

EFEITO CLÍNICO DE UM GRUPO DE REABILITAÇÃO VESTIBULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Clinical effect of a vestibular rehabilitation group in primary care

Fernanda Bollini e Silva¹, Bernardino Geraldo Alves Souto²

RESUMO

Para observar o efeito de um grupo terapêutico de reabilitação vestibular sobre os sintomas clínicos da vertigem, estudou-se uma série de quatro casos de portadores de síndrome vertiginosa crônica em uma Unidade de Saúde da Família. As atividades do grupo caracterizaram-se pela aplicação de estratégias fisioterapêuticas com os participantes, por um período de dois meses. Estes foram avaliados com relação às manifestações clínicas e às limitações induzidas pela vertigem, por meio de instrumentos padronizados, antes e após a participação no grupo. Todos experimentaram redução na intensidade, frequência e duração dos sintomas, diminuição ou cessação do uso de medicamentos para vertigem, maior independência para realização de atividades e mais autonomia para lidar com os sintomas. Portanto atividades em grupo conduzidas por estratégias fisioterapêuticas podem contribuir para a melhora clínica de pessoas com vertigem, com potencial de aplicação na atenção primária em saúde por se tratar de um recurso de tecnologia leve e baixo custo operacional.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Reabilitação; Vertigem.

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família, criado pelo Ministério da Saúde em 1994, inclui novas estratégias para o Sistema Único de Saúde (SUS) e conta com a adesão e mobilização de forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes. Isso possibilita

ABSTRACT

To observe the effect of a therapeutic group of vestibular rehabilitation about clinical symptoms of vertigo, was studied a series of four cases of holders of chronic vertiginous syndrome in a family health unit. The group's activities were characterized mainly by physiotherapeutic strategies with participants for a period of two months. This subjects were evaluated with respect to clinical manifestations and the limitations induced by vertigo, through standardized instruments before and after participation in the group. All experienced reduction of intensity, frequency and duration of symptoms, decrease or cessation of use of medicinal products for vertigo, greater independence for realization of activities and more autonomy to deal with the symptoms. Therefore, activities in group conducted by physiotherapeutic strategies can be useful to the clinical improvement of people with vertigo, with potential application in primary health care for to be a resource of light technology and low operational costs.

KEY-WORDS: Primary Health Care; Rehabilitation; Vertigo.

integração e organização das ações de saúde em território definido. A finalidade é propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas por meio da articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nas pessoas envolvidas.¹

¹ Fernanda Bollini e Silva, Graduação em Fisioterapia (UNESP) e pós-graduação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (UFSCar)

² Bernardino Geraldo Alves Souto, Professor adjunto no Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos

Sua implantação vem possibilitando, além da integralidade do cuidado e a criação de vínculos assistenciais, a corresponsabilização entre os serviços de saúde e a população. É muito importante promover a autonomia dos indivíduos sobre os aspectos de sua realidade que podem ser transformados para facilitar escolhas saudáveis.^{2,3} Isso se dá, basicamente, pela identificação dos problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais as pessoas estão expostas e pela elaboração de uma respectiva proposta de enfrentamento que contemple a coordenação, participação e organização de grupos de educação para a saúde.³

Entre esses problemas, a vertigem é um sintoma que está presente em cerca de 5% a 10% da população mundial. É a sétima queixa entre as mulheres e a quarta entre os homens, atingindo 65% dos indivíduos com 65 anos ou mais. As dificuldades com o controle da postura ortostática e as consequentes quedas constituem um importante agravo repercutível sobre a morbimortalidade de idosos. Assim, o interesse pelos déficits de equilíbrio vem aumentando em consequência aos elevados custos com os cuidados à saúde gerados por tais problemas.⁴

A vertigem é uma tontura rotatória cuja sensação é a de estar girando em torno do ambiente ou vice-versa. Vários fatores podem motivá-la: redução da mobilidade da coluna vertebral; contraturas na região cervical; redução do fluxo sanguíneo arterial vértebro-basilar; redução da capacidade proprioceptiva; degeneração auditiva, vestibular ou visual; dificuldade de alimentação e transtornos depressivos, entre outros.^{5,6}

