

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM
IDOSOS COM QUEIXA DE TONTURA**

Camila Rosseto Ludwig

**Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em
Fonoaudiologia – Ênfase no Envelhecimento –
sob orientação da Prof^a. Dr^a. Pricila Sleifer**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Porto Alegre, 28 de Dezembro de 2011**

Dedico este trabalho a todos que de alguma forma contribuíram para que esse projeto fosse concluído.

AGRADECIMENTOS

Aos participantes deste estudo por possibilitar que um projeto fosse concluído.

À minha orientadora Profa. Dra. Pricila Sleifer por compartilhar comigo suas experiências e conhecimentos como fonoaudióloga e pesquisadora, por me falar palavras guiadoras a todo o momento, o meu sincero agradecimento.

Aos colegas de especialização, por dividirem momentos de alegria e de ansiedade no decorrer desse percurso.

Aos meus familiares pelo apoio e incentivo constante.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	5
LISTA DE TABELAS.....	6
LISTA DE ABREVIATURAS.....	7
ARTIGO ORIGINAL.....	8
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 METODOLOGIA.....	11
3 RESULTADOS.....	12
4 DISCUSSÃO.....	13
5 CONCLUSÃO.....	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15
ANEXOS.....	28

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Avaliação da presença de depressão, através da GDS, na amostra total e conforme o gênero.....	20
FIRURA 2 – Avaliação do grau de depressão, através da GDS, na amostra total e conforme o gênero.....	20

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização da amostra	18
TABELA 2 – Avaliação da qualidade de vida através do SF-36	19
TABELA 3 – Avaliação da qualidade de vida através do SF-36 conforme o gênero	19
TABELA 4 – Associação da qualidade de vida com a idade, intensidade e frequência da tontura, grau de depressão e nível de escolaridade. Valores dos coeficientes de correlação de <i>Spearman</i>	21
TABELA 5 – Associação do grau de depressão com a idade, intensidade e ocorrência da tontura e nível de escolaridade. Valores dos coeficientes de correlação de <i>Spearman</i>	21

LISTA DE ABREVIATURAS

EDG: Escala de Depressão Geriátrica

GDS: *Geriatric Depression Scale*

SF-36: *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*

DHI: *Dizziness Handicap Inventory*

ARTIGO ORIGINAL

Análise da qualidade de vida e sintomas depressivos em idosos com queixa de tontura

Analysis of quality of life and depressive symptoms in elderly with dizziness

Tontura em idosos

Camila Rosseto Ludwig ¹; Pricila Sleifer²

⁽¹⁾ Fonoaudióloga. Especialista em Fonoaudiologia: Ênfase no Envelhecimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁽²⁾ Fonoaudióloga. Professor adjunto do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Ciências Médicas: Pediatria pela UFRGS

*Pesquisa elaborada no Curso de Especialização em Fonoaudiologia: Ênfase no envelhecimento da UFRGS

Responsável pela Correspondência:

Camila Rosseto Ludwig

Rua Cipriano Ribeiro da Luz, 106 – sl 601 – Carazinho-RS – CEP: 99500-000

Fone/fax: (54) 3329-1835

Email: camila.fono@yahoo.com.br

Área: Audiologia

Tipo de manuscrito: artigo original de pesquisa

Fontes de auxílio: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC

Conflito de interesse: inexistentes

RESUMO

Objetivo: analisar a qualidade de vida e a presença de sintomas depressivos em idosos com queixa de tontura. **Método:** estudo transversal, individual, observacional e contemporâneo. Foram analisadas as respostas da Anamnese, Questionário SF-36 e Escala de Depressão Geriátrica (GDS) de 153 idosos com queixa de tontura. **Resultados:** 64,1% dos idosos pontuaram acima do ponto de corte na Escala de Depressão Geriátrica, sendo que os percentuais foram semelhantes entre homens e mulheres ($p=0,723$). Houve associação inversa entre a pontuação na GDS e todos os domínios do SF-36, ou seja, quanto maior a pontuação na GDS, menor a qualidade de vida em todos os domínios. A frequência da tontura se associou inversamente com os domínios do SF-36, exceto no de Dor, ou seja, quanto mais freqüente a tontura, menor a qualidade de vida. Houve associação direta entre a pontuação na GDS com a idade e com a frequência da tontura, ou seja, quanto maior a idade e a frequência da tontura maior o grau de depressão ($p<0,001$). **Conclusão:** Idosos com queixa de tontura apresentam prejuízos significativos na qualidade de vida. A prevalência de sintomas depressivos foi significativa na amostra estudada. Houve associação entre a presença de sintomas depressivos e prejuízos na qualidade de vida. Estes achados corroboram com dados prévios da literatura que destacam os prejuízos da tontura na qualidade de vida de idosos bem como a presença de sintomas depressivos concomitantes a essa queixa nesses sujeitos, chamando atenção para a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no manejo terapêutico desses pacientes.

Descritores: tontura, idoso, qualidade de vida, depressão

ABSTRACT

Objective: To analyze the quality of life and depressive symptoms in elderly with dizziness. **Methods:** cross-sectional study, individual, observational and contemporary. We analyzed the responses of History, SF-36 and Geriatric Depression Scale (GDS) of 153 elderly patients with dizziness. **Results:** 64.1% of seniors scored above the cutoff on the Geriatric Depression Scale, and the levels were similar between men and women. There was an inverse correlation between the GDS score and all domains of the SF-36, that is, the higher the score on the GDS, the lower the quality of life in all areas. The frequency of dizziness was inversely associated with virtually all domains of the SF-36, except for pain, that is, the more frequent dizziness, lower the quality of life. There was a direct association between the GDS score with age and frequency of dizziness, that is, the higher the age and frequency of dizziness greater the degree of depression. **Conclusion:** Elderly with dizziness have significant losses in quality of life. The prevalence of depressive symptoms was significant in the sample. There was an association between depressive symptoms and impaired quality of life. These findings corroborate data from the literature that highlight the damage the patient's quality of life of elderly individuals as well as the concomitant presence of depressive symptoms in those subject to this complaint, calling attention to the need a multidisciplinary approach in the therapeutic management of these patients.

Keywords: dizziness, elderly, quality of life, depression

INTRODUÇÃO

As alterações do equilíbrio corporal, que se caracterizam clinicamente como tontura, vertigem, desequilíbrio e queda, estão entre as queixas mais comuns da população geriátrica¹⁻²⁻³.

O envelhecimento afeta a habilidade do sistema nervoso central de processar os sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos que desempenham papel fundamental na manutenção do equilíbrio corporal⁴.

A tontura pode ser vista como uma síndrome geriátrica, de origem multifatorial decorrente do efeito cumulativo de alterações em diversos sistemas, provocando nos indivíduos idosos dificuldades em lidar com a variabilidade dos contextos ambientais e atividades do cotidiano⁵⁻⁶. Além disso, pode interferir de maneira significativa na qualidade de vida, gerando incapacitação parcial ou total no desempenho de atividades sociais e profissionais⁷.

A qualidade de vida tem sido um tema amplamente discutido e uma preocupação constante das pessoas⁶. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ele está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁸.

O Questionário SF-36 (*Medical Outcome Study36 – Item Short Form Health Survey – SF-36*), traduzido para a população brasileira por Ciconelli *et al.* (1999)⁹ tem sido amplamente utilizado para avaliar o impacto da doença na qualidade de vida¹⁰. Trata-se de um instrumento versátil, curto e aplicável tanto por entrevista quanto por auto-administração¹¹.

