

Aprile, Maria Rita; Unger Raphael Bataglia, Patrícia
Qualidade de vida de pacientes com distúrbios do equilíbrio corporal
Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 48, 2011, pp. 46-51
Editorial Bolina
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84216928004>



Saúde Coletiva,
ISSN (Versão impressa): 1806-3365
editorial@saudecoletiva.com.br
Editorial Bolina
Brasil

Qualidade de vida de pacientes com distúrbios do equilíbrio corporal

O artigo aborda conceitos sobre a qualidade de vida em pacientes idosos e apresenta a construção de uma escala de qualidade de vida especialmente desenhada para pessoas com vestibulopatias.

Descritores: qualidade de vida, idosos, vestibulopatia.

This paper retakes concepts about quality of life in elderly patients and presents the construction of a Quality of Life Scale, especially designed to patients with vestibulopathies.

Descriptors: quality of life, elderly, vestibulopathie.

Este artículo recoge conceptos a cerca de calidad de vida en personas ancianas y presenta el método de construcción de una escala de calidad de vida diseñada para pacientes con vestibulopatias.

Descriptores: calidad de vida, ancianos, vestibulopatia.

Maria Rita Aprile

Pedagoga. Mestre e Doutora em Educação. Professora e Pesquisadora do Programa de Mestrado em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social da Universidade Bandeirante de São Paulo.
ritaaprile@hotmail.com

Patrícia Unger Raphael Bataglia

Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia Social. Professora da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" – UNESP / Campus Marília e Professora Colaboradora do Programa de Mestrado em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social da Universidade Bandeirante de São Paulo.

Recebido: 28/04/2010
Aprovado: 13/12/2010

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a qualidade de vida entre a população idosa se constitui em uma questão central nas pesquisas e estudos sobre envelhecimento. Entre os aspectos que contribuíram para a relevância da temática se inclui o envelhecimento populacional, fenômeno demográfico sem precedentes, que se observa em boa parte do planeta.

No Brasil, a expectativa de vida duplicou em relação ao século passado, passando dos 34,7 anos, em 1900, para 68,5 em 2000. Atualmente, esses valores atingem a marca dos 71 anos, com perspectiva de aumentar ainda mais, conforme destaca o Plano Estadual para a Pessoa Idosa – Futuridade, do Governo do Estado de São Paulo¹.

Também os relatórios divulgados pelo IBGE destacam que se encontra em curso, no país, um processo de envelhecimento da população, cuja estimativa para os próximos decênios é de 172,7 idosos para cada grupo de 100 indivíduos de 0 a 14 anos. Entre os fatores que concorrem para o aumento da longevidade se destacam os avanços da medicina associados às novas tecnologias e aos novos recursos farmacêuticos. A divulgação de informações sobre o envelhecimento em decorrência de investigações sobre o tema e a criação de novas oportunidades sociais para os idosos, considerados, na sociedade contemporânea, um novo mercado em face de novos recursos tecnológicos e estéticos, bem como de novas oportunidades culturais e sociais também concorrem para o aumento da longevidade².

Nesse contexto, novas concepções sobre o envelhecimento vêm sendo construídas em oposição às visões passadas e estereotipadas sobre envelhecimento, considerado um sinônimo de uma espécie de doença, avaliada pelo grau de degeneração causado ao organismo, ou ainda como um período caracterizado pela improdutividade física, sexual e mental aliada ao sentimento de não pertencimento social. Trata-se, portanto, de concepções não mais atreladas aos limites de ordem física dos idosos ou a uma associação direta entre doença e velhice³. As novas concepções decorrem de uma visão mais ampla do envelhecimento, ao considerarem que os idosos também são indivíduos saudáveis, produtivos e participantes de redes de relacionamentos sociais e culturais. Em decorrência desse quadro, novas expectativas e novos anseios surgem entre a população idosa, especialmente no que se refere a sua autoestima e a sua qualidade de vida.