As principais formas de tratamento incluem a abordagem farmacológica, a cirúrgica e a fisioterapêutica. À última denomina-se reabilitação vestibular (RV). A mesma age sobre o funcionamento do sistema vestibular com o objetivo de induzir a compensação desse sistema por meio do mecanismo de neuroplasticidade cerebral. Tal compensação torna o paciente mais seguro, restaurando seu equilíbrio corporal e permitindo que execute os movimentos da vida diária que estava acostumado a fazer antes do distúrbio.⁷ Seus principais objetivos são: promover a estabilização visual e aumentar a interação vestibular-visual durante a movimentação da cabeça; proporcionar uma melhor estabilidade estática e dinâmica nas situações de conflito sensorial e diminuir a sensibilidade excessiva durante a movimentação da cabeça. Para alcançar esses objetivos, a RV utiliza técnicas capazes de influenciar a mobilidade da coluna vertebral, a capacidade proprioceptiva e os processos degenerativos vestibular e visual.⁸ É desenvolvida em quatro etapas de igual importância: orientação ao paciente

e seus cuidadores sobre o funcionamento básico do equilíbrio, seus sintomas e o tratamento proposto; treinamento vestibular por meio de exercícios sistematizados com os olhos, a cabeça, o tronco e a marcha; monitoramento do progresso do paciente; e ênfase nas orientações gerais relacionadas ao autocuidado. A ideia é que todas essas técnicas sejam aplicadas sequencialmente dentro de um período de dois meses de atividades.⁹ Tem como aspectos favoráveis a inocuidade, o menor custo e a leveza tecnológica se comparada com as outras formas de abordagem.

Os exercícios sistematizados são planejados segundo necessidades individuais e aplicados com foco às deficiências funcionais identificadas em uma avaliação abrangente. É importante avaliar a integridade do sistema musculoesquelético e reconhecer se a deficiência é vestibular-visual ou postural, além de caracterizar as limitações funcionais decorrentes.

A respeito da RV, há estudos mostrando que é possível obter cura completa em até 30% dos casos, ou diferentes graus de melhora clínica em até 85% dos pacientes tratados exclusivamente por meio de exercícios de reabilitação.¹⁰⁻¹² Não obstante, o sucesso do tratamento da vertigem necessita da cooperação do paciente e de sua participação ativa.⁷

Diante do exposto, uma das equipes de saúde da família estabelecidas em São Carlos, SP, optou por aplicar um grupo de RV e observar seus efeitos sobre os sintomas reclamados pelos participantes, tendo em vista duas considerações: a percepção de que a ocorrência de vertigem na população adscrita demandava abordagem específica; e a de que, até maio de 2011, só havia um único estudo baseado em evidência, nível 5, sobre o assunto⁷, disponível na Cochrane Library do Brasil.¹³

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Por meio de uma amostragem despropositiva, não probabilística, instituída pela oportunidade aleatória e segundo a conveniência operacional¹⁴, uma série de quatro portadores de vertigem adscritos à Unidade de Saúde da Família do Bairro Jardim São Carlos, em São Carlos, SP, participaram de um grupo de RV e colaboraram com dados para a avaliação dos respectivos efeitos sobre seus sintomas clínicos relacionados ao citado agravo. Essas pessoas tinham mais de 45 anos de idade e em nenhuma delas a vertigem era induzida por medicamento, por redução do fluxo sanguíneo arterial vértebro-basilar, por dificuldade de alimentação ou por transtornos depressivos. Também não participaram gestantes, pessoas com insuficiência cardíaca

ou com deficiência física que interferia no equilíbrio, ou com cognição insuficiente.

Antes do início das atividades do grupo de RV, foi realizado um levantamento das manifestações clínicas do transtorno vestibular por meio de uma anamnese dirigida¹⁵ aplicada uma escala visual analógica por meio da qual os participantes quantificavam de 0 a 10 a intensidade, frequência e duração dos sintomas¹⁶ e preenchido o inventário das deficiências da vertigem (IDV) indicado por Whitney¹⁷ para mensurar as dificuldades que o paciente apresenta devido à vertigem.

No primeiro encontro do grupo de RV, foi realizada a apresentação mútua dos participantes, exposição da proposta de trabalho e compartilhadas expectativas sobre o grupo e vivências sobre o impacto da vertigem no dia a dia de cada um. Também foram feitas apreensões sobre a fisiologia do equilíbrio, a vertigem e a RV. Em seguida, os participantes foram orientados sobre hábitos de vida que frequentemente causam ou agravam vertigens, baseado nos escritos de Ganança¹⁸ e iniciado um programa específico de exercícios orientados pelo protocolo de Cawthorne e Cooksey¹⁵ readaptado no Brasil por Barbosa *et al.*¹⁹ e por Bittar & Pedalini²⁰, e ajustado segundo a evolução do grupo.

