Estado geral de saúde no grupo que tinha co-morbidades como os diabéticos. Na análise da amostra que apresentou tontura com a que apresentou problemas de saúde (co-morbidades), observa-se que, dos 38% que disseram ter tontura, 18% tinham problemas de saúde e apontaram alguma doença, e 20% que não os tinham. Pode-se inferir, então, que esses 20% ou não se consideram doentes por apresentarem o sintoma, ou não têm diagnóstico definido sobre suas doenças, ou ainda, outros fatores como psicológicos ou emocionais podem estar conduzindo à

sintomatologia tontura, já que não referem doenças que, segundo a literatura, poderiam estar relacionadas ao sintoma. Ganança e Caovilla (1998a) relatam que quase todos os tipos de tonturas não fisiológicas (não provocadas por agentes externos) podem ter uma origem extravestibular, isto é, não ser uma afecção direta do sistema vestibular e sim uma manifestação secundária a patologias de origem vascular, neurológica, metabólica, ortopédica e psicogênica/psicossomática.

Quanto à frequência de crises entre os participantes que relataram apresentar tontura (38%), foram encontrados resultados de 15 participantes para uma crise e de 23 para duas ou mais crises por ano. Pode-se considerar que a maioria dos participantes que referia tontura apresenta crises frequentes. A cronicidade dos sintomas e a recidiva nos quadros vertiginosos estão bem descritas na literatura e referem-se a possíveis alterações na QV. As limitações físicas e emocionais causadas pelo sintoma e a repetição desses quadros interferem em atividades de vida diária, causando transtornos psicológicos, físicos, econômicos (GANANÇA, F. et al., 2004). Na experiência clínica da autora, constantemente é observada a queixa dos pacientes quanto à dificuldade de movimentação corporal, atividades diárias, trabalho e consequências emocionais, decorrentes das crises de tontura; a queixa de que a vida deles fica alterada, modificada em decorrência dessas crises. Outro fator significativo também observado pela autora é o de que os pacientes referem frequentemente que seus sintomas são desencadeados após situações de estresse emocional e que a própria tontura gera situações de medo, ansiedade e despersonalização, pelo medo da reincidência da crise. Em geral os indivíduos com tontura são tratados somente na remissão do sintoma, e não em sua etiologia., daí a cronicidade dos sintomas e o possível comprometimento na vida deles.

Na avaliação da QV relacionada com a freqüência de episódios de tontura e os domínios do SF-36, foi observado que os participantes que têm crises frequentes têm QV pior do que os que já tiveram apenas um episódio. Observou-se correlação significativa com o aspecto dor. Os resultados estão de acordo com Ganança, F. et al. (2004) que pesquisaram a interferência da tontura na QV em pessoas com a labirintopatia Síndrome Vestibular Periférica e encontraram os domínios com piores escores nos aspectos físicos, funcionais e emocionais. Igualmente Handa et al. (2005), pesquisando labirintopatias como a Síndrome de Mènière e as vertigens posicionais, encontraram pior QV nas pessoas com essa síndrome, em que as crises de tontura são freqüentes e incapacitantes, durante as quais a QV é pior.

Com relação ao domínio Aspectos emocionais, chama atenção novamente o resultado de que os participantes com mais crises tiveram escores melhores que aqueles que já tiveram apenas uma crise recente ou há muito tempo, semelhante aos resultados de quem referiu problemas de saúde cujos resultados foram melhores neste domínio. Pode-se pensar em algum tipo de compensação emocional na cronicidade do sintoma pesquisado, já que os aspectos físicos e funcionais, que poderiam estar relacionados à tontura, não apresentaram os piores escores. Também é possível questionar quais fatores fazem com que os indivíduos que têm problemas de saúde ou crises frequentes de tontura possam ter Aspectos emocionais, nos domínios da QV, melhores do que quem não os tem? Além disso, observou-se que os piores escores dessa população também foram nos domínios Aspectos sociais e Vitalidade. Outro aspecto considerado pela autora como significativo é a correlação encontrada no domínio Dor, encontrada na população que referiu várias crises, pois se poderia pensar em alguma relação com os achados das doenças pesquisadas, nos quais os mais apontados foram problemas de coluna, e assim se pensar numa relação entre fatores de saúde (coluna) e talvez até o desencadeamento de crises provocadas pelos mesmos fatores.

7 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, de acordo com os objetivos propostos, concluiu-se que os professores da UCDB, têm boa QV, e que os homens têm escores melhor QV que as mulheres, tendo correlação significativa, isto é uma diferença maior entre os sexos, nos domínios Capacidade funcional, Vitalidade e Saúde mental. Que as melhores pontuações para ambos os sexos foram nos domínios Capacidade funcional e Aspectos físicos e as piores nos domínios Vitalidade e Aspectos sociais.

Quanto à faixa etária e QV, observou-se que quanto maior a idade, maior a Vitalidade e a Saúde mental. O que se pode inferir é que os professores com mais idade talvez tenham conceitos, posicionamentos sobre sua vida, mais resolvidos do que os mais jovens. Com relação ao estado civil, constatou-se que não há diferença significativa nos níveis de QV entre casados, solteiros, divorciados e viúvo. A melhor pontuação foi em Capacidade funcional e Aspectos físicos enquanto as piores foram em Vitalidade e Aspectos sociais tanto para casados, solteiros, quanto para viúvos e divorciados.