Ao analisar a qualidade de vida de idosos com tontura através do questionário SF-36 os autores de um estudo verificaram que em comparação a dados normativos, os resultados dos pacientes com tontura indicaram queda generalizada multidimensional. Esta diminuição mostrou-se mais notável em termos de limitações nos aspectos físico e emocional e evidenciou que idosos com tontura crônica apresentam grande sofrimento psíquico influenciando negativamente a qualidade de vida dos mesmos¹².

A tontura está habitualmente acompanhada por sintomas de natureza psíquica nos indivíduos que apresentam tontura. Um distúrbio de origem psicológica/ psiquiátrica pode ser a causa primária de tontura e, entretanto, a tontura pode provocar reações psicológicas/psiquiátricas que podem contribuir para a piora do quadro clínico⁶.

Indivíduos com tontura relatam com freqüência dificuldade de concentração, perda de memória, irritabilidade, insônia ou sonolência e fadiga¹³. Além disso, a insegurança física provocada pelo distúrbio do equilíbrio corporal frequentemente conduz a insegurança psíquica, ansiedade, depressão e pânico⁷.

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) é um dos instrumentos mais freqüentemente utilizados para o rastreamento de depressão em idosos. A versão curta da escala original foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986)¹⁴, a partir dos itens que mais se correlacionavam com o diagnóstico de depressão¹⁵. É composta de 15 questões com respostas do tipo sim/não necessitando um curto tempo para sua aplicação.

Uma grande porcentagem de pacientes com tontura desenvolve transtornos psiquiátricos secundários ao longo da sua doença. Estudos que investigaram a relação entre vertigem e distúrbio psíquicos encontraram diminuição significativa dos sintomas depressivos após o manejo da tontura^{6,16}.

Sabendo-se que na população idosa a tontura é uma queixa freqüente, habitualmente acompanhada de sintomas depressivos e com significativo impacto na qualidade de vida, faz-se necessário a investigação de tais condições patológicas, para o adequado manejo terapêutico e avaliação desses pacientes.

O presente estudo tem o objetivo de analisar a qualidade de vida e a presença de sintomas depressivos em idosos com queixa de tontura.

METODOLOGIA

Estudo transversal, individual, observacional e contemporâneo, no qual o fator em estudo foram idosos com queixa de tontura, e o desfecho clínico, a análise da qualidade de vida e a ocorrência de sintomas depressivos.

A população pesquisada foi constituída de idosos, provenientes de postos de saúde das cidades de Carazinho e Porto Alegre e de uma Clínica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia na cidade de Carazinho. Optou-se em realizar as coletas nesses locais para a obtenção de um maior número de participantes. Os dados foram coletados no período de julho a novembro de 2011. Para estimar um tamanho de efeito padronizado de 0,7 (moderado) foi calculado um tamanho amostral mínimo de 102 idosos. Considerando o nível de significância de 0,05 com poder de 90% (EpiInfo 6 – Statcal).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o protocolo número 2011038. Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre os propósitos da pesquisa, e foram incluídos os casos em que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram incluídos indivíduos que apresentaram queixa de tontura e idade igual ou superior a 60 anos (de acordo com a Portaria nº 1.395/GM da Política Nacional do Idoso, 1999)¹⁷. Foram excluídos do estudo os participantes que apresentaram perdas cognitivas (rastreado pelo Mini-Exame do Estado Mental), histórico prévio de lesão neurológica, ou que se negaram a participar do estudo.

Primeiramente, realizou-se a anamnese. As perguntas foram feitas pelos pesquisadores e compreenderam questões ligadas a dados pessoais, dados sociodemográficos, queixa principal e suas características, sintomas associados e suas características e antecedentes patológicos e familiares.

Após a anamnese, os pesquisadores aplicaram o questionário do Mini-Exame do Estado Mental, originalmente proposto por Folstein *et al.*, (1975)¹⁸ e padronizado para a população brasileira por Bertolucci *et al.*, (1994)¹⁹ que trata-se de um instrumento clínico utilizado na detecção de perdas cognitivas. Avalia a orientação, memória imediata, atenção e cálculo, evocação e linguagem, onde cada questão é referente a uma pontuação pré-estabelecida totalizando 30 pontos.

Estando o indivíduo apto a prosseguir, foram aplicados respectivamente o Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36⁹ e o

Questionário pertencente à Escala de Depressão Geriátrica Breve (GDS) versão abreviada com 15 perguntas¹⁴.

O SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey) é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida. Trata-se de um questionário multidimensional composto de 36 itens que contemplam 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos emocionais, aspectos sociais e saúde mental. Possui um escore final de 0 a 100, sendo que zero é considerado como o pior estado de saúde e 100 o melhor de estado de saúde⁹.

A GDS é uma escala amplamente utilizada para rastrear sintomas depressivos em indivíduos idosos. É composta por 15 questões fáceis de serem compreendidas, com pequena variação nas possibilidades de respostas. O ponto de corte para este estudo foi de 5 pontos¹⁵ e a avaliação foi feita da seguinte maneira²⁰:

- Menos de 05 pontos – ausência de sintomatologia depressiva;
- Entre 05 e 10 pontos – sintomatologia depressiva leve a moderada;
- Mais de 10 pontos – sintomatologia depressiva grave.

Os questionários foram aplicados oralmente pelos próprios pesquisadores em um único dia com duração de cerca de 30 minutos. Além do fator em estudo principal e do desfecho, foram consideradas as variáveis: gênero, idade e frequência da tontura.

A análise dos dados foi realizada utilizando o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17.0. As variáveis quantitativas foram descritas através de média e desvio padrão ou mediana e amplitude de variação. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas.

Para avaliar a associação entre as variáveis contínuas e ordinais, o coeficiente de correlação de *Spearman* foi aplicado. A associação entre as variáveis categóricas foi avaliada pelo teste *qui-quadrado de Pearson*. Para comparar o escore de qualidade de vida entre os grupos, foram aplicados os testes de *Mann-Whitney* ou *Kruskal-Wallis*. O nível de significância estatística considerado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída de 153 indivíduos idosos que apresentavam queixa de tontura com média etária de 72,5 anos e desvio-padrão (DP) de 7,7, sendo a idade máxima 91 anos.

Os dados sócio-demográficos, a intensidade e a frequência da tontura estão descritos na Tabela 1.

Em relação às respostas ao questionário SF-36 brasileiro, as médias dos domínios encontram-se na Tabela 2 de maneira geral e na Tabela 3 de acordo com o gênero dos participantes. Não houve diferença significativa entre homens e mulheres quanto à qualidade de vida.

Na avaliação da presença de sintomas depressivos através da GDS, a amostra total evidenciou que 55 idosos (35,9%) apresentaram ausência de sintomas depressivos e 98 (64,1%) tiveram os sintomas presentes, os percentuais foram semelhantes em homens e mulheres ($p=0,723$), conforme pode ser visualizado na Figura 1. Considerando o grau da depressão 78 (51%)

participantes apresentaram pontuação sugestiva de depressão leve a moderada e 20 (13,1%) sugestão de depressão grave. Os percentuais foram semelhantes em homens e mulheres ($p=0,676$), conforme pode ser visualizado na Figura 2.

Houve associação inversa entre o grau de depressão e todos os domínios do SF-36, ou seja, quanto maior a pontuação na GDS, menor a qualidade de vida em todos os domínios, como pode ser visualizado na Tabela 4. Também se observou uma associação inversa entre a idade com o domínio de vitalidade do SF-36, ou seja, quanto maior a idade, menor a qualidade de vida nesse domínio.

Além disso, a frequência da tontura se associou inversamente com praticamente todos os domínios do SF-36, exceto no de Dor, ou seja, quanto mais freqüente a tontura, menor a qualidade de vida.

Houve associação direta entre o grau de depressão com a idade e com a frequência de tontura, como pode ser visualizado na Tabela 5, ou seja, quanto maior a idade e a freqüência da tontura maior o grau de depressão.