O levantamento das manifestações e consequências da vertigem e dos sintomas associados feito com cada sujeito antes da participação no grupo de RV foi comparado com um segundo levantamento idêntico realizado após dois meses de atividades nesse grupo, pareado pelo mesmo sujeito. A intenção foi identificar as diferenças entre um levantamento e outro na mesma pessoa, respectivamente representativos dos momentos anterior e posterior à participação do sujeito no grupo, de modo a tentar atribuir essas diferenças ao efeito dessa participação.

Não obstante, precisamos destacar as limitações deste estudo inerentes à sua casuística e metodologia: os resultados não podem ser extrapolados para todos os casos de vertigem ou populações em função da especificidade amostral; pelo mesmo motivo a intensidade e duração dos efeitos do grupo terapêutico sobre a vertigem não poderão ser generalizados; e a ausência de um grupo controle e a reduzida amostragem impedem inferências sobre o efeito absoluto do grupo terapêutico de reabilitação vestibular nas manifestações clínicas desse transtorno.

Ainda assim, contribuiu para o conhecimento dos efeitos da aplicação de grupos de reabilitação vestibular na atenção primária à saúde, em nível 6 de evidência científica, por se tratar de um estudo de série de casos.

O Projeto que deu origem a este estudo obteve a aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos por meio do parecer no 428/2010, relativo ao processo nº 23112.003770/2010-9.

RESULTADOS

A idade dos sujeitos variou de 48 a 68 anos. Entre as três mulheres e o homem que participaram, a média de tempo de convivência com a vertigem foi de 7,54 anos.

Os fatores desencadeantes ou agravantes das crises vertiginosas antes da participação das pessoas no grupo foram múltiplos e variáveis em todos os sujeitos e entre cada um deles, de modo que, em alguns casos, a vertigem surgia de modo espontâneo e, em outros, devido a movimentos ou posições corporais.

Antes da participação no grupo, todas as pessoas tinham vertigem. Ao término das atividades, essa manifestação havia desaparecido ou diminuído (Tabela 1).

Tabela 1

Comparativo sobre a presença de vertigem antes e depois da participação no grupo de Reabilitação Vestibular, conforme a posição ou movimento do corpo.

	Deitado		Em pé		Sentado		Caminhando	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Sujeito 1	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Sujeito 2	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
Sujeito 3	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
Sujeito 4	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente

Conforme demonstrado na Tabela 1, a vertigem só persistiu no sujeito 4, com desencadeamento restrito à movimentação do corpo quando estacionado em posição ortostática, porém com redução da duração

e da intensidade, e concomitante ao desaparecimento desse sintoma durante a caminhada. Tal relato foi confirmado objetivamente pelo teste da escala visual analógica (Tabela 2).

Tabela 2

Comparativo da pontuação obtida por cada sujeito no teste visual analógico de vertigem, entre antes e depois da participação no grupo de Reabilitação Vestibular.

	Intensidade		Frequência		Duração	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Sujeito 1	8	0	6	0	2	0
Sujeito 2	10	0	2	0	9	0
Sujeito 3	9	0	8	0	6	0
Sujeito 4	4	3	3	3	4	2

Obs.: Quanto maior a pontuação, mais intensa, frequente e duradoura a vertigem.

Sobre as outras manifestações associadas à vertigem, se presentes ou ausentes antes e após a realização dos exercícios, está demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3

Comparativo da ocorrência dos sintomas associados à vertigem antes e depois da participação no grupo de Reabilitação Vestibular.

	Náusea/Vômito		Zumbido		Embaçamento visual		Sudorese	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Sujeito 1	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente
Sujeito 2	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Sujeito 3	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente
Sujeito 4	Presente	Ausente	Presente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente

Dois sujeitos relataram já ter tido queda devido à vertigem e todos desviavam para um dos lados enquanto caminhavam (dois para o lado direito e dois para o lado esquerdo). Nenhum participante sofreu queda a partir da entrada no grupo e, ao final das atividades, dois relataram não mais se desviarem ao caminhar.