Quanto aos problemas de saúde (doenças), tentou-se detectar doenças que poderiam estar relacionadas ao sintoma tontura. Observou-se que 41% da amostra pesquisada respondeu afirmativamente a ter problemas de saúde (doenças), enquanto 59% respondeu ausência de problemas de saúde. Na análise dos domínios do SF-36, os professores que referiram ter problemas de saúde apresentaram pior QV em todos os domínios em relação àqueles que referiram não ter, com exceção do domínio Aspectos emocionais. A diferença significativa foi nos domínios Capacidade funcional, Dor, Estado geral de saúde, Vitalidade e Saúde mental. A melhor pontuação foi no domínio Capacidade funcional, e as piores em Vitalidade e aspectos sociais. Observou-se também que, entre os que se referiram a ter problemas de saúde, o mais apontado foram problemas de coluna, levando a refletir sobre que fatores poderiam estar relacionados a essas queixas: condições biológicas, trabalho, tensão, estresse, entre outros.

Quanto à prevalência do sintoma tontura, em que se pesquisou tanto a prevalência como os níveis de QV destes participantes, observou-se que 38% da amostra se referiram a queixa de crises de tontura, sendo considerado um valor expressivo de acordo com as estatísticas de prevalência do sintoma. A maioria dos que se referiram à tontura é mulher, e a faixa etária na população com tontura está em média de 39 anos, enquanto a média para sem tontura é de 43 anos. A idade dos participantes com tontura chamou a atenção da pesquisadora, pois diverge da literatura consultada, que refere a faixa etária acima dos 40 anos. Observou-se, também, em relação à sintomatologia pesquisada, que a maioria dos

participantes que referiu o sintoma não apontou doenças que são consideradas como desencadeadoras do sintoma, levando-se a pensar em fatores outros que não doenças já diagnosticadas (segundo a informação dos participantes), da falta de diagnóstico, ou até mesmo fatores como estresse ou fatores psicossomáticos interferindo para o desencadeamento do sintoma de crises de tontura.

No que se refere à QV dos participantes que responderam ter crises de tontura, constatou-se que estes apresentam pior QV comparados àqueles que não tem. Todos os domínios do SF-36 apresentaram-se piores em quem tem tontura com diferença significativa nos domínios Vitalidade, Aspectos sociais e Saúde mental. A melhor pontuação está em Capacidade funcional e as piores em Aspectos sociais, tanto para quem tem quanto para quem não tem tontura. Na população que referiu ter mais de uma crise a QV é pior do que naqueles que referiram ter tido apenas uma crise, recente ou a algum tempo atrás, sugerindo que a cronicidade do sintoma pode estar interferindo na QV. O domínio pior, que teve uma diferença significativa, foi dor.

Esta discussão sobre o comprometimento da QV não afirma que o sintoma tontura seja o causador da QV alterada nos domínios do SF-36 ou vice-versa, pois certos aspectos relacionados a tontura, como diagnósticos clínicos não foram abordados e investigados nesta pesquisa, entretanto o fato significativo observado é que os participantes que disseram ter tontura e ter problemas de saúde estão com os domínios do SF-36 piores do que aqueles que não têm tontura e não têm problemas de saúde. Constatou-se também que a QV em participantes que têm tontura é ainda pior nos participantes que referiram ter crises frequentes.

Um fato significativo observado foi de que, em todas as variáveis comparadas com os domínios de QV, o domínio Capacidade funcional e Aspectos físicos tiveram as maiores pontuações, enquanto aspectos sociais, as piores. Pode-se inferir que, embora a Capacidade funcional esteja preservada em todas as variáveis analisadas, Vitalidade e Aspectos sociais estão piores e levam a pensar em algum fator significativo interferindo na vitalidade e atividades sociais dessa população, podendo-se pensar que esta população está com sua atividade social e sua disposição para atividades, alteradas. Esse fato também poderia se relacionar com o problema de saúde mais apontado pelos participantes, os problemas de coluna, que também poderiam ser resultantes dos mesmos fatores, ou seja, pouca atividade social, pouca disposição e consequentemente níveis de tensão, estresse, que levariam a dores musculares, lombalgias, cervicalgias. Tais fatores também poderiam estar relacionados com o

número elevado de queixas de tontura, pois as alterações proprioceptivas também são fatores causais de crises labirínticas. Em vista desses fatos, sugere-se, pois, a realização de outros trabalhos nesse sentido.

Com o presente trabalho, tentou-se deixar evidências que podem contribuir com informações acerca da QVRS dos professores participantes. Destacando-se o fato de que a QV de quem refere tontura é pior do que a daqueles que não referem, respondendo-se assim os objetivos gerais desta pesquisa. Esses são, portanto, fatos que devem ser considerados e valorizados para novas pesquisas a respeito de saúde e QV desta população analisada e também de outras.

REFERÊNCIAS

ALLEYNE, G. A. O. Health and the quality of life. *Revista Panamericana Salude Publica*, Washington, v. 9, n. 1, p. 1-6, 2001.

ALONSO, N. B. T. S. et al. Qualidade de vida após o procedimento cirúrgico em pacientes com epilepsia do lobo temporal com esclerose hipocampal. *Journal Epilepsy Clinical Neurophysiology*, Porto Alegre, v. 12, n. 4, p. 233-241, 2006.