DISCUSSÃO

A avaliação da qualidade de vida tem se tornado fundamental para verificar o impacto integral de doenças e tratamentos sob a perspectiva do indivíduo que sofre a doença²¹.

Indivíduos que apresentam disfunções vestibulares reduzem suas atividades de vida diárias em virtude do aparecimento dos sintomas durante a realização destas atividades, acarretando prejuízos na qualidade de vida nessa população²².

Os resultados obtidos evidenciam o impacto negativo da tontura na qualidade de vida dos idosos com queixa de tontura em todos os domínios avaliados pelo questionário genérico SF-36. Em concordância Vaz e Oliveira²² estudaram o impacto da vertigem na qualidade de vida em pacientes com disfunção vestibular e evidenciaram diminuição em todos os itens avaliados pelo SF-36²².

A mediana dos escores nos domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e por aspectos emocionais foram 55, 0 e 33,3 respectivamente em uma escala que vai de zero a 100, sendo 0 a pior pontuação e 100 a melhor. Da mesma forma, outros estudos observaram que pacientes com disfunção vestibular apresentam prejuízo na qualidade de vida, em relação aos aspectos físicos, funcionais e emocionais^{21,23,24}.

A insegurança física provocada pela tontura resulta muitas vezes em sintomas psicológicos secundários, pois o desequilíbrio físico provoca insegurança psíquica gerando manifestações emocionais^{16,25}. Em indivíduos idosos a ocorrência de sintomas depressivos é um importante problema de saúde. Talvez isso explique os baixos escores nos domínios limitação por aspectos físicos e limitação por aspectos emocionais encontrados no presente estudo.

A avaliação dos sintomas depressivos evidenciou que 64,1% da amostra apresentou escores sugestivos de depressão. A prevalência de sintomas depressivos encontrada é semelhante à encontrada por Gazzola *et al.*²⁶ em que mais da metade da população estudada pontuou acima do ponto de corte

na GDS e superior à encontrada por Tusa²⁷ em que 40% dos pacientes com tontura apresentaram disfunções dessa ordem.

A concomitância de sintomas psicológicos à queixa de vertigem foi verificada em 477 (56,38%) de um total de 846 prontuários de pacientes avaliados em um Ambulatório de Otoneurologia, sendo que dentre estes a depressão teve uma prevalência de 12,58%²⁸.

Na presente amostra a prevalência de sintomas depressivos foi semelhante entre homens e mulheres ($p=0,723$). Esses dados corroboram com os encontrados por Paradela *et.al.*¹⁵ em que a prevalência de humor deprimido foi semelhante em ambos os sexos¹⁵.

Em contrapartida, em outro estudo os indivíduos do sexo masculino apresentaram probabilidade duas vezes maior de desenvolver sintomas depressivos²⁶.

Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre homens e mulheres quanto à qualidade de vida avaliada pelos domínios do questionário SF-36

A associação entre a GDS e o SF-36, apontou que quanto maior o grau da depressão, menor a qualidade de vida em todos os domínios, mostrando que houve relação significativa entre os 8 domínios do SF-36 e a presença de sintomas depressivos.

O mesmo pode ser observado com relação ao aspecto frequência da tontura, presença de humor deprimido e prejuízos na qualidade de vida. Os idosos com crises freqüentes de tontura apresentaram maior pontuação na GDS e pior qualidade de vida do que os idosos que apresentam crises esporádicas, corroborando com o estudo realizado por Hsu *et al.*¹² que observou correlação entre a frequência das crises de tontura e a percepção de incapacidade¹².

No presente estudo a tontura se associou inversamente com praticamente todos os domínios do SF-36, exceto no de Dor, ou seja, quanto mais freqüente a tontura, menor a qualidade de vida. Da mesma forma, em outro estudo, ao aplicar o questionário SF-36 em indivíduos com e sem disfunção vestibular os autores encontraram diminuições nas porcentagens totais dos pacientes com vertigem quando comparado ao outro grupo, menos no domínio Dor que foi menor no grupo sem comprometimento vestibular²².

Esses resultados podem ser atribuídos ao fato de que muitos idosos são portadores de múltiplas patologias crônicas²⁹ com alta prevalência de doenças provenientes do sistema osteomolecular e conjuntivo³⁰ que constituem a queixa mais freqüente de dor em indivíduos idosos³¹.

Ao analisar sintomas depressivos e fatores associados em uma população idosa, os autores encontraram médias estatisticamente maiores de sintomas depressivos em indivíduos mais velhos³². A presente amostra evidenciou associação direta entre a pontuação na GDS e a idade. Semelhantemente, ao avaliar qualidade de vida de idosos com tontura, os autores de um estudo verificaram que pacientes com idade superior a 81 anos apresentaram valores de maior comprometimento ao *DHI* brasileiro do que os pacientes com inferior faixa etária, inclusive no aspecto emocional avaliado nesse inventário²¹.

Ao associar a variável frequência da tontura e o grau de depressão, as análises mostraram que a maior periodicidade da tontura relacionou-se com maiores pontuações na GDS. Corroborando com esses dados, outros autores

encontraram uma associação entre tontura crônica e piora de sintomas depressivos na amostra estudada⁵.

Os resultados deste estudo demonstram os prejuízos na qualidade de vida de idosos com tontura e sua forte relação com a ocorrência de sintomas depressivos, ressaltando a necessidade de incluir a aplicação de questionários genéricos de qualidade de vida e de rastreamento de depressão nessa população.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu concluir que:

- Idosos com queixa de tontura apresentam prejuízos significativos na qualidade de vida
- A prevalência de sintomas depressivos foi significativa na amostra estudada.
- Houve associação entre a presença de sintomas depressivos e prejuízos na qualidade de vida
- Os achados corroboram dados prévios da literatura que destacam os prejuízos da tontura na qualidade de vida de indivíduos idosos bem como a presença de sintomas depressivos concomitantes a essa queixa nesses sujeitos, chamando atenção para a necessidade de uma abordagem multidisciplinar na avaliação e no manejo terapêutico desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Simoceli L, Bittar RMS, Bottino MA, Bento RF. Perfil diagnóstico do idoso portador de desequilíbrio corporal: resultados preliminares. Rev Bras Otorrinolaringol 2003;69(6):772-7.
2. Felipe L, Cunha LCM, Cunha FCM, Cintra MTG, Gonçalves DU. Presbivertigem como causa de tontura no idoso. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2008 abr-jun;20(2):99-104.
3. Mantello EB, Moriguti JC, Rodrigues-Júnior AL, Ferrioli E. Efeito da reabilitação vestibular sobre a qualidade de vida de idosos labirintopatas. Rev Bras Otorrinolaringol 2008;74(2):172-80.
4. Ruwer SL, Rossi AG, Simon LF. Equilíbrio no idoso. Rev Bras Otorrinolaringol 2005;71(3):298-303.
5. Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. Dizziness among older adults: a possible geriatric syndrome. Ann Intern Med 2000;132(5):337-44.
6. Bittar RSM, Ganança FF. Decifrando a tontura. 2ª Ed. São Paulo: Segmento; 2010.
7. Ganança MM, Caovilla HH. Desequilíbrio e reequilíbrio. In: Ganança MM. Vertigem tem cura? São Paulo: Lemos Editorial; 1998.
8. World Health Organization. International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: World Health Organization; 1980.
9. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de

- avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999;39(3):142-50.
10. Campolina AG, Ciconelli RM. O SF-36 e o desenvolvimento de novas medidas de avaliação de qualidade de vida. *Acta Reumatol Port.* 2008;33:127-133.
 11. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey manual and Interpretation Guide. Boston (MA): The Health Institute, New England Medical Center;1993.
 12. Hsu LC, Hu HH, Wong WJ, Wang SJ, Luk Yo, Chern CM. Quality of life in elderly patients with dizziness: analysis of the Short-Form Health Survey in 197 patients. *Acta Otolaryngol* 2005;125(1):55-9.
 13. Lório MCM. Avaliação de Resultados – Estudos de Qualidade de Vida. In: Bevilacqua MC, Marinez MAN, Balen SA, Pupo AC, Reis ACMB, Frota s. *Tratado de Audiologia*. 1ª Ed. São Paulo: Santos;2011.
 14. Sheik JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5:165-73.
 15. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública* 2005;39(6):918-23.
 16. Hong SM, Kim BG, Lee BC, Park SK, Lee HJ, Kim HJ et al. Analysis of psychological distress after management of dizziness in old patients: multicenter study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2011 Mar 25.
 17. Brasília. Portaria n. 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idosos.
 18. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.
 19. Bertolucci PHF, Mathias SC, Brucki SMD, Carrilho PEM, Okamoto IH, Nitrini R. Proposta de paronização do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): estudo piloto cooperativo (FMUSP/EPM). *Arq Neuropsiquiatr* 1994;52:225.
 20. Figueiredo AC, Bonardi G, Carvalho D, Schwanke CHA, Cruz IM. Depressão no idoso. In: Terra NL, Dornelles B. *Envelhecimento bem-sucedido*. Porto Alegre: EDIPUCRS;2002.
 21. Takano NA, Cavalli SS, Ganância MM, Caovilla HH, Santos MAO, Peluso ETP, et al. Quality of life in elderly with dizziness. *Braz J Otorhinolaryngol* 2010;76(6):769-75.
 22. Vaz AC, Oliveira APR. Impacto da vertigem na qualidade de vida em pacientes com disfunção vestibular. *Fisioterapia em movimento* 2007;20(1):71-7.
 23. Ganância FF, Castro ASO, Branco FC, Natour J. Interferência da tontura na qualidade de vida de pacientes com síndrome vestibular periférica. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004;70(1):94-101.
 24. Santos EM, Gazzola JM, Ganância CF, Caovilla HH, Ganância FF. Impacto da tontura na qualidade de vida de idosos com vestibulopatia crônica. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2010;22(4):427-32.
 25. Paulino CA, Prezotto AO, Calixto RF. Associação entre estresse, depressão e tontura: uma breve revisão. *Rev. Equilíbrio Corporal e Saúde* 2009;1:33-45.

26. Gazzola JM, Aratani MC, Doná F, Macedo C, Fukujima MM, Ganança MM, et al. Factors relating to depressive symptoms among elderly people with chronic vestibular dysfunction. *Arq Neuropsiquiatr* 2009;67(2-B):416-22.
27. Tusa RJ. Problemas psicológicos e o paciente com vertigem. In: Herdman SJ. *Reabilitação Vestibular*. Rio de Janeiro: Manole;2002.
28. Paiva AD, Kuhn AMB. 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. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004;70(4):512-5.
29. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad. Saúde Pública* 2007;23(3):691-700.
30. Gazzola JM, Ganança FF, Aratani MC, Perracini MR, Ganança MM. Caracterização clínica de idosos com disfunção vestibular crônica. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2006;72(4):515-22.
31. Sader CS, Rossi E. O envelhecimento do sistema osteoarticular. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Caçado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
32. Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004;38(3):365-71.

Tabela 1. Caracterização da amostra

Variáveis*	Total (n=153)
Idade (anos)	72,5 ± 7,7
60 – 69	62 (40,5)
70 – 79	55 (35,9)
≥ 80	36 (23,5)
Sexo	
Masculino	46 (30,1)
Feminino	107 (69,9)
Estado Civil	
Solteiro	15 (9,8)
Casado	80 (52,3)
Viúvo	52 (34,0)
Divorciado	6 (3,9)
Nível de escolaridade	
Analfabeto	29 (19,0)
Fundamental incompleto	74 (48,4)
Fundamental completo	26 (17,0)
Médio incompleto	1 (0,7)
Médio completo	20 (13,1)
Superior completo	3 (2,0)
Intensidade da tontura (percepção subjetiva do indivíduo)	
Leve	59 (38,6)
Moderada	52 (34,0)
Intensa	41 (26,8)
Exacerbada	1 (0,7)
Frequência da tontura	
Esporádica (mensal)	95 (62,1)
Frequente (semanal)	50 (32,7)
Muito frequente (diária)	8 (5,2)

* variáveis descritas por média ± desvio padrão ou n(%)

Tabela 2. Avaliação da qualidade de vida através do SF-36

Domínios	Média ± DP	Mediana (Min – Max)
Capacidade funcional	52,6 ± 24,3	55 (30 – 70)
Limitação por aspectos físicos	20,8 ± 27,3	0 (0 – 25)
Dor	44,8 ± 22,3	41 (25 – 61)
Estado geral de saúde	50,1 ± 19,8	47 (35 – 67)
Vitalidade	49,8 ± 18,1	50 (35 – 60)
Aspectos sociais	58,6 ± 27,2	50 (37,5 – 75)
Limitação por aspectos emocionais	39,4 ± 32,5	33,3 (33,3 – 66,7)
Saúde mental	55,0 ± 20,9	56 (40 – 70)

Tabela 3. Avaliação da qualidade de vida através do SF-36 conforme gênero

Domínios	Homens	Mulheres	Valor-p
	Mediana (Min – Max)	Mediana (Min – Max)	
Capacidade funcional	60 (40 – 70)	50 (30 – 70)	0,219
Limitação por aspectos físicos	25 (0 – 25)	0 (0 – 25)	0,519
Dor	41 (31 – 52)	41 (20 – 61)	0,986
Estado geral de saúde	45 (40 – 67)	47 (35 – 67)	0,864
Vitalidade	50 (35 – 65)	50 (35 – 60)	0,803
Aspectos sociais	62,5 (50 – 75)	50 (37,5 – 75)	0,373
Limitação por aspectos emocionais	33,3 (25 – 66,7)	33,3 (33,3 – 66,7)	0,849
Saúde mental	60 (50 – 69)	52 (36 – 72)	0,239

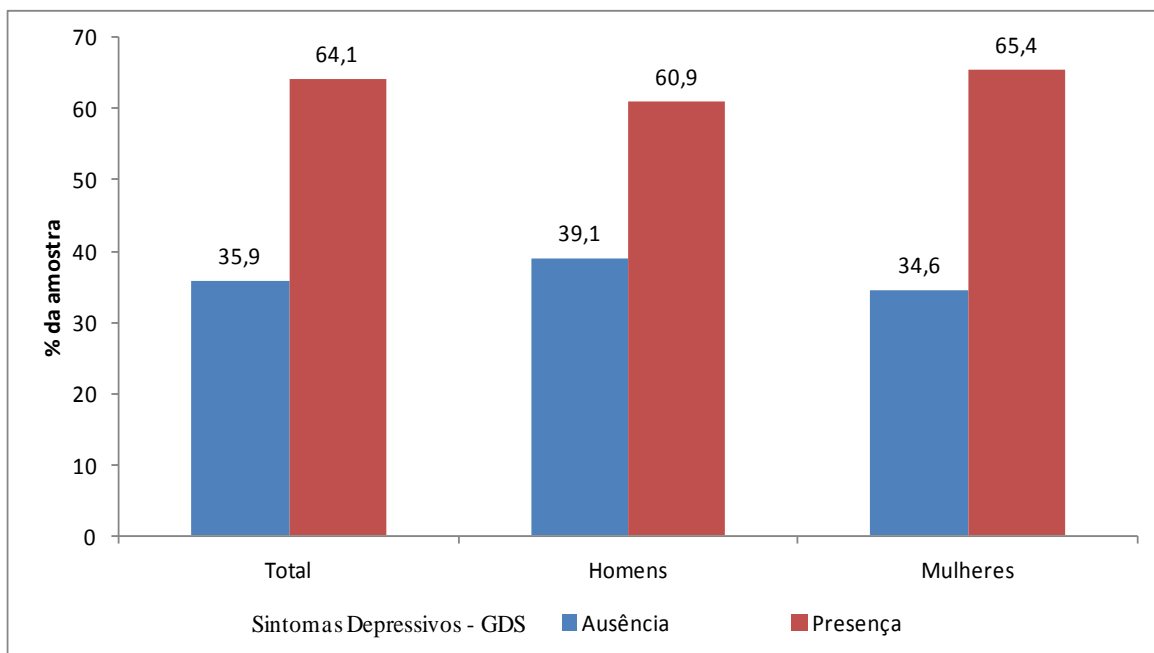


Figura 1 – Avaliação da presença de sintomas depressivos, através da GDS, na amostra total e conforme o gênero

