

AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM IDOSOS COM TONTURA

ROSAMARIA R. G. FANELLI *
ANTONIO C. P. BARRETO FILHO **
SANDRA G. RAQUEL ****

* Fisioterapeuta; Mestranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP; Especialista em Fisioterapia em Geriatria e Gerontologia pelo Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da USP; Fisioterapeuta do Ambulatório de Tonturas do Serviço de Geriatria do HC da Faculdade de Medicina da USP; Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Nove de Julho.

** Médico Geriatra do Ambulatório de Tonturas do Serviço de Geriatria do HC da Faculdade de Medicina da USP.

*** Psicóloga do Ambulatório de Tonturas do Serviço de Geriatria do HC da Faculdade de Medicina da USP.

Resumo

A avaliação médica da tontura no idoso é geralmente frustrante. Muitas vezes, o exame físico é inespecífico, e a anamnese, difícil, pois o paciente não consegue precisar sua queixa. A maioria dos pacientes apresenta vários tipos de tontura de diferentes origens, que se confundem numa única queixa. Aliás, esta sensação é subjetiva – somente o próprio paciente sabe o que está sentindo. Além disso, muitos quadros deste sintoma são cíclicos; por esse motivo, o paciente, amiúde, não sente tontura no momento da consulta, o que dificulta uma avaliação objetiva. A avaliação fisioterapêutica do paciente idoso portador deste sintoma, permite esclarecer dados obscuros a respeito dele e das limitações físicas que lhe impõe. Neste estudo, idosos com queixa de tontura foram avaliados por uma equipe multidisciplinar geriátrica composta de médico geriatra, fisioterapeuta e psicóloga, visando a demonstrar que uma melhor caracterização e uma avaliação objetiva desta queixa tão comum são factíveis.

Palavras-chave: tontura; idoso; avaliação.

INTRODUÇÃO

Em 1940, Terence Cawthorne fez a seguinte descrição: “A vertigem opressiva, a terrível náusea e o movimento desordenado dos olhos – tudo isto intensificado pelo menor movimento da cabeça – juntam-se para formar um quadro de impotente angústia que tem poucos paralelos entre os quadros de outros males e doenças”, mostrando a importância de uma avaliação e tratamento eficaz diante de tamanho incômodo e sensação de impotência gerados no paciente.

A tontura no idoso é um importante problema geriátrico, de difícil diagnóstico. A frequência desse sintoma aumenta com a idade. De acordo com o *National Ambulatory Medical Care Survey* (SLOANE, 1989), 7% dos pacientes com 85 anos ou mais queixam-se de tontura.

Segundo DROLLER e PEMBERTON (1953), 50% das mulheres com mais de 62 anos e homens com mais de 65 anos, que vivem em casa, apresentam problemas de vertigem. Já em pacientes ambulatoriais de clínicas geriátricas há incidência de tontura entre 81% e 90%. Em levantamento realizado no Ambulatório Breve do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de 30/11/99 a 18/01/2000, foram atendidos 110 casos novos, sendo 79 mulheres (73,1%) e 31 homens (26,9%), com a média de idade de 74,4 anos (mínimo 55 anos e máximo 91 anos). A

Abstract

The medical examination of elder people suffering from dizziness is often frustrating. Generally the physical examination is not specific, because of the fact that, in most cases, the patient can't clearly express his/her complaints, what brings difficulties to the evaluation process. Most of the patients present several types of dizziness coming from different origins, despite their complaints are very similar. Actually the dizziness sensation is very subjective because of the fact that only the patient him/herself can feel it, therefore talking about this. In addition many constituents of its symptoms are recurrent and very seldom is the patient dizzy, what brings again difficulties to an objective evaluation. The physical evaluation of an ill patient, who shows this symptoms, allows the patient to know little more about his/her physical limitations, hence understanding some obscure details about his/her sickness. To reach the aim of this paper which is to show that the characterization and objective evaluation of this disease is possible, elder people suffering from dizziness were checked by a multidisciplinary medical geriatric team, composed by a geriatric, a physiotherapist and a psychologist as well.