Contudo, apesar dos indicadores mais otimistas, uma parcela considerável da população idosa, em vários países, inclusive, no Brasil, se encontra em uma situação de vulnerabilidade social e descoberta de seus direitos. Trata-se de idosos cuja precariedade de recursos econômicos, educacionais e culturais os exclui de um atendimento qualificado em relação à manutenção e/ou à melhoria da saúde, bem como os excluem das benesses advindas das novas tecnologias.



“NAS ÚLTIMAS DÉCADAS, A QUALIDADE DE VIDA ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA SE CONSTITUI EM UMA QUESTÃO CENTRAL NAS PESQUISAS E ESTUDOS SOBRE ENVELHECIMENTO. ENTRE OS ASPECTOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A RELEVÂNCIA DA TEMÁTICA SE INCLUI O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, FENÔMENO DEMOGRÁFICO SEM PRECEDENTES, QUE SE OBSERVA EM BOA PARTE DO PLANETA”

Esse fato é extremamente importante ao se considerar que o idoso – independente do grupo social e econômico - continua sujeito às alterações nos sistemas anatômico e funcional. Entre essas alterações, destacam-se os distúrbios do equilíbrio corporal, caracterizados por sintomas como vertigens e tonturas, que interferem em seu bem-estar físico. São sintomas que influenciam suas relações pessoais, suas funções cognitivas, seu desempenho físico, sua produtividade, suas expectativas de vida e, portanto, interferem em sua qualidade de vida.

A questão da velhice e a qualidade de vida

A discussão das possíveis relações entre os distúrbios do equilíbrio corporal e a qualidade de vida na velhice nos leva a resgatar de antemão o significado de qualidade de vida entre a população idosa.

É importante destacar que, na área da saúde, a relação entre o envelhecimento e a qualidade de vida vem sendo investigada a partir das últimas quatro décadas, quando se intensificaram os estudos e as pesquisas sobre a temática, permitindo o seu aprofundamento teórico e empírico. Para além da esfera acadêmica, o debate se amplia e a temática passa a incorporar a pauta de inúmeros eventos de porte nacional e internacional, realizados sob o comando de diferentes segmentos da sociedade. Neste cenário, a questão da velhice equacionada à quali-

dade de vida também se inclui nas políticas públicas de países de ambos os hemisférios.

A Organização das Nações Unidas (ONU), por meio de vários pronunciamentos, tem apelado aos países de todo mundo e às organizações da sociedade civil para a realização de um trabalho em prol de políticas e programas que permitam aos idosos viver em um ambiente voltado à melhoria de suas capacidades e à promoção de sua independência. Nessa direção, Kofi Annah, ex-Secretário Geral da ONU, em pronunciamento realizado em 01 de outubro de 2006, durante a comemoração do dia internacional do idoso, ressalta a importância da promoção de uma imagem positiva do envelhecimento por meio de estratégias desti-

nadas à melhoria da sua qualidade de vida. À população idosa se deve assegurar moradia, saúde e transporte, entre outras condições, com o propósito de manter a sua independência e sua atividade por um maior período de tempo, buscando tornar sua vida mais enriquecedora, gratificante e realizada. Essas estratégias se alicerçam especialmente no reconhecimento e no respeito à dignidade, à autoridade, à sabedoria e à produtividade dos idosos em todas as sociedades.

Alguns documentos incluem a preocupação com os idosos de todo o mundo e, ao mesmo tempo, traduzem os avanços em

relação ao “acolhimento” por parte do Estado e da sociedade. Entre esses documentos, se destacam: a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento de Madrid, divulgado em 2002. No Brasil, as políticas, diretrizes e estratégias direcionadas à melhoria da qualidade de vida da população em fase de envelhecimento integram os artigos 229 e 230 de sua Constituição Federativa, de 1988. Também se destacam a Política Nacional do Idoso⁴, o Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741/2003)⁵, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) de nº. 8.842/1993⁶, Direitos Humanos e Pessoa Idosa, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos do Governo Federal⁷ e a Lei nº. 12.548/2007, que trata da Política Estadual da Pessoa Idosa, no Estado de São Paulo⁸.