BALEIRO, E. M. A vertigem e o psicanalista otorrinolaringologista. In: GANANÇA, M. M. (Ed.). *Vertigem tem cura? O que aprendemos nos últimos 30 anos*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 147-156.

BECK, C. L. C.; BUDÓ, M. L. D.; GONZALES, R. M. B. Qualidade de vida na concepção de um grupo de professoras de enfermagem: elementos para reflexão. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 348-354, 1999.

BELLÉ, M.; SARTORI, S. A.; ROSSI, A. G. Alcoolismo: efeitos no aparelho vestíbulo-coclear. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 73, n. 1, p. 116-122, 2007.

BENTO, R. F.; MINITI, A.; BUTUGAN, O. Fisiologia do aparelho auditivo e vestibular. In: BENTO, R. F.; MINITI, A.; MARONE, S. A. M. (Orgs.). *Tratado de Otologia*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998. p. 61-74.

BENTO, R. F.; MINITI, A.; MARONE, S. A. M. Doenças do ouvido interno. In: _____. (Orgs.). *Tratado de Otologia*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998. p. 257-391.

BERBER, J. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 47-54, 2005.

BITTAR, R. S. M. et al. Labirintopatia secundária aos distúrbios do metabolismo do açúcar: realidade ou fantasia? *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 70, n. 6, p. 801-806, 2004.

BITTAR, R. S. M. et al. Prevalência das alterações metabólicas em pacientes portadores de queixas vestibulares. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 69, n. 1, p. 64-68, 2003.

BITTAR, R. S. M. et al. O metabolismo da glicose e o ouvido interno. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 4-8, 1998.

BITTENCOURT, M. G. S. Q. *Qualidade de vida do professor do ensino fundamental da rede pública municipal de Palotina-PR*. 2005. 124 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2005.

BONALDI, L. V. et al. Anatomia e fisiologia do sistema vestibulococlear. In: FROTA, S. (Org.). *Fundamentos em Fonoaudiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 2-17.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213, 223, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 305, de 6 de março de 2004. Resolução n. 305, de 6 de março de 2004. Dispõe sobre a aprovação do Código de Ética da Fonoaudiologia, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 9 mar. 2004. Disponível em: <http://www.abmes.org.br/_Download/Associados/Legislacao/2004/Resolucao/Res_CFFa_305_060304.doc>. Acesso em: 8 set. 2006.

_____. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 8 set. 2006.

CAMPOLINA, A. G.; CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B. Qualidade de vida e medidas de preferência: contribuições para a avaliação e o gerenciamento de programas em saúde. *Sinopse de Reumatologia*, São Paulo, ano 7, n. 4, p. 111-116, 2006.

CAMPOS, C. A. H. Principais quadros clínicos no adulto e no idoso. In: GANANÇA, M. M. (Ed.). *Vertigem tem cura? O que aprendemos nos últimos 30 anos*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 49-57.

CAOVILLA, H. H. O equilíbrio corporal e os distúrbios da comunicação humana. In: GANANÇA, M. M.; CAOVILLA, H. H.; VIEIRA, R. M. (Orgs.). *Princípios de Otoneurologia*. São Paulo: Atheneu, 1998. p. 1-2. (Distúrbios da Comunicação).

CAOVILLA, H. H.; GANANÇA, M. M. O labirinto doente. In: CAOVILLA, H. H. et al. (Orgs.). *Entendendo as tonturas*. São Paulo: Atheneu, 1990. p. 27-41.

CARDOSO, W. L. C. D. Qualidade de vida e trabalho: uma articulação possível. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. v. 1, p. 73-94.

CARMO, R. D.; CAMARGO, Z.; NEMR, K. Relação entre qualidade de vida e autopercepção da qualidade vocal de pacientes laringectomizados totais: estudo piloto. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 518-528, 2006.

CASTRO, A. S. O. et al. Versão brasileira do Dizziness Handicap Inventory. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, Barueri, v. 19, n. 1, p. 97-104, 2007.

CASTRO, M. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 245-249, 2003.

CHAMMÉ, S. J. O corpo e saúde: inclusão e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 3-17, 2002.

CHAVES, A. G.; BOARI, L.; MUNHOZ, M. S. L. Evolução clínica de pacientes com doença de Ménière. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 73, n. 3, p. 346-350, 2007.

- CICONELLI, R. M. *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”. 1997. 120 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.*
- CICONELLI, R. M.; SOAREZ, P. C.; KOWALSKI, C. C. G. A versão brasileira do questionário Work Productivity and Activity Impairment - General Health (WPAI-GH). *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 124, n. 6, p. 325-332, 2006.
- CIRÍACO, J. G. M. B. et al. Vertigem postural fóbica: aspectos clínicos e evolutivos. *Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 62, n. 3A, p. 669-673, 2004.
- COGHI, S. et al. A qualidade de vida é muito comprometida em pacientes adultos com dermatite atópica no Brasil, especialmente devido a fatores emocionais. *Clinics*, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 235-242, 2007.
- CONDE, D. M. et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 195-204, 2006.
- CORREA, E. M. *Embriologia e Histologia fonoaudiológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- COSTA, H. O.; MESQUITA NETO, O. Diretriz sobre vertigem. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 11-12, 2003.
- DALLA VECCHIA, R. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.
- DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-538, 2003.
- DOUGLAS, C. R. *Tratado de Fisiologia aplicada à Fonoaudiologia*. São Paulo: Robe Editorial, 2002.
- ESTEVE, J. M. *O mal-estar docente: a sala de aula e a saúde dos professores*. Bauru: Edusc, 1999.
- FARQUHAR, M. Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1.439-1.446, 1995.
- FAVARATO, M. E. C. S. et al. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 236-241, 2006.
- FAVARATO, M. E. C. S.; ALDRIGHI, J. M. Mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 339-345, 2001.
- FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, 446-455, 2003.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999a.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão para o português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999b.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006.