Key words: dizziness; elderly; evaluation.

tontura foi a terceira queixa classificada pelo paciente como principal (em 15 casos), precedida apenas por dor músculo-esquelética (32 pacientes) e esquecimento (16 casos). Percebe-se a importância deste sintoma para o idoso, sendo necessários, portanto, estudos mais detalhados sobre seu diagnóstico e tratamento.

Para definir a tontura mais especificamente, DRACHMAN E HART (1972) classificaram-na em quatro subtipos: a vertigem, entendida como uma sensação de movimento giratório da cabeça em relação ao ambiente, ou do ambiente em relação ao corpo, denominada por BALOH (1992) vertigem interna e externa, respectivamente; pré-síncope, definida como sensação de desmaio iminente; desequilíbrio, que consiste em sensação de instabilidade ou perda de equilíbrio, geralmente quando o indivíduo se encontra em posição ortostática e outras, nas quais há dificuldade para descrever a tontura (usualmente aparece como flutuação ou “cabeça oca, vazia, leve”). Neste subtipo, englobam-se também as que são causadas por distúrbios de ansiedade ou outros fatores psicogênicos.

De acordo com SLOANE (1996), as causas de tontura no idoso são geralmente multifatoriais e a maioria pode ser aguda ou subaguda, como anemia, arritmias cardíacas, efeitos adversos de drogas, infecções sistêmicas, cerúmen ao redor da membrana timpânica, neuroma acústico e otite mé-

dia ou aguda. Muitas dessas causas – que incluem tontura migratória, osteoartrite cervical, descondicionamento físico e fatores psicológicos (ansiedade, depressão, reação de conversão) – são incuráveis, mas podem melhorar com terapia.

A etiologia da tontura em idosos está relacionada direta ou indiretamente com disfunções vestibulares. No entanto, estas síndromes são freqüentemente mal diagnosticadas, ou se atribui a tontura exclusivamente ao envelhecimento. Entre as importantes conseqüências geradas pela tontura, podem ser citados o medo e, muitas vezes, até o pânico de fazer movimentos bruscos ou repentinos com a cabeça, subir a lugares altos e olhar para baixo, restrição das atividades sociais, familiares e profissionais – como sair à rua, fazer compras, freqüentar lugares muito movimentados ou aglomerações, praticar esportes, realizar tarefas caseiras e trabalhar. O medo da tontura acarreta ainda maus hábitos posturais, adotados geralmente pelo temor à queda, provocando restrição à movimentação pelo enrijecimento generalizado da musculatura, e deslocamento do corpo em bloco, impedindo a rotação, na tentativa de evitar o sintoma. Esses hábitos conseqüentes ao medo tendem a retardar o processo de compensação central e, se persistirem, podem tornar-se crônicos, levando à invalidez e dependência.

Deve-se ressaltar também a dependência do paciente com relação a seus familiares, visto que necessita de auxílio e o solicita para atividades básicas da vida diária como tomar banho, vestir-se, usar o sanitário. Essa sobrecarga familiar pode levar ao desgaste do relacionamento, comprometendo a dinâmica da família.

Todas essas precauções têm um objetivo: prevenir novos episódios de tontura e quedas; no entanto, podem levar à depressão e ao isolamento do indivíduo.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi realizado no Ambulatório de Pesquisa em Tonturas do Serviço de Geriatria do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, com 15 pacientes idosos, de ambos os sexos, com 60 anos ou mais, avaliados por um geriatra, uma fisioterapeuta e uma psicóloga.

Foram avaliados 15 pacientes idosos, assim distribuídos: 10 mulheres e 5 homens, de 60 a 87 anos, com média de idade de 76,7 anos.

Foi realizada uma avaliação médica padronizada, a partir de dados pessoais, características clínicas da tontura (início, tipo, sintomas associados, afecções do sistema vestibular etc), história de quedas, acuidade visual e auditiva, além de uma anamnese e da realização de exames complementares, quando necessários.