É importante registrar que em meio às discussões, o conceito se apresenta ancorado em diferentes matrizes teóricas que, por sua vez, se desdobram em diferentes propostas e estratégias em relação aos grupos de idosos e ao contexto social, econômico e cultural em que se inserem. Ao admitir essa multiplicidade de significados, o termo qualidade de vida não pressupõe uma única interpretação: tanto a sua forma, quanto o seu conteúdo variam de acordo com quem o utiliza e em relação à população a qual se refere.

A despeito das várias interpretações, as discussões sobre a qualidade de vida e envelhecimento levam em conta o conceito de saúde, divulgado na Carta de Princípios de 07 de abril de 1948 da Organização Mundial da Saúde (OMS). A Carta da OMS considera a saúde “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, bem como reconhece o direito universal à saúde e a obrigação do Estado em relação à sua promoção e proteção. Portanto, além do aspecto físico, a concepção da OMS incorpora outras dimensões, entre elas, o estado psicológico, as relações sociais, os ambientes físico e social, a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais, além de enfatizar a responsabilidade do Estado. Vale destacar que a própria amplitude do conceito acarretou a reação de vários autores por considerarem que, sob essa perspectiva, a saúde passa a ser considerada um ideal inatingível⁹.

Para além das críticas, o conceito de saúde da OMS tem influenciado a construção de uma nova concepção de qualidade de vida. Até os anos de 1940, o foco dos estudos se centrava em aspectos objetivos ou externos. As investigações levavam em conta apenas os aspectos de natureza biológica e epidemiológica. Os estudos norte-americanos específicos sobre envelhecimento saudável consideravam que envelhecer bem se relacionava à satisfação do indivíduo com o seu status atual de vida e aos planos ou perspectivas que apresenta em relação ao futuro, considerando o desenvolvimento técnico e tecnológico da época.

A partir da veiculação do conceito de saúde da OMS, no pós-guerra, os estudos sobre qualidade de vida e saúde começam a incluir aspectos subjetivos ou internos, considerando as

expectativas individuais e sociais em relação à temática. Na década de 1960, a polaridade entre os parâmetros objetivos e subjetivos é criticada por Elkinton¹⁰, que enfatiza a necessidade de correlacioná-los aos aspectos pertinentes ao bem-estar psicológico e à satisfação dos pacientes². Em 1969, Fairweather e seus colaboradores incluem pela primeira vez medidas para avaliação de aspectos subjetivos nos estudos sobre qualidade de vida dos pacientes².

Na década seguinte, e nas posteriores, as expectativas, necessidades e opiniões dos indivíduos passam a ser incluídas nas investigações sobre qualidade de vida. O conceito de bem estar psicológico é relacionado às características buscadas na fase de envelhecimento, entre elas a satisfação, o senso de controle, a auto-eficácia, a capacidade de lidar com o estresse, entre outros. Entre 1980 e 1990, a sociedade norte-americana registra movimentos de insatisfação de pacientes norte-americanos em relação ao modelo mercantilista de atendimento à saúde. As reivindicações desses indivíduos ratificam a importância da inclusão da subjetividade nas investigações e, em decorrência, se instala o processo em que os Resultados Referidos pelos Pacientes (Patient Reported Outcomes) passam a constar dos instrumentos de avaliação de intervenções médicas. Daí, a Food and Drug Administration (FDA) - órgão do governo americano responsável pelo controle de alimentos e, portanto, dos suplementos alimentares, bem como de medicamentos, cosméticos, equipamentos médicos, materiais biológicos, e outros - exige que os resultados das intervenções (aspectos objetivos) obrigatoriamente incluam os autorelatos dos pacientes (aspectos subjetivos). A inclusão e a valorização dos aspectos subjetivos passam a ser considerados como um indicador importante nos estudos sobre qualidade de vida.