Três sujeitos tomavam medicamento para alívio ou profilaxia da vertigem ao ingressarem no grupo e, após participarem do mesmo, somente um deles continuou o uso, porém, em dose e frequência reduzidas.

Todas as pessoas relataram que deixavam de executar alguma atividade cotidiana devido à vertigem. Depois de

participarem do grupo de RV, voltaram a realizar as atividades que haviam suspenso.

Quanto à avaliação feita por meio do IDV, antes da RV, a amplitude variou entre 20 e 76 pontos, confirmando todos os indivíduos com comprometimento na capacidade auto-percebida para realizar funções cotidianas. Vale ressaltar que valores a partir de 17 pontos traduzem prejuízo funcional significativo consequente da vertigem. Após a aplicação do grupo, essa pontuação variou de 0 a 20 pontos. O mesmo sujeito que obteve melhora parcial dos sintomas e apenas redução na necessidade de continuar usando medicamentos, o sujeito 4, também foi o que continuou com prejuízos funcionais relacionados à vertigem (IDV = 20), ainda que de forma menos intensa (Queda de 50% no IDV) (Tabela 4).

Tabela 4

Escore do Inventário das Deficiências da Vertigem antes e depois da participação no grupo de Reabilitação Vestibular.

	Antes	Depois
Sujeito 1	76 pontos	4 pontos
Sujeito 2	20 pontos	0 pontos
Sujeito 3	62 pontos	10 pontos
Sujeito 4	48 pontos	20 pontos

DISCUSSÃO

Em três sujeitos os sintomas e limitações derivados da vertigem desapareceram no período imediato após participarem do grupo de RV e, em um, houve significativa redução da frequência e intensidade desses problemas. Em estudo semelhante, Verdini²¹ verificou essa melhora em dois de quatro sujeitos, enquanto que Patatas *et al.*²² observaram ganho na qualidade de vida, medida pelo IDV, em pessoas que praticaram atividades de reabilitação vestibular.

Observando especificamente o sujeito que teve menor benefício com sua participação no grupo por não se livrar completamente dos sintomas, ainda que tenha tido melhora, o mesmo era o que convivia com a vertigem há mais tempo e era o mais velho de todos (15 anos de convivência com a vertigem e 68 anos de idade). De acordo com Herdman¹³, os resultados da reabilitação vestibular podem ser influenciados por fatores como idade, integridade funcional do sistema nervoso central, disposição individual e disponibilidade de tempo para executar os exercícios.

O fato de que todos voltaram a executar atividades cotidianas antes suspensas devido à vertigem, a partir da participação no grupo, apontou para um importante ganho de independência e autoconfiança por parte dos participantes, proporcionável por esse tipo de estratégia de reabilitação.

Nesse sentido, Ganança¹² e Bittar & Pedallini²⁰ preconizam a RV como o melhor tratamento terapêutico para pacientes acometidos por labirintopatias, o qual pode ser usado unicamente ou em associação a outros tipos de terapia. Não obstante, o controle ou eliminação dos prováveis agentes etiológicos, quando identificados, a orientação nutricional para evitar erros alimentares, a modificação de hábitos agravantes dos sintomas e o uso racional de medicação antivertiginosa são essenciais para a obtenção do melhor resultado possível em cada paciente com vertigem.

Além disso, Resende *et al.*⁷ argumentam que o trabalho em grupo contribui, também, para que os sujeitos melhorem suas relações sociais. Essa melhora pode estimular a autoestima e a autonomia da pessoa por proporcioná-la perceber que os distúrbios que porta são comuns a outros indivíduos e que o correto enfrentamento auxilia na recuperação do sentimento de limitação imposto pelos sintomas relacionados à vertigem.

Quanto aos instrumentos objetos de aferição quantitativa das manifestações clínicas e algumas de suas repercussões, os mesmos apresentaram resposta coerente com o relato das pessoas, o que pode ser tomado como um critério de validação desses instrumentos. O IDV e a escala visual analógica, por exemplo, podem ser, pois, ferramentas úteis à avaliação de pessoas com sintomas vertiginosos, conforme defendido por Herdman.¹⁵ Segundo esse autor, o IDV é capaz, inclusive, de ajudar a aferir sintomas mesmo em situações em que as pessoas têm dificuldade subjetiva para perceberem alterações na intensidade e frequência de suas manifestações, o que lhe dá confiabilidade para avaliações que envolve teste e reteste, a exemplo do que foi feito neste estudo.