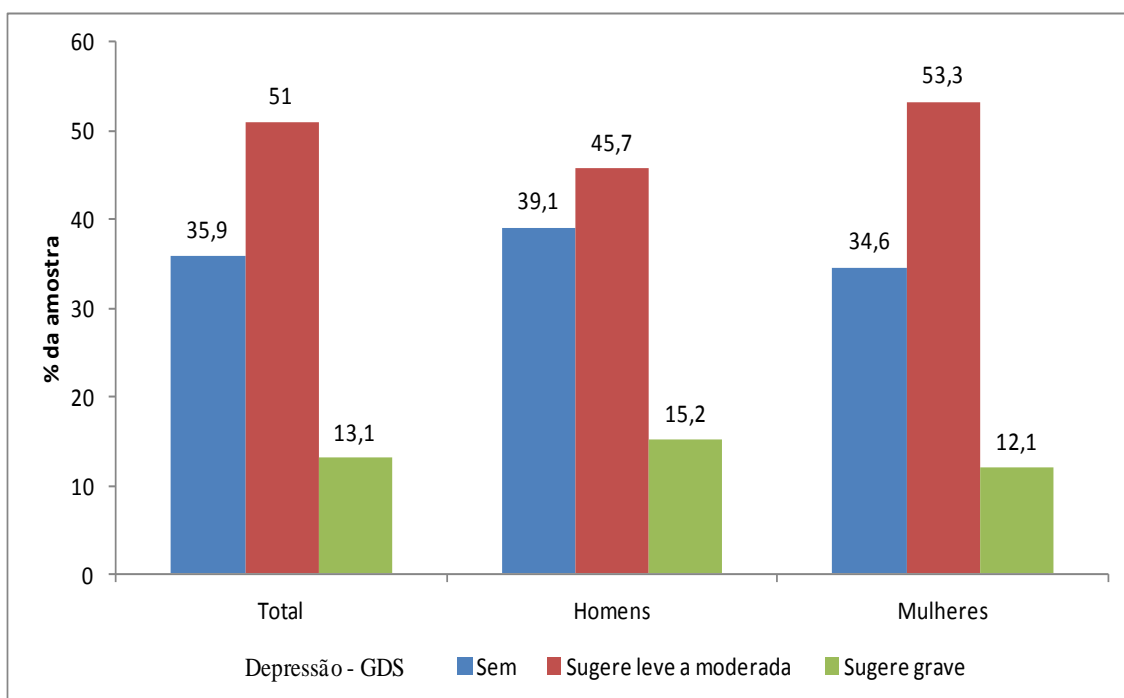


Figura 2 – Avaliação do grau de depressão, através da GDS, na amostra total e conforme o gênero

Tabela 4. Associação da qualidade de vida com a idade, intensidade e frequência da tontura, grau de depressão e nível de escolaridade.

Domínios	Idade	Intensidade da tontura	Frequência da tontura	Escolaridade	Grau de depressão
Capacidade funcional	-0,104	-0,081	-0,328***	0,156	-0,355***
Limitação por aspectos Físicos	-0,136	-0,045	-0,190*	0,053	-0,290***
Dor	-0,099	0,042	-0,149	-0,068	-0,389***
Estado geral de saúde	-0,037	0,010	-0,353***	-0,180*	-0,465***
Vitalidade	-0,204*	-0,021	-0,351***	0,004	-0,587***
Aspectos sociais	-0,139	-0,030	-0,302***	0,019	-0,561***
Limitação por aspectos Emocionais	-0,103	-0,117	-0,472***	-0,175*	-0,358***
Saúde mental	-0,125	-0,112	-0,247**	0,106	-0,568***

Valores dos coeficientes de correlação de Spearman *p<0,05; **p<0,01; *** p <0,001

Tabela 5 – Associação do grau de depressão com a idade, intensidade e ocorrência da tontura e nível de escolaridade.

Variáveis	Grau de depressão	
	r _s	valor-p
Idade	0,159	0,049
Intensidade da tontura	-0,004	0,966
Frequência da tontura	0,300	<0,001
Escolaridade	0,145	0,073

r_s = coeficiente de correlação de Spearman

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

PARA OS PARTICIPANTES

O Curso de Especialização em Fonoaudiologia: Ênfase no Envelhecimento da UFRGS desenvolverá um projeto de pesquisa em pessoas que apresentam queixa de tontura.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que visa obter maiores informações a respeito da relação do impacto da tontura na qualidade de vida das pessoas bem como sua relação com sintomas depressivos.

Caso você aceite participar desta pesquisa, você responderá a:

1. Uma entrevista, que abordará questões sobre dados pessoais, como idade, escolaridade e hábitos de vida; sobre as características da tontura que apresenta e também sobre a ocorrência e características de outras doenças e sintomas associados;
2. Um teste denominado “Mini-Exame do Estado Mental” (MEEM), que tem como objetivo detectar perdas cognitivas;
3. Um questionário sobre qualidade de vida denominado “SF-36”, que abrange questões sobre sua saúde, sobre como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diárias;
4. Um questionário denominado “Escala de Depressão Geriátrica” (GDS) utilizado para o rastreamento de sintomas depressivos em indivíduos idosos.

Todas as informações necessárias ao projeto de pesquisa serão confidenciais, sendo utilizadas apenas para a presente pesquisa. Os dados serão mantidos em sigilo e serão analisados em conjunto com os de outros participantes do estudo.

A sua participação voluntária consistirá em comparecer a Clínica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia localizada no Centro Profissional do Planalto, na Rua Cipriano Ribeiro da Luz, 106, salas 601/602 em um horário predeterminado e responder aos questionários acima citados. A Clínica não pagará nenhum valor em dinheiro ou qualquer outro bem pela participação, assim como o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo adicional.

Essa pesquisa não oferece nenhum risco para os seus participantes.

A não concordância em participar do projeto não implicará qualquer prejuízo no seu atendimento na clínica em questão. Sua participação é voluntária, não sendo obrigado a responder aos questionários se não quiser, mesmo que já tenha assinado o consentimento de participação. Caso desejar, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento e isto não trará nenhum prejuízo ao seu atendimento.

Eu
 declaro que fui informado (a) dos objetivos, justificativas e procedimentos a serem

realizados nesta pesquisa de forma clara e detalhada. As minhas dúvidas foram respondidas e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Ficou claro que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante do mesmo, sem penalidades ou prejuízo, ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nesta clínica.

A pesquisadora responsável pelo projeto é a Fga. Camila Rosseto Ludwig (Telefone: 54-9958-7034), que poderá esclarecer suas dúvidas durante toda a pesquisa, e a orientadora é: Profa. Dra. Pricila Sleifer.