Nos anos de 1990, estudos de Cella e cols¹¹, tomando como referência um universo de 10.000 finlandeses, verificou que o estado emocional dos idosos constitui o fator de maior impacto sobre os escores de qualidade de vida. Sullivan e colaboradores¹² destacam que sintomas, como ansiedade e depressão, têm os mesmos impactos sobre a qualidade de vida do idoso quando ele se percebe doente. Rogerson¹³ considera que há 2 grupos de variáveis na determinação da qualidade de vida, as internas que correspondem às psicológicas e as fisiológicas e estão relacionadas ao grau de satisfação e de gratificação na vida pessoal e comunitária e, as externas, consideradas as desencadeadoras das anteriores.

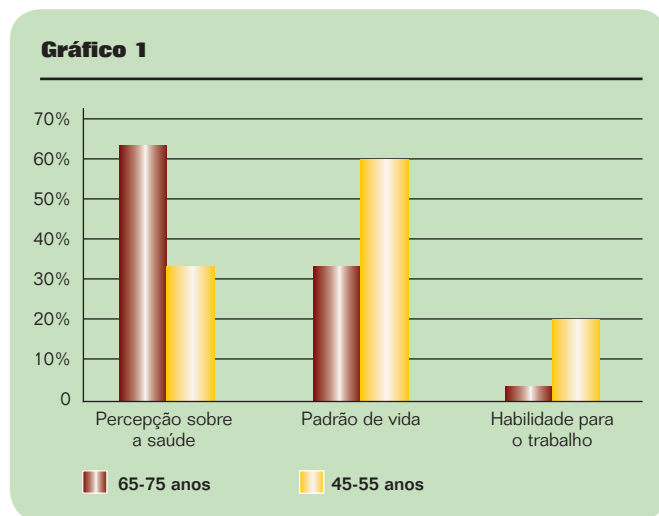
A despeito das várias posições entre os autores, o que se percebe é que a subjetividade não pode ser desconsiderada em uma avaliação sobre o envelhecimento, que leve em conta o conceito de saúde da OMS. Apesar das perdas e riscos intrínsecos a essa fase da vida, as manifestações da subjetividade poderão fornecer indicadores importantes para o avanço das pesquisas referentes à temática e explicar o paradoxo entre os indivíduos que se dizem sentir-se bem nessa fase da vida e aqueles que a rejeitam absolutamente.

“OS DISTÚRBIOS DO EQUILÍBRIO CORPORAL DE ORIGEM VESTIBULAR AFETAM O IDOSO EM SUA GLOBALIDADE, POSTO QUE OS SINTOMAS DAS VESTIBULOPATIAS ALÉM DE INTERFERIREM NO DESEMPENHO E BEM-ESTAR FÍSICO, INFLUENCIAM SOBRE SUAS RELAÇÕES PESSOAIS E SUAS FUNÇÕES COGNITIVAS”

Instrumento para avaliação da qualidade de vida e pacientes com vestibulopatias

Instrumentos utilizados na avaliação da qualidade de vida que desconsideram os chamados aspectos subjetivos, entre eles, o relacionamento familiar, bem como os instrumentos que não apresentam propriedades psicométricas, tais como, validade, confiabilidade, número de itens adequados são criticados por alguns autores¹⁴.

Em estudo populacional realizado por Bowling¹⁵, verificou-se que os fatores determinantes da qualidade de vida, tais como, a percepção sobre a saúde, o padrão de vida e a habilidade para o trabalho variam segundo o estrato etário, conforme indica o gráfico 1.