_____. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003.

FRIES, J. F.; SINGH, G. The hierarchy of patient outcomes. In: SPILKER, B. (Ed.). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1996. p. 33-40.

FUKUDA, Y. Distúrbio vestibular no idoso. In: GANANÇA, M. M.; CAOVILLA, H. H.; VIEIRA, R. M. (Orgs.). *Princípios de Otoneurologia*. São Paulo: Atheneu, 1998. v. 1, p. 69-74. (Distúrbios da Comunicação).

GALVÃO, L. L. L. F. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 414-420, 2007.

GANANÇA, F. F. Vestibulopatias em adultos: principais quadros clínicos. In: GANANÇA, M. M.; CAOVILLA, H. H.; VIEIRA, R. M. (Orgs.). *Princípios de Otoneurologia*. São Paulo: Atheneu, 1998. v. 1, p. 62-68. (Distúrbios da Comunicação).

GANANÇA, F. F. et al. Interferência da tontura na qualidade de vida de pacientes com síndrome vestibular periférica. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 70, n. 1, p. 94-101, 2004.

GANANÇA, M. M. A Hodologia clínica do sistema vestibular. In: GANANÇA, M. M. et al. (Orgs.). *Equilibriometria clínica*. São Paulo: Atheneu, 1998. v. 1, p. 5-21. (Otoneurológica).

GANANÇA, M. M. et al. *Estratégias terapêuticas em Otoneurologia*. São Paulo: Atheneu, 2001. v. 4.

GANANÇA, M. M. et al. *Entendendo as tonturas*. São Paulo: Atheneu, 1999.

GANANÇA, M. M. et al. Neuroanatomofisiologia do sistema vestibular: correlações clínicas. In: LOPES FILHO, O. C. (Org.). *Tratado de Otorrinolaringologia*. São Paulo: Roca, 1994. p. 814-825.

- GANANÇA, M. M.; CAOVILLA, H. H. O universo das tonturas. In: GANANÇA, M. M. (Ed.). *Vertigem tem cura? O que aprendemos nos últimos 30 anos*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998a. p. 21-26.
- _____. Desequilíbrio e reequilíbrio. In: GANANÇA, M. M. (Ed.). *Vertigem tem cura? O que aprendemos nos últimos 30 anos*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998b. p. 13-19.
- _____. A múltipla abordagem terapêutica. In: GANANÇA, M. M. (Ed.). *Vertigem tem cura? O que aprendemos nos últimos 30 anos*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998c. p. 191-194.
- _____. Vertigem e sintomas associados. In: GANANÇA, M. M.; CAOVILLA, H. H.; VIEIRA, R. M. (Orgs.). *Princípios de Otoneurologia*. São Paulo: Atheneu, 1998d. v. 1, p. 3-5. (Distúrbios da Comunicação).
- GANANÇA, M. M.; MANGABEIRA-ALBERNAZ, P. L. *Labirintologia: guia prático*. São Paulo: Moderna, 1976.
- GARDNER, W. D.; OSBURN, W. A. *Anatomia do corpo humano*. São Paulo: Atheneu, 1980.
- GAZZOLA, J. M. et al. Caracterização do idoso com disfunção vestibular crônica. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v.72, n. 4, p. 515-522, 2006.
- GINNSBERG, I.; WHITE, T. P. Considerações otológicas em Audiologia. In: KATZ, J. (Org.). *Tratado de Audiologia clínica*. 4. ed. São Paulo, 1999. p. 6-22.
- GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas e velhas questões. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-808, 2005.
- GUIMARÃES, L. A. M. *Atualizações em qualidade de vida no trabalho*. Apostila do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, 2005. [mimeo].
- GUITERAS, A. F.; BAYÉS, R. Desarrollo del instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In: FORNS, M.; ANGUERA, M. T. (Orgs.). *Aportaciones recientes a la evaluación psicologica*. Barcelona: Universitas, 1993. p. 175-195.
- HALLAM, R. S.; HINCHCLIFFE, R. Emotional stability: Its relationship to confidence in maintaining balance. *Journal of Psychosomatic Research*, London, v. 35, n. 4-5, p. 421-430, 1991.
- HANDA, P. R. et al. Qualidade de vida em pacientes com vertigem posicional paroxística benigna e/ou doença de Ménière. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 71, n. 6, p. 776-783, 2005.
- HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 2, p. 102-108, 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000200011>. Acesso em: 30 out. 2004.

HERDMAN, S. J. et al. Falls in patients with vestibular deficits. *American Journal of Otology*, Decker, v. 21, n. 6, p. 847-851, 2000.

HUGUET, P. R. *Qualidade de vida e aspectos da sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama*. 2005. 68 f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2005.