A avaliação fisioterapêutica consistiu de:

1) testes de força muscular (Kendall) de flexores e extensores de quadril, extensores e flexores de joelho e flexores plantares e dorsiflexores do pé;

2) avaliação de marcha e equilíbrio orientada pela performance (TINETTI, 1986) – o paciente percorria, várias vezes, uma distância de 6 metros, e o terapeuta observava a altura, comprimento, largura, simetria e continuidade do passo, estabilidade de tronco e início e retorno da marcha. O teste de equilíbrio de Tinetti compunha-se de 13 manobras simples, como equilíbrio sentado, equilíbrio de pé imediato (nos 5 primeiros segundos), equilíbrio de pé, equilíbrio de olhos fechados, equilíbrio girando a 360°, apoio unipodal, *nudge test*, extensão posterior, rotação de pescoço e alcance para cima, inclinando-se para baixo, sentando-se e levantando-se da cadeira;

3) *Functional Reach* (DUNCAN *et al.* 1992): posicionava-se o paciente ao lado de uma parede, pedindo que fizesse uma flexão de 90° do ombro próximo à parede; media-se, então, a distância ombro-dedos com uma fita métrica; em seguida, pedia-se que flexionasse o tronco, sem tirar os pés do chão, mensurando-se novamente para verificar a diferença entre a medida inicial e final;

4) *Romberg Sensibilizado* (FITZGERALD, 1996): o paciente equilibrava-se com um pé à frente do outro e fazia flexão de antebraço, cruzando-o no peito;

5) *Get Up and Go Test* (MATHIAS *et al.*, 1986): o paciente levantava-se de uma cadeira com braços, andava aproximadamente 6 metros, fazia meia-volta, retornava a ela, fazia meia-volta e sentava-se. O terapeuta cronometrava o tempo gasto para a realização do teste;

6) *Tandem Test* - o paciente posicionava-se com um pé à frente do outro, tentando equilibrar-se com auxílio dos braços, que podiam estar levemente abduzidos;

7) *Dizziness Handicap Inventory* (JACOBSON & NEWMAN, 1990): consistia em um questionário que avaliava o impacto e as limitações oferecidas pela tontura sobre os aspectos físicos, emocionais e funcionais do paciente.

Os aspectos psicossociais foram avaliados por uma anamnese semi-dirigida e exame psíquico sumarizados na escala diagnóstica adaptativa operacionalizada (EDAO). Por meio da EDAO verificou-se o grau de adaptação dos indivíduos a quatro setores fundamentais da vida: orgânico, afetivo-relacional, produtividade, sociocultural, fazendo-se um diagnóstico adaptativo dinâmico.

Os pacientes com queixa principal de tontura eram encaminhados do Ambulatório Geral e Didático para o Ambulatório de Tonturas. Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentavam outras queixas principais, pacientes com demência ou déficit cognitivo detectado pelo Minixame do Estado Mental (FOLSTEIN, 1975), e aqueles incapazes de locomoverem-se sozinhos ao hospital.

RESULTADOS

Os pacientes apresentavam vários tipos de tontura: desequilíbrio (8 pacientes), Vertigem Posicional Paroxística Benigna (7 pacientes), atordoamento (7 pacientes), tontura ortostática (7 pacientes). Apenas 4 pacientes apresentaram

um único tipo de tontura; sete tinham caído nos últimos 6 meses, e quatro tinham 80% ou mais de acuidade visual.

Observou-se que 14 pacientes apresentaram alteração de equilíbrio identificada no teste de equilíbrio orientado pela performance (Tinetti, 1986). Ao realizar o teste, o paciente deveria executar 13 manobras já descritas. Depois da realização das manobras, os resultados foram classificados a partir de três categorias: normal, adaptativa ou anormal.

Entre os 15 pacientes avaliados, 12 não conseguiram adotar a posição de equilíbrio unipodal, 8 apresentaram *nudge test* adaptativo (retiraram o calcanhar do chão ou desequilibraram-se) e 6 apresentaram tontura ou desequilíbrio na prova de equilíbrio de olhos fechados. Além disso, 7 pacientes realizaram todas as manobras do teste com tontura

As alterações de marcha estavam presentes em 12 pacientes, entre eles, 9 possuíam diminuição da altura do passo, e 8, desvio de trajetória. No teste de força muscular, 9 pacientes apresentaram fraqueza muscular de extensores de quadril (grau I, II ou III), e 7, fraqueza muscular de flexores de joelho (grau I, II ou III).