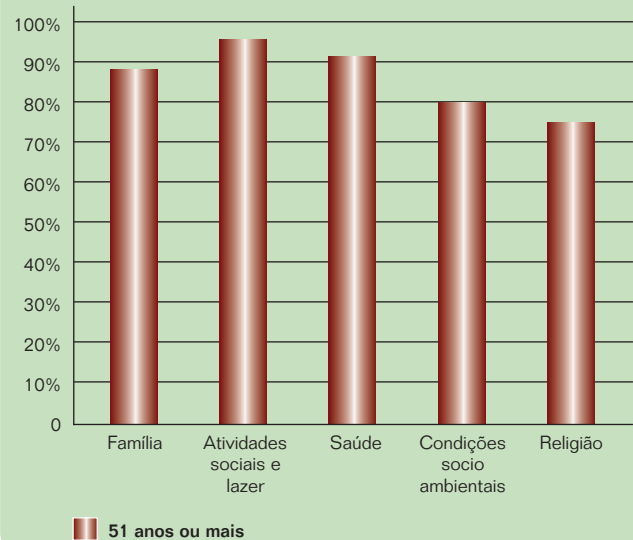
A análise dos dados obtidos nos estudos de Bowling indica que entre a população estudada, a percepção sobre a saúde é maior (mais de 60%) entre o grupo situado na faixa etária entre 65 e 75 anos, enquanto que na faixa compreendida entre 45 e 55 anos, variáveis como padrão de vida e habilidade para o trabalho eram maiores, isto é, 60% e 20% respectivamente.

Browne e colaboradores¹⁶ realizando um estudo comparativo entre indivíduos de 19 a 51 anos, identificam as variáveis referentes à qualidade de vida, consideradas prioritárias para a população de 51 anos, quais sejam, família, atividades sociais e lazer, saúde, condições sócio-ambientais e lazer, conforme indica o gráfico 2.

Estudos realizados por Faquhar¹⁷ em uma população de 65 a 85 anos sobre os fatores que interferem em sua qualidade de vida e, em relação a eles, quais acrescentariam ou retirariam de sua vida para torná-la melhor, não constatou-se grandes variações nas respostas dos indivíduos das diferentes faixas etárias. Entre os fatores apontados como positivos pelo grupo pesquisado se incluem o contato social, a saúde, a mobilidade, as circunstâncias materiais e a atividade. Entre os fatores qualificados de negativos se incluem a desesperança; a má qualidade da saúde; a infelicidade; o desejo de ser mais jovem e as circunstâncias materiais.

Evans e cols¹⁸ analisaram grupos de discussão sobre a questão da qualidade e vida, envolvendo a observação de profes-

Gráfico 2



sionais e idosos. Verificou-se que, entre a população idosa, são elementos determinantes: a autoestima, a disposição, o tratamento recebido das demais pessoas, o transporte e a mobilidade. Entre os profissionais, verificou-se uma supervalorização dos aspectos negativos da velhice e uma desvalorização dos aspectos positivos. Nesse último grupo, a qualidade de vida era considerada em relação às características em que os idosos apresentavam certa deficiência, como é o caso, de habilidades físicas para a execução de determinadas atividades. Verificaram também que os domínios relevantes, mas não específicos, da velhice eram a ocupação do tempo, lazer, vida social, saúde, finanças, ambiente, segurança, fé e religião.

Quando se trata da avaliação da qualidade de vida no idoso, há particularidades que devem ser levadas em conta. A capacidade física, por exemplo, é reduzida pela própria condição do desgaste físico. É mais apropriado investigar o nível de atividade, a independência para a realização das atividades do dia a dia, controle cognitivo e a produtividade mental. O nível sócioeconômico não equivale ao acesso à interação social. Daí, a importância de também se considerar em uma investigação o tipo e a intensidade dos contatos que a pessoa idosa de fato estabelece com pessoas que não integram o seu círculo familiar, suas relações informais com amigos, grupos de trabalho e outras. Flanagan¹⁹ em sua Escala de Qualidade de Vida estabelece cinco dimensões de avaliação: Bem-estar físico e mental; Relações com outras pessoas; Atividades sociais, comunitárias e cívicas; Desenvolvimento pessoal e realização e Recreação.