INFO ESCOLA. *Casamento*. Disponível em:
<http://www.infoescola.com/sociologia/casamento>. Acesso em: 30 ago. 2008.

INOCENTE, N. J. *Síndrome de Burnout em professores universitários do Vale do Paraíba (SP)*. 2005. 219 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2005.

INOCENTE, N. J.; CAMARGO, D. A. Contribuições para o diagnóstico da depressão no trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. 3, p. 131-144.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estatísticas do registro civil 2003*. Brasília, 2004. Disponível em:
http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=283&id_pagina=1. Acesso em: 30 ago. 2008.

JENSEN, J. M. Vertigens e tonturas. In: WEINER, W. J.; GOETZ, C. G. (Orgs.). *Neurologia para o não especialista: fundamentos básicos da neurologia contemporânea*. São Paulo: Santos, 2003. p. 205-219.

JOVANA, G. M. et al. Vertigem postural fóbica: aspectos clínicos e evolutivos. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 669-673, 2004.

KANASHIRO, A. M. K. et al. Diagnóstico e tratamento das principais síndromes vestibulares. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 140-144, 2005.

KNOBEL, K. A. B. *Tontura*. Fonoaudiologia & Saúde, 2004. Disponível em:
www.fonoesaude.org/tonturas.htm. Acesso em: 30 out. 2007.

KÜHN, A. M.; CASAGRANDE, M. C. A contribuição da avaliação psicológica. In: GANANÇA, M. M. (Ed.). *Vertigem tem cura? O que aprendemos nos últimos 30 anos*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 127-134.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000.

LAURENTI, R. A mensuração da qualidade de vida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 361-362, 2003.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

- LEMOS, M. C. D. et al. Qualidade de vida em pacientes com osteoporose: correlação entre o OPAQ e o SF-36. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 323-328, 2006.
- LINDEN, A. *Tontura – vertigem – “labirintite”*. ABC da Saúde, 2001. Disponível em: <www.abcdasaudade.com.br/artigo.php?542>. Acesso em: 30 out. 2007.
- LIPP, M. E. N. O stress no Brasil. In: LIPP, M. E. N. (Org.). *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. 2. ed. São Paulo: Papirus, 2001. cap. 16, p. 297-304.
- LIPP, M. E. N.; TANGANELLI, M. S. Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 537-548, 2002.
- LOPEZ-DIAZ, A. L. *Comparando e interpretando a longa caminhada: maneira do idoso qualificar a vida*. 1999. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- MacDONALD, R. M. A. Sistema vestibular. In: CITOW, J. S. (Org.). *Neuroanatomia e Neurofisiologia*. São Paulo: Santos, 2004. p. 134-137.
- MACHADO, A. *Neuroanatomia funcional*. São Paulo: Atheneu, 1974.
- MAGNABOSCO, P. *Qualidade de vida relacionada a saúde dos indivíduos com hipertensão arterial em integrantes de um grupo de convivência*. 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- MANGABEIRA-ALBERNAZ, P. L. O aparelho vestibular. HUNGRIA, H. *Otorrinolaringologia*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 353-362.
- _____. Causas das vertigens e sintomas associados. In: GANANÇA, M. M. (Ed.). *Vertigem tem cura? O que aprendemos nos últimos 30 anos*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 27-35.
- MANGABEIRA-ALBERNAZ, P. L.; GANANÇA, M. M. *Atlas de eletronistagmografia*. São Paulo: Editamed, 1977.
- _____. *Vertigem*. São Paulo: Moderna, 1976.
- MANTELLO, E. B. *Efeito da reabilitação vestibular sobre a qualidade de vida de idosos portadores de labirintopatias de origem vascular e metabólica*. 2006. 90 f. Dissertação (Mestrado em Investigação Biomédica) – Escola de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- MARCHIORI, L. L. M.; REGO FILHO, E. A. Queixa de vertigem e hipertensão arterial. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 116-121, 2007.
- MARTINEZ, J. E. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com Fibromialgia através do “Medical Outcome Survey 36 Item Short Form Study”. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 312-316, 1999.

- MAUDONNET, O. *Avaliação otoneurológica*. São Paulo: Byk, 1999.
- McMINN, R. M. H.; HUTCHINGS, R. T.; LOGAN, B. M. *Compêndio de anatomia humana*. São Paulo: Manole, 2000.
- MEDEIROS, I. R. T. *Avaliação clínica e posturográfica do tratamento das afecções vestibulares periféricas na infância pela reabilitação vestibular*. 2003. 79 f. Tese (Doutorado em Otorrinolaringologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- MEEBERG, G. A. Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 18, n. 1, p. 32-38, 1993.
- MENTA, S. *Qualidade de vida em idosos asilados*. 2003. 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2003.
- MINARI, M. R. T. *Estresse em servidores públicos do instituto nacional de seguro social de Campo Grande-MS*. 2007. 103 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2007.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MOR, R. et al. *Vestibulometria & fonoaudiologia: como realizar e interpretar*. São Paulo: Lovise, 2001.
- MORENO, C. A; RENAUD, K. J. Las maniobras de Epley y de Semont en el tratamiento del vértigo postural paroxístico benigno. *Gaceta Médica de México*, México, v. 136, n. 5, p. 433-439, 2000.
- MUNHOZ, M. S. L. As etapas da equilibriometria. In: GANANÇA, M. M. et al. (Orgs.). *Equilibriometria clínica*. São Paulo: Atheneu, 1998. v. 1, p. 41-114. (Otoneurológica).
- MUNHOZ, M. S. P. et al. *Audiologia básica*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. et al. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 131-140, 2006.
- NAVEGA, M. T.; OISHI, J. Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde entre mulheres na pós-menopausa praticantes de atividade física com e sem osteoporose. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 258-264, 2007.
- NIEDERAUER, K. G. et al. Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 271-278, 2007.
- NIEVAS, A. F. *A depressão em mulheres no climatério*. 2005. 58 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