Assinatura do Responsável Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Informado, deste indivíduo, para a participação nesta pesquisa.

Assinatura do Pesquisador Data

Assinatura da Orientadora Data

ANEXO B**ANAMNESE****A. INFORMAÇÕES SÓCIODEMOGRÁFICAS**

NOME:

IDADE:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDADE:

DATA DA ENTREVISTA:

RENDA:

B. QUEIXA**C. TONTURA** Não Rotatória Caracterização: Vertigem Objetiva Subjetiva

Fatores desencadeantes:

 Espontânea ProvocadaEvolução: Súbita Constante Em criseIntensidade: Leve Moderada Intensa ExacerbadaOcorrência: Esporádica Freqüente Muito freqüenteDuração: Seg Min Horas Dias > 20' < 20'

Medicação:

PREGRESSA:

ATUAL:

Hábitos pessoais:

D. AUDIÇÃOPerda auditiva: OD OE AO

Início da Perda:

Intensidade da PA: Leve Moderada IntensaEvolução da PA: Estável Súbita Progressiva FlutuanteOtalgia/Otorréia: OD OE

Hiperacusia:

Dificuldade em entender fala:

Plenitude Aural: OD OE AO**E. ZUMBIDO**Início: _____ OD OE Cabeça

Tipo:

Intensidade: Leve Moderada Intensa Exacerbado**F. OUTROS SINTOMAS****G. OUTRAS DOENÇAS****H. ANTECEDENTES FAMILIARES**

ANEXO C

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAM (MEEM)

Orientação temporal - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- . Que dia é hoje?
- . Em que mês estamos?
- . Em que ano estamos?
- . Em que dia da semana estamos?
- . Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)

Orientação espacial - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- . Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão)
- . Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa).
- . Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima.
- . Em que cidade nós estamos?
- . Em que Estado nós estamos?

Memória imediata: Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo (dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.

Cálculo: subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto.

Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir.

Evocação das palavras: pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir. Considere 1 ponto para cada.

Nomeação: peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta). Considere 1 ponto para cada.

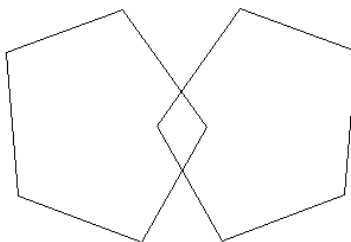
Repetição: Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá.. Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto)

Comando: Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

Leitura: mostre a frase escrita. FECHÉ OS OLHOS e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado (1 ponto). Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.

Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto).

Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto)



Escore total: (máximo de 30) _____

ANEXO D

QUESTIONÁRIO SF-36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, 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 1 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 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui 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 a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui 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) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

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

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

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

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

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

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Algu ma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, 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 anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você	1	2	3	4	5	6

tem se sentido calmo ou tranqüilo?						
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou 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 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

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

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

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer 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

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 5, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	

09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>
10	Considerar o mesmo valor.
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3) Se a resposta for 4, o valor será (2) Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10

Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)
- Verificar a pontuação obtida nas questões correspondentes : 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo somá-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO E
ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)

	sim	não
1. Em geral, você está satisfeito(a) com sua vida?	0	1
2. Você abandonou várias de suas atividades ou interesses?	1	0
3. Você sente que sua vida está vazia?	1	0
4. Você se sente aborrecido com freqüência?	1	0
5. Você está de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
6. Você teme que algo de ruim lhe aconteça?	1	0
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1
8. Você se sente desamparado(a) com freqüência?	1	0
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Você acha que apresenta mais problemas de memória do que antes?	1	0
11. Atualmente, você acha maravilhoso estar vivo?	0	1
12. Você considera inútil a forma em que se encontra agora?	1	0
13. Você se sente cheio(a) de energia?	0	1
14. Você considera sem esperança a situação em que se encontra?	1	0
15. Você considera que a maioria das pessoas estão melhor do que você?	1	0
Total de pontos		

ANEXO F**Termo de Responsabilidade**

Nós, Camila Rosseto Ludwig, CPF 005.802.040-30, RG 5075663996 e Pricila Sleifer CPF69348138041 e RG1047108375, nos responsabilizamos pelo conteúdo e autenticidade do trabalho intitulado Análise da qualidade de vida e sintomas depressivos em idosos com queixa de tontura, declaramos que o referido artigo nunca foi publicado ou enviado a outra revista, tendo a Revista CEFAC direito de exclusividade sobre a comercialização, edição e publicação seja impresso ou *on line* na Internet. Autorizamos os editores a realizarem adequação de forma, preservando o conteúdo.

Porto Alegre, março de 2012.

Ass. _____

Camila Rosseto Ludwig

Ass. _____

Pricila Sleifer

ANEXO G

**Envio do Manuscrito Para Submissão**

Os documentos deverão ser enviados à REVISTA CEFAC – ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA EM FONOAUDIOLOGIA E EDUCAÇÃO, de forma eletrônica: <http://www.revistacefac.com.br>; contato: revistacefac@cefac.br, em arquivo Word anexado. As confirmações de recebimento, contatos e quaisquer outras correspondências deverão ser encaminhados à Revista por e-mail.

Tipos de Trabalhos

Artigos originais de pesquisa: são trabalhos destinados à divulgação de resultados inéditos de pesquisa científica, de natureza quantitativa ou qualitativa; constituindo trabalhos completos. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: Introdução (Introduction), Método (Method), Resultados (Results), Discussão (Discussion), Conclusão (Conclusion) e Referências (References). Máximo de 40 referências constituídas de 70% de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, sendo estes preferencialmente dos últimos 5 anos. É recomendado: uso de subtítulos, menção de implicações clínicas e limitações do estudo, particularmente na discussão do artigo. Sugere-se, quando apropriado, o detalhamento do tópico "Métodos", informando o desenho do estudo, local onde foi realizado, participantes, desfechos clínicos de interesse, intervenção e aprovação do Comitê de Ética e o número do processo. O resumo deve ser estruturado com 250 palavras no máximo e conter os tópicos: Objetivo (Purpose), Método (Method), Resultados (Results) e Conclusão (Conclusion).

Artigos de revisão de literatura: são revisões sistemáticas da literatura, constituindo revisões críticas e comentadas sobre assunto de interesse científico da área da Fonoaudiologia e afins, desde que tragam novos esclarecimentos sobre o tema, apontem falhas do conhecimento acerca do assunto, despertem novas discussões ou indiquem caminhos a serem pesquisados, preferencialmente a convite dos editores. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: Introdução (Introduction) que justifique o tema de revisão incluindo o objetivo; Método (Method) quanto à estratégia de busca utilizada (base de dados, referências de outros artigos, etc), e detalhamento sobre critério de seleção da literatura pesquisada (ex.: últimos 3 anos, apenas artigos de relatos de casos sobre o tema, etc.); Revisão da Literatura (Literature Review) comentada com discussão; Conclusão (Conclusion) e Referências (References). Máximo de 40 referências constituídas de 70% de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, sendo estes preferencialmente dos últimos 10 anos. O resumo deve conter no máximo 250 palavras e não deve ser estruturado.

Artigos Especiais: são artigos escolhidos a critério dos editores, que seguem o formato de revisões, mas que serão publicados preferencialmente em inglês. Situações especiais quanto ao formato deverão ser tratadas com o corpo editorial da revista.