Fleck et al²⁰. conduziu a pesquisa sobre o desenvolvimento do WHOQOL-OLD, no Brasil. Esse trabalho é muito interessante porque partiu da avaliação de idosos a respeito de categorias importantes para avaliação da qualidade de vida em idosos.

Desde dezembro de 2008, o Laboratório de Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social, ligado ao Programa

de Mestrado em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social da Universidade Bandeirante de São Paulo (UNIBAN) atua no desenvolvimento de uma escala de avaliação da qualidade de vida de idosos com vestibulopatias.

Inicialmente, foi feita uma extensa revisão da literatura a respeito do envelhecimento, qualidade de vida e instrumentos de mensuração. A equipe observou que o material utilizado nas pesquisas sobre qualidade de vida nos idosos não satisfaziam a necessidade do Laboratório, uma vez que não abordavam aspectos fundamentais relacionados aos pacientes com distúrbio do equilíbrio corporal de origem no sistema vestibular.

Os distúrbios do equilíbrio corporal de origem vestibular afetam o idoso em sua globalidade, posto que os sintomas das vestibulopatias além de interferirem no desempenho e bem-estar físico, influenciam sobre suas relações pessoais, suas funções cognitivas e produtividade e, portanto, interferem diretamente sobre a sua qualidade de vida.

Para elaboração da nova escala, foram identificadas as categorias que poderiam incluir indicadores confiáveis e fidedignos sobre a qualidade de vida dos idosos com vestibulopatias, apresentadas no Anexo 1, a saber:

- Motivos de busca de tratamento;
- Prática de atividades físicas;
- Hábitos alimentares;
- Hábitos de lazer;
- Atividades intelectuais;
- Relação com o trabalho;
- Auto-estima e relacionamentos pessoais;
- Avaliação e expectativas de vida.

Em seguida, foram estabelecidos indicadores para cada variável, ou seja, as perguntas que fornecessem dados a respeito

de como os sujeitos se sentem em relação a cada categoria. Foram definidos 91 (noventa e um) indicadores.

Até agosto de 2009, foram realizadas 70 (setenta) aplicações do instrumento em uma população de idosos com vestibulopatias, em idade entre 65 e 85 anos, de ambos os gêneros. Essa aplicação possibilitou identificar que: a) as categorias estabelecidas abrangem o espectro de fatores envolvidos na avaliação da qualidade de vida de idosos com vestibulopatias; b) o instrumento é adequado à população a que se destina; c) a abordagem do questionário permite análises quantitativas e qualitativas; d) a aplicação do questionário possibilita a identificação de indicadores primários e secundários; e) o instrumento adaptado a essa população contribui para o avanço do conhecimento científico na área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o processo, foi possível identificar a necessidade de ampliar o número de categorias para a inclusão de questões referentes ao trabalho e ao sentido da aposentadoria na vida dessa população e, ainda, a revisão de itens considerados secundários. Contudo, o instrumento se mostrou adequado para verificar o impacto da doença na qualidade de vida destes pacientes e utilização como medida comparativa após tratamento, além de estar de acordo com o conceito de saúde da OMS.