CONCLUSÃO

A reabilitação vestibular em grupo na atenção primária tem mostrado ser uma boa estratégia terapêutica por várias razões: boa aceitação por parte dos pacientes, baixo custo, tecnologia leve, elevada eficácia, facilidade de incorporação às práticas cotidianas em uma Unidade de Saúde da Família e possibilidade de acompanhamento objetivo. Além disso, proporciona a integração entre as pessoas e o vínculo com o serviço de saúde, agregando ganhos subjetivos.

Entretanto, considerando o nível de evidência científica disponível, é adequado o desenvolvimento de estudos com

metodologia mais robusta que incluam, especialmente, amostragem mais ampla e mais diversificada, bem como tempo prolongado de seguimento para que tais práticas de reabilitação vestibular possam ser indicadas de modo mais sistemático e específico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(3):303-11.
2. Silvestre JA, Costa MMN. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):839-47.
3. Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Rev Latinoam Enferm*. 2007; 15(2): 337-43.
4. Santana GG, Kasse CA, Barreiro FCAB, Doná F, Gazzola JM. Efetividade da reabilitação vestibular personalizada em adultos e idosos. *Rev Equilíbrio Corporal e Saúde*. 2009; 1(1):2-9.
5. Bertol E, Rodríguez CA. Da Tontura à vertigem: uma proposta do manejo do paciente vertiginoso na atenção primária. *Rev APS*. 2008 jan./mar; 11(1):62-73.
6. Nishino LK, Ganança CF, Manso A, Campos CAH, Korn GP. Reabilitação vestibular personalizada: levantamento de prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de otoneurologia da I.S.C.M.S.P. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005 jul./ago; 71(4):440-7.
7. Resende CR, Taguchi CK, Almeida JG, Fujita RR. Reabilitação vestibular em pacientes idosos portadores de vertigem posicional paroxística benigna. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2003; 69(4): 535-40.
8. Mantello EB, Moriguti JC, Rodrigues-Junior AL, Ferrioli E. Efeito da reabilitação vestibular sobre a qualidade de vida de idosos labirintopatas. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008 mar./abr; 74(2): 172-80.
9. Knobel KAB, Pfeilsticker LN, Stoler G, Sanchez TG. Contribuição da reabilitação vestibular na melhora do zumbido: um resultado inesperado. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2003; 69(6):779-84.
10. Bushatsk A, Lebrão ML. Equilíbrio corporal, envelhecimento e reabilitação vestibular: implicações para a Saúde Pública. *Cienc Saúde Coletiva*. 2009; 30(6):102-103.
11. Muniz JWC, Oliveira JSSO, Lima PP, Amaral RO. Reabilitação vestibular: um enfoque fisioterapêutico. *Rev Lato Sensu*. 2003; 4(1):1-17.
12. Ganança MM. *Vertigem tem cura? O que aprendemos nestes últimos 30 anos*. São Paulo: Lemos Editorial; 1998. 301p.
13. Cochrane BVS. [Citado 2011 maio 25]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lang=pt&lib=COC>.
14. Medronho RA. *Epidemiologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008. 790p.
15. Herdman SJ. *Reabilitação Vestibular*. 2ª ed. Barueri: Manole; 2002. 591p.
16. O'Sullivan SB, Schmitz T. *Fisioterapia avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole; 2004. 1152p.
17. Whitney SL. Vertigem. In: Kauffman TL. *Manual de reabilitação geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 272-89.
18. Ganança MM, Ganança FF. *O paciente vertiginoso: manual de consulta rápida para o clínico*. São Paulo: Lemos; [s.d.]. 60 p.
19. Barbosa MSM, Ganança FF, Caovilla HH, Ganança MM. Reabilitação labiríntica: o que é e como se faz. *Rev Bras Med Otorrinolaringol*. 1995; 2(1):24-34.
20. Bittar RSM, Pedalini MEB. *Reabilitação Vestibular*. São Paulo: Hoechst; 1999.
21. Verdini J. *Atuação fisioterapêutica em pacientes com distúrbios vestibulares periféricos [monografia]*. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2004. 95p.
22. Patatas OHG, Ganança CF, Ganança FF. Quality of life of individuals submitted to vestibular rehabilitation. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009; 75(3):387-94.

Submissão: julho/2011

Aprovação: março/2012