Relatos de casos clínicos: relata casos raros ou não comuns, particularmente interessantes ou que tragam novos conhecimentos e técnicas de tratamento ou reflexões. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: Introdução (Introduction), sucinta e apoiada em literatura que justifique a apresentação do caso clínico; Apresentação do Caso (Case Report), descrição da história, dos procedimentos e tratamentos realizados; Resultados (Results), mostrando claramente a evolução obtida; Discussão (Discussion) fundamentada; Conclusão/Considerações Finais (Conclusion/Final Considerations) e Referências (References), pertinente ao relato. Máximo de 30 referências constituídas de 70% de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, sendo estes preferencialmente dos últimos 5 anos. O resumo deve conter no máximo 250 palavras e não deve ser estruturado.

Textos de opinião: incluem debates ou comentários apoiados em literatura ou em trabalhos apresentados em eventos científicos nacionais ou internacionais, que apontem para novas tendências ou controvérsias de temas de interesse. O texto deve ter até 5 páginas, digitadas em espaço simples (conta-se da introdução até antes das referências), máximo de 5 tabelas (ou figuras), e de 10 referências bibliográficas, preferencialmente dos últimos 5 anos.

Cartas ao editor: referem-se às mensagens que tragam comentários ou discussões de trabalhos publicados recentemente na revista (nos últimos dois anos); sugestões ou críticas que apontem campos de interesse científico, além de relatos e informativos acerca de pesquisas originais em andamento. As cartas devem ter até 3 páginas, digitadas em espaço simples (conta-se da introdução até antes das referências), máximo de 3 tabelas (ou figuras), e de 6 referências bibliográficas.

Forma e preparação de manuscritos

As normas da revista são baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors e publicado no artigo: Uniform Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, versão de fevereiro de 2006 disponível em: <http://www.icmje.org/>

A Revista CEFAC apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Um ensaio clínico é qualquer estudo que atribua seres humanos prospectivamente a grupos de intervenção ou de comparação para avaliar a relação de causa e efeito entre uma intervenção médica e um desfecho de saúde. Os ensaios clínicos devem ser registrados em um dos seguintes registros:

Australian Clinical Trials Registry: <http://actr.org.au>

Clinical Trials: <http://www.clinicaltrials.gov/>

ISRCTN Register: <http://isrctn.org>

Nederlands Trial Register: <http://www.umin.ac.jp/ctr>

Os autores são estimulados a consultar as diretrizes relevantes a seu desenho de pesquisa específico. Para obter relatórios de estudos controlados randomizados, os autores podem consultar as recomendações CONSORT (<http://www.consort-statement.org/>).

Requisitos Técnicos

Arquivos em Word, formato de página A4 (212 X 297mm), digitado em espaço simples, fonte Arial, tamanho 12, margens superior, inferior, direita e esquerda de 2,5 cm, com páginas numeradas em algarismos arábicos, na sequência: página de título, resumo, descritores, abstract, keywords, texto, agradecimentos, referências, tabelas ou figuras e legendas. O manuscrito deve ter até 15 páginas, digitadas em espaço simples (conta-se da introdução até antes das referências), máximo de 10 tabelas (ou figuras).

b) permissão para reprodução do material fotográfico do paciente ou retirado de outro autor, quando houver; anexando cópia do "Consentimento Livre e Esclarecido", constando a aprovação para utilização das imagens em periódicos científicos.

c) aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), quando referente a pesquisas com seres humanos. É obrigatória a apresentação do número do protocolo de aprovação da Comissão de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada, assim como a informação quanto à assinatura do "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", por todos os sujeitos envolvidos ou seus responsáveis (Resolução MS/CNS/CNEP nº 196/96 de 10 de outubro de 1996).

d) carta assinada por todos os autores no Termo de Responsabilidade em que se afirme

o ineditismo do trabalho assim como a responsabilidade pelo conteúdo enviado, garantindo que o artigo nunca foi publicado ou enviado a outra revista, reservando o direito de exclusividade à Revista CEFAC e autorizando a adequação do texto ao formato da revista, preservando seu conteúdo. A falta de assinatura será interpretada como desinteresse ou desaprovação à publicação, determinando a exclusão editorial do nome da pessoa da relação dos autores. Todas as pessoas designadas como autores devem ter participado suficientemente no trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. O crédito de autoria deve ser baseado somente em: 1) contribuições substanciais para a concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2) redação ou revisão crítica do artigo em relação a conteúdo intelectualmente importante; 3) aprovação final da versão a ser publicada.

Os editores podem solicitar justificativas quando o total de autores exceder a oito. Não será permitida a inclusão de um novo autor após o recebimento da primeira revisão feita pelos pareceristas.

Termo de Responsabilidade – Modelo

Nós, (Nome(s) do(s) autor(es) com, RG e CPF), nos responsabilizamos pelo conteúdo e autenticidade do trabalho intitulado _____ e declaramos que o referido artigo nunca foi publicado ou enviado a outra revista, tendo a Revista CEFAC direito de exclusividade sobre a comercialização, edição e publicação seja impresso ou on line na Internet. Autorizamos os editores a realizarem adequação de forma, preservando o conteúdo.

Data, Assinatura de todos os Autores

Preparo do Manuscrito

1. Página de Identificação: deve conter: a) título do manuscrito em Português (ou Espanhol) e Inglês, que deverá ser conciso, porém informativo; b) título resumido com até 40 caracteres, incluindo os espaços, em Português, Inglês ou em Espanhol; c) nome

completo dos autores numerados, assim como profissão, cargo, afiliação acadêmica ou institucional e maior titulação acadêmica, sigla da instituição, cidade, estado e país; d) nome, endereço completo, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência; e) indicar a área: Linguagem, Motricidade Orofacial, Voz, Audiologia, Saúde Coletiva, Disfagia e Temas de Áreas Correlatas, a que se aplica o trabalho; f) identificar o tipo de manuscrito: artigo original de pesquisa, artigo de revisão de literatura, artigos especiais, relatos de casos clínicos, textos de opinião ou cartas ao editor; g) citar fontes de auxílio à pesquisa ou indicação de financiamentos relacionados ao trabalho assim como conflito de interesse.

Em síntese:

Título do manuscrito: em português, espanhol e em inglês.

Título resumido: até 40 caracteres em português, espanhol ou em inglês.

Autor Principal (1), Primeiro Co-Autor (2)...

(1) profissão, cargo, afiliação acadêmica ou institucional, sigla da Instituição, Cidade, Estado, País; maior titulação acadêmica.

(2) profissão, cargo, afiliação acadêmica ou institucional, sigla da Instituição, Cidade, Estado, País; maior titulação acadêmica.

Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável.

Área:

Tipo de manuscrito:

Fonte de auxílio:

Conflito de Interesse:

2. Resumo e descritores: a segunda página deve conter o resumo, em português (ou espanhol) e inglês, com no máximo 250 palavras. Deverá ser estruturado conforme o tipo de trabalho, descrito acima, em português e em inglês. O resumo tem por objetivo fornecer uma visão clara das principais partes do trabalho, ressaltando os dados mais significantes, aspectos novos do conteúdo e conclusões do trabalho. Não devem ser utilizados símbolos, Fórmulas, equações e abreviaturas. Abaixo do resumo/abstract, especificar os descritores/keywords que definam o assunto do trabalho: no mínimo três e no máximo seis. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (Medical

Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://www.bireme.br>, seguir para: terminologia em saúde – consulta ao DeCS; ou diretamente no endereço: <http://decs.bvs.br>. Deverão ser utilizados sempre os descritores exatos.

No caso de Ensaios Clínicos, abaixo do Resumo, indicar o número de registro na base de Ensaios Clínicos (<http://clinicaltrials.gov>).