Por fim, o instrumento contribui para pesquisas futuras sobre o tema, visto que preenche uma lacuna na literatura científica e permite sua comparação com outros instrumentos de avaliação de qualidade de vida. Também é importante destacar que a aplicação do instrumento permite colher dados e informações que revelam as avaliações dos idosos sobre a sua própria qualidade de vida. ■

Referências

1. Governo do Estado de São Paulo (SP). Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. Plano Estadual para a Pessoa Idosa – Futuridade. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social; 2008.
2. Neri AL. Qualidade de vida na velhice: enfoque interdisciplinar. Campinas: Alínea; 2007.
3. Bassit AZ, Witter C. Envelhecimento: objeto de estudo e campo de intervenção. In: Witter GP, organizador. Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas. Campinas: Alínea; 2006. p. 15-31.
4. Presidência da República (BR). Lei Nº 8.842. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial. Brasília, 1994, 4 jan.
5. Presidência da República (BR). Lei 10.741. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial. Brasília, 1994, 3 out.
6. Presidência da República (BR). Lei 8.742. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Diário Oficial. Brasília, 1993, 8 dez.
7. Presidência da República (BR). Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Direitos Humanos e Pessoa Idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2005.
8. Governo do Estado de São Paulo (SP). Lei Nº 12.548. Consolida a legislação relativa ao idoso, no Estado de São Paulo. São Paulo: Imprensa Oficial; 2007.
9. Scliar M. História do conceito de saúde. Physis Rev Saúde Coletiva. 2007;17(1):29-41.
10. Elkinton J. Medicine and the quality of life. Ann Intern Med. 1966;64:711-4.
11. Cella DF, Tulsy DS, Gray G. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. J Clin Oncol. 1993;11(3):570-9.
12. Sullivan MD, Kempen GJM, van Sonderen E, Ormel J. Models of health related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly. Qual Life Res. 2001;8:801-10.
13. Rogerson RJ. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. Soc Sci Med. 1995;41(10):1373-82.
14. Haywood KL, Garrat AM, Fitzpatrick R. Quality of life in older people: a structured review of self-assessed instruments. J Eval Clin Pract. 2005;14:1651-68.
15. Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life. Soc Sci Med. 1995;41(10):1447-62.
16. Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, Joyce RB, McDonald NJ, O'Malley K. Individual quality of life in the health elderly. Qual Life Res. 1994;3:235-44.
17. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. Soc Sci Med. 1995;41(10):1439-46.
18. Evans S, Gately C, Huxley P, Smith A, Banerjee S. Assessment of quality of life in later life: development and validation of the quill. Qual Life Res. 2005;14(5):1291-300.
19. Flanagan JC. Measurement of quality of life: current of art state. Arch Phys Med Rehabil. 1982;23:56-9.
20. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (Whoqol-100). Rev Bras Psiquiatr. 2003;21(1):19-28.

ANEXO 1**Questionário de Qualidade de Vida e Inclusão Social - QVIS para portadores de distúrbios do equilíbrio corporal - construção de categorias e indicadores**

Motivos de busca do tratamento - indaga os motivos que levaram o paciente a buscar o tratamento, se foi uma decisão pessoal ou imposição da família. Exemplos de indicadores: Sente vertigens, desmaios, tonturas; dorme mal; sente insegurança em andar desacompanhado; em utilizar transportes.

Prática de atividades físicas - permite verificar se a ocorrência dos sintomas (tonturas, vertigens, zumbidos) interfere na realização das atividades físicas. Exemplos de indicadores: costuma caminhar; dançar; praticar esporte.

Hábitos alimentares - fornece um perfil sobre o tipo de alimentação do vestibulopata, se adota uma alimentação saudável e se tem liberdade para decidir sobre os alimentos que ingere. Exemplo de indicadores: alimenta-se de verduras e legumes; de frutas; de carne vermelha; de carne branca; de massas; de doces; de laticínios; toma café; chá.

Hábitos de lazer - possibilita obter informações sobre a relação entre os hábitos de lazer e a ocorrência dos sintomas (tonturas, vertigens, zumbidos), o grau de satisfação em relação a esses hábitos e o apoio da família. Exemplo de indicadores: costuma visitar amigos e familiares; ir à praça; viajar; freqüentar clubes ou associações.