- NUNES, P. I. *Análise comparativa da oscilação corporal entre indivíduos portadores e não portadores de seqüelas*. Fisioweb, 2007. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/variedades/corporal_paula/image005.jpg>. Acesso em: 30 ago. 2007.
- O'BOYLE, C. A. Measuring the quality of later life. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, London, v. 352, n. 1.363, p. 1.871-1.879, 1997.
- ORÉFICE, J. L. *Qualidade de vida e dor em idosos*. 2007. 146 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2007.
- PAIVA, A. D.; KÜHN, A. M. B. Sintomas psicológicos concomitantes à queixa de vertigem em 846 prontuários de pacientes otoneurológicos do ambulatório de Otoneurologia da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 70, n. 4, p. 512-515, 2004.
- PAIVA, O. C. *Exposição ao ruído ocupacional e qualidade de vida*. 2003. 140 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2003.
- PALMER, J. M. *Anatomia para a fonoaudiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- PASCHOAL, S. M. P. *Qualidade de vida do idoso*: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião. 2000. 263 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global dos idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.
- PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, p. 82-87, 2007. Suplemento.
- PETROSKI, E. C. *Qualidade de vida no trabalho e suas relações com estresse, nível de atividade física e risco coronário de professores universitários*. 2005. 156 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- PORTMAM, M. *Audiometria clínica*. Barcelona: Toray-Manson, 1979.
- QUESTIONÁRIO sobre qualidade de vida SF-36. Disponível em: <<http://www.kriptonita.byethost14.com/>>. Acesso em: 30 nov. 2007.
- QUIRINO, T.; XAVIER, O. Qualidade de vida no trabalho em organizações de pesquisa. *Revista de Administração*, v. 22, n. 1, p. 71-82, 1987.
- RIBEIRO, J. S. *Qualidade de vida dos contabilistas de Campo Grande, MS*. 2007. 97 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2007.

- ROCHA, S. S. L.; FELLI, V. E. A. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 28-35, 2004.
- ROCHA, K. B.; SARRIERA, J. C. Saúde percebida em professores universitários: gênero, religião e condições de trabalho. *Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo, Campinas, v. 10, n. 2, p. 187-196, 2006.
- RODRIGUES, M. V. C. *Qualidade de vida no trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- ROESEN, R. J. *Manual de consulta rápida em Audiologia: um guia prático*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- RUSSO, I. C. P.; SANTOS, T. M. M. *A prática da Audiologia clínica*. São Paulo: Cortez, 1993.
- SAAD, I. A. B.; BOTEGA, J. N.; TORO, I. F. C. Preditores da melhora de qualidade de vida em após ressecção pulmonar por câncer. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 125, n. 1, p. 46-49, 2006.
- SALTARELI, S. *Avaliação dos aspectos quantitativos e qualitativos da dor na fibromialgia*. 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- SAMPAIO, J. R.; GOULART, I. B. Qualidade de vida no trabalho; uma análise da experiência de empresas brasileiras. In: SAMPAIO, J. R. (Org.). *Qualidade de Vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 19-37.
- SANTOS, P. R. Relação de sexo e a idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 356-359, 2006.
- SCHERER L. P.; LOBO, M. B. Pesquisa do nistagmo/vertigem de posição e avaliação eletroestagmográfica em um grupo de indivíduos portadores de diabetes Mellitus tipo I. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 68, n. 3, p. 355-360, 2002.
- SCHESTATSKY, P. V. C. Z. et al. Qualidade de vida de uma amostra de pacientes brasileiros portadores da doença de Parkinson e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 209-211, 2006.
- SCHIMDT, D. R. C. *Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades de bloco cirúrgico*. 2004. 185 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- SCHIPPER, H.; CLINCH, J. J.; OLWENY, L. M. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In: SPILKER, B. (Ed.). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1996. p. 11-23.
- SCHWARTZMANN, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, Concepción, v. 9, n. 2, p. 9-21, 2003.

- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.
- SETTANNI, F. A. P. A contribuição da avaliação neurológica. In: GANANÇA, M. M. (Ed.). *Vertigem tem cura? O que aprendemos nos últimos 30 anos*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998a. p. 135-146.
- SETTANNI, F. A. P. Aspectos neurológicos da vertigem. In: GANANÇA, M. M.; CAOVILLA, H. H.; VIEIRA, R. M. (Orgs.). *Princípios de Otoneurologia*. São Paulo: Atheneu, 1998b. v. 1, p. 75-100. (Distúrbios da Comunicação).
- SHEPARD, N. T.; TELIAN, S. A. Avaliação do funcionamento do sistema vestibular. In: KATZ, J. (Org.). *Tratado de Audiologia clínica*. 4. ed. São Paulo, 1999. p. 421-423.
- SILVA Jr., H. M. et al. Efeito da cefaléia do tipo tensional episódica na qualidade de vida relacionada à saúde em funcionários de um hospital público brasileiro. *Arquivo de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 62, n. 3b, p. 769-773, 2004.
- SILVA, M. G. et al. O labirinto doente. In: CAOVILLA, H. H. et al. (Orgs.). *Entendendo as tonturas: o que você precisa saber sobre os distúrbios do labirinto*. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 27-54.
- SILVA, R. *Característica de estilo de vida e da qualidade de vida em professores de ensino superior público de educação física*. 2006. 264 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- SIMOCELI, L. et al. Perfil diagnóstico do idoso portador de desequilíbrio corporal: resultados preliminares. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 69, n. 6, p. 772-777, 2003.
- SINZATO, E. E. T. *Qualidade de vida de pessoas com obesidade leve a moderada no município de Bandeirante-MS*. 2005. 96 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2005.
- SIVIERO, I. M. P. S. *Saúde mental e qualidade de vida de infartados*. 2003. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- SOUZA, J. C. et al. Qualidade de vida de professores universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, p. 263-266, 2004.
- SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M. *Insônia e qualidade de vida*. Campo Grande: UCDB, 1999.
- SOUZA, J. C.; PAIVA, T.; REIMÃO, R. Qualidade de vida de caminhoneiros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 184-189, 2006.
- SOUZA, L. A.; COUTINHO, E. S. F. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 50-58, 2006.

- SPECTOR, W. Functional disability scales. In: SPILKER, B. (Ed.). *Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials*. 2nd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1996. p. 133-143.
- SPENCE, A. P. *Anatomia humana básica*. São Paulo: Manole, 1991.
- SPITZER, W. O. State of science 1996: Quality of life and functional status as target variables for research. *The Journal of Chronic Diseases*, St. Louis, v. 40, n. 6, p. 465-471, 1987.
- SZABO, S. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL): assessment instruments. In: SPILKER, B. (Ed.). *Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials*. 2nd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1996. p. 355-362.
- TAGUCHI, C. K. *Vertigem: tire suas dúvidas*. Centro de Estudos dos Distúrbios da Audição, Paraíso, 2007. Disponível em: <<http://www.cediau.com.br/tire/Vertigem.html>>. Acesso em: 30 ago. 2007.
- TEIXEIRA, L. J.; MACHADO, J. N. P. Manobras para o tratamento da vertigem posicional paroxística benigna: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 72, n. 1, p. 130-139, 2006.
- THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.
- TURATO, E. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO. *A Instituição*. Disponível em: <<http://www.ucdb.br>>. Acesso em: 10 fev. 2007.
- VASCONCELOS, E. F. *Esforço e recompensa em profissionais de enfermagem*. 2005. 84 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2005.
- VELARDE-JURADO, E.; AVILA-FIGUEROA, C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, Cuernavaca, v. 44, n. 4, p. 449-461, 2002.
- VIDO, M. B.; FERNANDES, R. A. Q. Qualidade de vida: considerações sobre conceito e instrumentos de medida. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Guarulhos, v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/j.1676-4285.2007.870/197>>. Acesso em: 30 out. 2007.
- VILELA, A. L. M. *Audição: anatomia da orelha*. Disponível em: <<http://www.afh.bio.br/sentidos/Sentidos3.asp>>. Acesso em: 30 out. 2007.
- WARE, J. E. The SF-36 health survey. In: SPILKER, B. (Ed.). *Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials*. 2nd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1996. p. 337-345.
- _____. Comments on the use of health status assessment in clinical settings. *Medical Care*, Philadelphia, v. 30, n. 5, p. MS205-MS209, 1992.

- WARE, J. E. et al. Evaluating instruments used cross-nationally: methods from the IQOLA project. In: SPILKER, B. (Ed.). *Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials.* 2nd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1996a. p. 681-692.
- WARE, J. E. et al. Comparasion of health outcomes at a health maintenance organization with those of fee-for-service care. *Lancet*, London, v. 1, n. 8.488, p. 1017-1022, 1996b.
- WARE, J. E.; GANDEK, B.; IQOLA PROJECT GROUP. The SF-36 health survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*, New York, v. 23, p. 49-73, 1994.
- WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medicinal Care*, Philadelphia, v. 30, n. 6, p. 473-483, jun. 1992.
- XAVIER, F. M. F; FERRAZ, M. P. T.; MARC, N. A definição dos idosos de qualidade de vida. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 31-39, 2003.
- YAMADA, B. F. A. *Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas.* 2001. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- ZANEI, S. S. V. *Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de unidades de terapia intensiva e seus familiares.* 2006. 135 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- ZEMLIN, W. R. *Princípios de anatomia e Fisiologia em Fonoaudiologia.* Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- ZIMMERMAN, R. L. Considerações neurológicas em Audiologia. In: KATZ, J. (Org.). *Tratado de Audiologia clínica.* 4. ed. São Paulo, 1999. p. 25-34.
- ZUCOLOTO, R. C. *Vertigem.* Universidade Federal de São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.otorrino.unifesp.br/info/vertigem.htm>>. Acesso em: 30 ago. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