3. Texto: deverá obedecer à estrutura exigida para cada tipo de trabalho. Abreviaturas devem ser evitadas. Quando necessária a utilização de siglas, as mesmas devem ser precedidas pelo referido termo na íntegra em sua primeira aparição no texto. Os trabalhos devem estar referenciados no texto, em ordem de entrada sequencial numérica, com algarismos arábicos, sobrescritos, evitando indicar o nome dos autores. A Introdução deve conter dados que direcionem o leitor ao tema, de maneira clara e concisa, sendo que os objetivos devem estar claramente expostos no último parágrafo da Introdução. Por exemplo: O (s) objetivo (s) desta pesquisa foi (foram)....

O Método deve estar detalhadamente descrito. Sugerimos especificar os critérios de inclusão e de exclusão na casuística. Os procedimentos devem estar claramente descritos de forma a possibilitar réplica do trabalho ou total compreensão do que e como foi realizado. Protocolos relevantes para a compreensão do método devem ser incorporados à metodologia no final deste item e não como anexo, devendo constar o pressuposto teórico que a pesquisa se baseou (protocolos adaptados de autores, baseados ou utilizados na íntegra, etc.). No penúltimo parágrafo desse item incluir a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o respectivo número de protocolo. No último parágrafo deve constar o tipo de análise estatística utilizada, descrevendo-se os testes utilizados e o valor considerado significativo. No caso de não ter sido utilizado teste de hipótese, especificar como os resultados serão apresentados.

Os Resultados podem ser expostos de maneira descritiva, por tabelas ou figuras (gráficos ou quadros são chamados de figuras), escolhendo-se as que forem mais convenientes. Solicitamos que os dados apresentados não sejam repetidos em gráficos ou em texto.

4. Agradecimentos: inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam a inclusão como autores; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, entre outros.

5. Referências Bibliográficas: a apresentação deverá estar baseada no formato denominado "Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados no endereço: <http://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos sobrescritos. Se forem sequenciais, precisam ser separadas por hífen. Se forem aleatórias, a separação deve ser feita por vírgulas. Referencia-se o(s) autor(es) pelo seu sobrenome, sendo que apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.

Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima de seis, cite os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto.

Artigos de Periódicos

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data, ano de publicação; volume(número):página inicial-final do artigo.

Ex.: Shriberg LD, Flipsen PJ, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML et al. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. J Speech Lang Hear Res. 2000;43(1):79-99.

Observação: Quando as páginas do artigo consultado apresentarem números coincidentes, eliminar os dígitos iguais. Ex: p. 320-329; usar 320-9.

Ex.: Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002Jul;25(4):284-7.

Ausência de Autoria

Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação;

volume(número):página inicial-final do artigo.

Ex.: Combating undernutrition in the Third World. Lancet.1988;1(8581):334-6.

Livros

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Ex.: Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulos de Livro

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. "In": nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es).

Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do capítulo.

Ex.: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Observações: Na identificação da cidade da publicação, a sigla do estado ou província pode ser também acrescentada entre parênteses. Ex.: Berkeley (CA); e quando se tratar de país pode ser acrescentado por extenso. Ex.: Adelaide (Austrália);

Quando for a primeira edição do livro, não há necessidade de identificá-la. A indicação do número da edição será de acordo com a abreviatura em língua portuguesa. Ex.: 4ª ed.

Anais de Congressos

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho. Título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Ex.: Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

Trabalhos apresentados em congressos

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. "In": editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do trabalho.

Ex.: Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

Dissertação, Tese e Trabalho de Conclusão de curso

Autor. Título do trabalho [tipo do documento]. Cidade da instituição (estado): instituição; Ano de defesa do trabalho.

Ex.: Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Ex.: Tannouri AJR, Silveira PG. Campanha de prevenção do AVC: doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina. Departamento de Clínica Médica; 2005.

Ex.: Cantarelli A. Língua: que órgão é este? [monografia]. São Paulo (SP): CEFAC – Saúde e Educação; 1998.

Material Não Publicado (No Prelo)

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Indicar no prelo e o ano provável de publicação após aceite.

Ex.: Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci USA. No prelo 2002.

Material Audiovisual

Autor(es). Título do material [tipo do material]. Cidade de publicação: Editora; ano.

Ex.: Marchesan IQ. Deglutição atípica ou adaptada? [Fita de vídeo]. São Paulo (SP): Pró-Fono Departamento Editorial; 1995. [Curso em Vídeo].

Documentos eletrônicos

ASHA: American Speech and Hearing Association. Otitis media, hearing and language development. [cited 2003 Aug 29]. Available from:

http://asha.org/consumers/brochures/otitis_media.htm.2000

Artigo de Periódico em Formato Eletrônico

Autor do artigo(es). Título do artigo. Título do periódico abreviado [periódico na Internet]. Data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]; volume (número): [número de páginas aproximado]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:".

Ex.: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 3 p.]. Available from:
<http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Monografia na Internet

Autor(es). Título [monografia na Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:".

Ex.: Foley KM, Gelband H, editores. Improving palliative care for cancer [monografia na Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [acesso em 2002 Jul 9].
Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

Cd-Rom, DVD, Disquete

Autor (es). Título [tipo do material]. Cidade de publicação: Produtora; ano.

Ex.: Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Homepage

Autor(es) da homepage (se houver). Título da homepage [homepage na Internet]. Cidade: instituição; data(s) de registro* [data da última atualização com a expressão "atualizada em"; data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:".

Ex.: Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9].
Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>

Bases de dados na Internet

Autor(es) da base de dados (se houver). Título [base de dados na Internet]. Cidade: Instituição. Data(s) de registro [data da última atualização com a expressão "atualizada em" (se houver); data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:".

Ex.: Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [base de dados na Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine

(US). 1999 [atualizada em 2001 Nov 20; acesso em 2002 Aug 12]. Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html

6. Tabelas: cada tabela deve ser enviada em folha separada após as referências bibliográficas. Devem ser autoexplicativas, dispensando consultas ao texto ou outras tabelas e numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Devem conter título na parte superior, em caixa alta, sem ponto final, alinhado pelo limite esquerdo da tabela, após a indicação do número da tabela. Abaixo de cada tabela, no mesmo alinhamento do título, devem constar a legenda, testes estatísticos utilizados (nome do teste e o valor de p), e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando não forem do próprio autor). O traçado deve ser simples em negrito na linha superior, inferior e na divisão entre o cabeçalho e o conteúdo. Não devem ser traçadas linhas verticais externas; pois estas configuram quadros e não tabelas.

7. Figuras (gráficos, fotografias, ilustrações): cada figura deve ser enviada em folha separada após as referências bibliográficas. Devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As legendas devem ser apresentadas de forma clara, descritas abaixo das figuras, fora da moldura. Na utilização de testes estatísticos, descrever o nome do teste, o valor de p, e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando não forem do próprio autor). Os gráficos devem, preferencialmente, ser apresentados na forma de colunas. No caso de fotos, indicar detalhes com setas, letras, números e símbolos, que devem ser claros e de tamanho suficiente para comportar redução. Deverão estar no formato JPG (Graphics Interchange Format) ou TIF (Tagged Image File Formatt), em alta resolução (mínimo 300 dpi) para que possam ser reproduzidas. Reproduções de ilustrações já publicadas devem ser acompanhadas da autorização da editora e autor. Todas as ilustrações deverão ser em preto e branco.

8. Legendas: imprimir as legendas usando espaço duplo, uma em cada página separada. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada tabela ou figura e na ordem em que foram citadas no trabalho.

9. Análise Estatística: os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex.: $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

10. Abreviaturas e Siglas: devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez. Nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. Quando presentes em tabelas e figuras, as abreviaturas e siglas devem estar com os respectivos significados nas legendas. Não devem ser usadas no título e no resumo.

11. Unidades: valores de grandezas físicas devem ser referidos nos padrões do Sistema Internacional de Unidades, disponível no endereço:
<http://www.inmetro.gov.br/infotec/publicacoes/Si/si.htm>.