Atividades intelectuais - verifica a relação entre o desempenho de atividades que exijam atenção, memória e concentração e a ocorrência dos sintomas (tonturas, vertigens, zumbidos etc.). Exemplos de indicadores: participa de cursos e palestras; faz palavras cruzadas; realiza jogos que exijam uso de memória e concentração.

Relação com o trabalho - permite verificar o significado do trabalho e da aposentadoria na vida do vestibulopata, inclusive o seu sentido de pertencimento social. Exemplos de indicadores: continua a trabalhar depois da aposentadoria; desempenha algum trabalho não remunerado; sente-se mais feliz depois da aposentadoria.

Auto-estima e relacionamentos interpessoais - identifica como o paciente vestibulopata se vê e se relaciona com as demais pessoas. Exemplos de indicadores: costuma cuidar de sua aparência; considera-se feliz; considera satisfatória sua vida afetiva; tem amigos com quem se encontra.

Avaliação e expectativas de vida - indica se o vestibulopata se sente satisfeito em relação à sua vida e se faz planos para o futuro. Exemplo de indicadores: faz planos para se dedicar mais ao lazer; realizar viagens; realizar um novo casamento; construir ou reformar algum imóvel.

Normas para publicação **saúdecoletiva**

A revista Saúde Coletiva tem por objetivo ser um veículo de divulgação de assuntos de Saúde Coletiva e áreas afins, buscando expansão do conhecimento. Assim, recebe artigos de pesquisa, dialogados (debates), de atualização, de relatos de experiência, de revisão, de reflexão, de estudos de caso e ensaios em Saúde Coletiva. Abaixo as normas para publicação:

- 01 Deve vir acompanhado de solicitação e autorização para publicação assinadas por todos os autores.
- 02 Não ter sido publicado em nenhuma outra publicação ou revista nacional.
- 03 Ter, no máximo, 26.000 toques por artigo incluindo resumo (português, inglês e espanhol) com até 700 toques, ilustrações, diagramas, gráficos, esquemas, referências bibliográficas e anexos, com espaço entrelinhas de 1,5, margem superior de 3 cm, margem inferior de 2 cm, margens laterais de 2 cm e letra tamanho 12. Os originais deverão ser encaminhados em CD-ROM, no programa Word for Windows e uma via impressa.
- 04 Caberá à redação julgar o excesso de ilustrações, suprimindo as redundantes. A ela caberá também a adaptação dos títulos e subtítulos dos trabalhos, bem como o copidesque do texto, com a finalidade de uniformizar a produção editorial.
- 05 As referências deverão estar de acordo com os requisitos uniformes para manuscritos apresentados às revistas médicas elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Estilo Vancouver Sistema Numérico de Entrada).
- 06 Evitar siglas e abreviaturas. Caso necessário, deverão ser precedidas, na primeira vez, do nome por extenso. Solicitamos destacar frases ou descritores.
- 07 Conter, no fim, o endereço completo do(s) autor(es) e telefone(s), e-mail e, no rodapé,

a função que exerce(m), a instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional.

08 Não será permitida a inclusão no texto de nomes comerciais de quaisquer produtos. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica.

09 O Conselho Científico pode efetuar eventuais correções que julgar necessárias, sem, no entanto, alterar o conteúdo do artigo.

10 O original do artigo não aceito para publicação será devolvido ao autor indicado, acompanhado de justificativa do Conselho Científico.

11 O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Os trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados por Editorial Bolina Brasil e só poderão ser reproduzidos com autorização desta.

12 Os trabalhos deverão preservar a confidencialidade, respeitar os princípios éticos e trazer a aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CNS – 196/96) quando for pesquisa.

13 Os trabalhos, bem como qualquer correspondência, deverão ser enviados para a revista: Saúde Coletiva – A/C CONSELHO CIENTÍFICO, Al. Pucuruí, 51/59 - B.L.B - 1º andar - Cj.1030 - Tamboré - Barueri - SP - CEP: 06460-100 - E-mail: editorial@saudecoletiva.com.br.