- 1) Idade:
- 2) Sexo: feminino masculino
- 3) Profissão:
- 4) Estado civil:
- 5) Carga horária como professor?
- 6) Atua profissionalmente fora da instituição? sim não
- 7) Carga horária fora da instituição:
- 8) Está satisfeito com seu trabalho? sim não
- 9) Tem algum problema de saúde? sim não
Quais?
 colesterol alto triglicérides hipertensão
 diabetes hipoglicemia hipotensão
 tireóide cardíacas coluna outros
- 10) Já sentiu tontura alguma vez, do tipo popularmente conhecidas como “labirintites”?
 sim não
- 11) Aproximadamente quantas crises por ano?
 uma
 duas ou mais
 já teve uma crise somente há muito tempo
- 12) Atribui suas crises a um destes fatores?
 estresse depressão
 ansiedade fatores emocionais
 outras doenças

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do Projeto: QUALIDADE DE VIDA E A PERCEPÇÃO DO SINTOMA TONTURA ENTRE OS PROFESSORES DE UMA UNIVERSIDADE PRIVADA EM CAMPO GRANDE-MS.

Nome da pesquisadora: MARIA ROSANE HENTSCHKE

Objetivo e justificativa: A pesquisa vai verificar o sintoma tontura e qualidade de vida relacionada à saúde entre os professores da Universidade Católica Dom Bosco-UCDB. Os resultados obtidos serão divulgados em veículos informativos da própria universidade com esclarecimentos sobre eles,

Declaro consentir em participar (como voluntário), sem nenhum gasto, da pesquisa científica citada. Esta pesquisa faz parte do projeto para fins de avaliação da Comissão de Ética da Universidade Católica Dom Bosco(UCDB) a ser desenvolvida no mestrado de Psicologia da UCDB, sob orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

Ao participar deste estudo fui esclarecido e estou ciente de que:

Caso não me sinta à vontade com alguma questão, estou ciente de que posso deixar de respondê-la, sem que isso implique algum prejuízo.

Sei que as informações que fornecerei poderão mais tarde, ser utilizadas para trabalhos científicos e que minha identificação será mantida sob sigilo, isto é, não haverá chance de meu nome ser identificado, assegurando-se completo anonimato.

Minha participação é inteiramente voluntária e depende exclusivamente da minha vontade em colaborar com a pesquisa.

Estou livre para desistir de participar em qualquer momento da entrevista.

Aceito participar voluntariamente desta atividade, sem ter sofrido nenhuma forma de pressão para tanto.

Caso necessite entrar em contato com a pesquisadora, estou ciente de que posso encontrá-la no telefone ou e-mail abaixo descritos.

Comitê de Ética em pesquisa UCDB, tel (67) 3312-3605: www. ucdb. br. Maria Rosane Hentschke, tel. (67) 9249 5256, e-mail: rosaneabad@hotmail. com

Campo Grande, MS, de de 2007.

.....
Participante

.....
Pesquisador

APÊNDICE C – Profissões dos participantes

TABELA 13 - Profissão dos participantes

Área	Profissão	Quantidade	%
Educação	Professor	39	39,0
Saúde	Fonoaudiólogo	7	7,0
	Fisioterapeuta	6	6,0
	Nutricionista	4	4,0
	Psicóloga	4	4,0
	Veterinário	4	4,0
	Biólogo	3	3,0
	Farmacêutico	3	3,0
	Enfermeira	2	2,0
	Biomédico	1	1,0
Humanas	Advogado	11	11,0
	Contador	3	3,0
	Economista	3	3,0
	Administrador	2	2,0
	Assistente Social	1	1,0
	Jornalista	1	1,0
	Relações Públicas	1	1,0
	Turismólogo	1	1,0
Exata	Engenheira Civil	2	2,0
	Designer	1	1,0
	Química	1	1,0

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de coleta de dados

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – SF-36

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE (UCDB)

Score:

Sexo: Idade:

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados sobre como você se sente e quanto bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda a cada questão, marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral você diria que sua saúde é:

(circule uma)

- | | |
|------------------|---|
| Excelente | 1 |
| Muito boa | 2 |
| Boa | 3 |
| Ruim | 4 |
| Muito ruim | 5 |

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

- | | |
|--|---|
| Muito melhor agora do que há um ano atrás | 1 |
| Um pouco melhor agora que há um ano atrás | 2 |
| Quase a mesma de um ano atrás | 3 |
| Um pouco pior agora do que há um ano atrás | 4 |
| Muito pior agora que há um ano atrás | 5 |

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta um pouco.	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir vários lances de escada.	1	2	3
e. Subir um lance de escada.	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro.	1	2	3
h. Andar vários quarteirões.	1	2	3
i. Andar um quarteirão.	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas quatro semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

(circule uma)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito grave	6

8. Durante as últimas quatro semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação às últimas quatro semanas.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido, que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, em quanto do seu tempo a sua saúde física ou os problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo tempo	1
A maior parte do tempo	2
Alguma parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhuma parte do tempo	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

ANEXO B – Autorização do Comitê de Ética

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**DECLARAÇÃO**

Declaramos, para fins de direito, que o projeto “Tontura e qualidade de vida entre os professores da Universidade Católica Dom Bosco”, de responsabilidade de Maria Rosane Hentschke, após análise do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Católica Dom Bosco-CEP/UCDB e encaminhamento para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, foi considerado aprovado sem restrições.

Campo Grande, 01 de junho de 2006.



Regina Stela Andreoli de Almeida
Presidente do CEP/UCDB