No teste de *Romberg Sensibilizado*, 12 pacientes apresentaram desequilíbrio importante, com dificuldade de adotar a posição. O mesmo ocorreu com 8 pacientes, ao adotarem a posição de Tandem (permaneceram na posição por menos de 30 segundos, ou apresentaram um desequilíbrio importante). No GUGT (*Get Up and Go Test*), 10 pacientes apresentaram diminuição da velocidade de marcha. Apenas 3 apresentaram *Functional Reach* anormal. Limitações importantes das AVD (atividades de vida diária como restrição das atividades sociais, realização de serviços domésticos, compras e saída de casa sozinho) foram notadas em 7 pacientes, com a realização do DHI. Todos os pacientes relataram medo de cair.

CONCLUSÃO

Idosos com tontura apresentaram alterações bastante significativas na avaliação multiprofissional, que se mostrou útil na caracterização do problema. Enquanto o exame físico na consulta médica mostrou pouca alteração (incluindo Romberg e observação simples da marcha), a avaliação fisioterapêutica encontrou distúrbios de equilíbrio, de marcha e na força muscular dos membros inferiores, e permitiu uma intervenção direcionada e uma reavaliação objetiva.

A avaliação médica deve contemplar individualmente os vários tipos de tontura que coexistem no paciente. O impacto na vida diária, observado pela avaliação psicológica, foi muito maior do que o sugerido pela impressão clínica da consulta médica, e alguns pacientes tiveram indicação de intervenção psicoterápica, indicando que pacientes em que se identificam fatores emocionais como determinantes da tontura podem beneficiar-se de avaliação e possível intervenção psicológica.

Alguns testes, como o *Functional Reach* e o *Get Up and Go Test*, não se mostraram tão simples de execução com os idosos e não evidenciaram alterações importantes; por esse motivo, deve-se discutir sua real importância na avaliação do paciente com tontura.

A avaliação fisioterapêutica proporciona ao terapeuta uma análise funcional detalhada, permitindo a correta prescrição de tratamento e posterior reavaliação.

A tontura ainda é uma queixa pouco investigada e necessita de novos estudos comparativos com idosos saudáveis, principalmente em relação à acuidade visual e à força muscular, pois estas se apresentaram muito alteradas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALOH R. Dizziness in older people. *JAGS*, 1992, 40: 713-21
- CAWTHORNE T. Vestibular injuries, *Proc R Soc Med*, 1940, 39: 270
- DRACHMAN D, HART C. An approach to the dizzy patient; *Neurology*, 1972, 22: 323-34
- DROLLER, H., PEMBERTON, J. Vertigo in a random sample of elderly people living their homes. *J. Laryngol. Otol.*, 1953, 67: 689-694
- DUNCAN PW. Functional reach: predictive validity in a sample of elderly male veterans. *J Gerontol*, 1992, M93-8
- FITZGERALD B. A review of the sharpened Romberg test in diving medicine. *SPUMS J*, 1996, 26(3): 142-6
- FOLSTEIN MF; FOLSTEIN SE; McHUGH PR. "Minimal state". A practical method for grading cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr Res*. 1975; 12(3): 189-98
- JACOBSON, GP; NEWMAN, CW. The development of the dizziness handicap inventory. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1990, 116: 424-7
- MARQUES LM. Avaliação do equilíbrio e marcha de uma população de idosos ambulatoriais com história de quedas. Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do Curso de Aprimoramento em Fisioterapia em Geriatria e Gerontologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, 1999
- MATHIAS S; NAYAK US, ISAACS B. Balance in elderly patients: the "get up and go" test. *Arch Phys Med Rehabil*, 1986; 67(6):387-9
- SLOANE P, Dizziness in primary care: results from the national ambulatory medical care survey. *J Fam Pract*, 1989, 29: 33-8
- SLOANE PD. Evaluation and management of dizziness in the older patient; *Clinics in geriatric medicine*, 1996, 12(4): 785-801
- TINETTI ME. Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems in elderly patients, *JAGS*, 1986, 34: 119-26