

POP

HC-UFTM/EBSERH

Fisioterapia na Reabilitação Vestibular

Versão: 5 | Ano 2025

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DA UNIDADE MULTIPROFISSIONAL

VIVIANE DE ALMEIDA COBO

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Cristina Ruiz, Unidade Multiprofissional

Renata de Melo Batista, Unidade Multiprofissional

ANÁLISE INTERNA

Renata de Melo Batista, Unidade Multiprofissional

ANÁLISE

Viviane de Almeida Cobo, Unidade Multiprofissional

VALIDAÇÃO

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Data da emissão: 14/11/2025

Vigência: dois anos

Código do documento: POP.HC-UFTM-UMULTI.016

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



1. OBJETIVO

Padronizar entre a equipe de fisioterapeutas da Unidade Multiprofissional (UMULTI), atuante no Centro de Reabilitação “Dr. Fausto Cunha de Oliveira” do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), a assistência aos pacientes com vestibulopatias, a fim de buscar excelência na prestação dos serviços em saúde, com uniformidade de condutas e, assim, melhorar o atendimento e minimizar riscos e erros.

2. GLOSSÁRIO

DADT - Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HC-UFTM – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

POP – Procedimento Operacional Padrão

RVO - Reflexo Vestíbulo-Ocular

SNC – Sistema Nervoso Central

TRV- Terapia de Reabilitação Vestibular

UMULTI – Unidade Multiprofissional

3. APLICAÇÃO

UMULTI - Serviço de Fisioterapia no Centro de Reabilitação do HC-UFTM.

4. INTRODUÇÃO

O sistema vestibular, responsável pela manutenção do equilíbrio geral, tem a função de informar sobre as acelerações angulares da cabeça nos diversos planos do espaço e movimentos corpóreos lineares (PEDALINI &BITTAR. 1999). Quando sua função é interrompida, resultam sensações desagradáveis como: náuseas, vertigens, desequilíbrio e nistagmo (BEAR, et al., 2002).

As queixas de vertigem e tonturas são frequentes em indivíduos com disfunção vestibular e apresentam-se por meio de desequilíbrios posturais, aumento da oscilação corporal, redução do limite de estabilidade, distúrbio de marcha, quedas e redução da capacidade funcional (Nashner LM.,1982, Gazzola JM.,2006).

Aproximadamente 85% das queixas de tontura e vertigem são de origem vestibular periféricas ou centrais. As outras etiologias estão associadas às alterações cardiovasculares, psíquicas, visuais, proprioceptivas e neurológicas. Estima-se que existam mais de 300 quadros clínicos e cerca de 2.000 agentes etiológicos (GANANÇA, 2005).

As desordens do aparelho vestibular representam um problema de saúde pública, uma vez que afetam uma parcela significativa da população, comprometendo a capacidade funcional, o equilíbrio postural e a qualidade de vida dos seus portadores (SLOANE, 1989). As consequências somatopsíquicas da tontura causadas por afecções vestibulares podem incluir angústia, ansiedade, medo de sair sozinho, despersonalização e humor deprimido.

A tontura é a sensação de perturbação do equilíbrio corporal, enquanto a vertigem é uma sensação de desorientação espacial do tipo rotatória. A vertigem e outras tonturas de origem vestibular estão presentes em 5 a 10% da população mundial, sendo o sintoma mais comum após os 65 anos, atingindo 80% dos idosos atendidos em ambulatórios geriátricos (Gazzola JM.,2005).

Além do tratamento medicamentoso e cirúrgico, a reabilitação vestibular tem sido reconhecida como tratamento de escolha para pacientes com persistência da vertigem por causa da disfunção vestibular, proporcionando acentuada melhora na qualidade de vida (ANDERSSON, et al., 2006).

O programa de reabilitação vestibular tem três elementos: exercícios de habituação, que favorecem a compensação do Sistema Nervoso Central (SNC), diminuindo ou abolindo as respostas anormais dos movimentos da cabeça, exercícios de controle postural e condicionamento das atividades gerais (GANANÇA & CAVIOLLA, 1998).

O fenômeno de habituação consiste na repetição de estímulos sensoriais, que facilita a compensação vestibular graças à plasticidade neuronal (HERDMAN & WHITNEY, 2002). O fenômeno é obtido por execução de movimentos repetitivos, que diminui a resposta vestibular e a amplitude do nistagmo.

A repetição, além de promover adaptação ao movimento, estimula o órgão sensorial, criando novos automatismos responsáveis pelo equilíbrio corporal. Dentre os métodos de reabilitação, sobressaem-se os exercícios de Cawthorne e Cooksey, criados na década de 1940 (RIBEIRO et al., 2000). Esses exercícios consistem em movimentos cefálicos, proposta de um protocolo para reabilitação vestibular em vestibulopatias periféricas, tarefas de coordenação óculo-cefálica, movimentos corporais globais e tarefas de equilíbrio. Esse método é até hoje muito utilizado e tem manifestado excelentes resultados (MANTELLO et al., 2005), promovendo assintomatologia e criando resposta adaptativa, por um fenômeno de neuroplasticidade (BEAR, et al., 2002).

Para AYRES, 1989, outro método, criado entre a década de 1950 e 1960 e que tem chamado a atenção dos profissionais da saúde, é a terapia de Integração Sensorial. O princípio fundamental desse método é conceituado por Jean Ayres, o fundador da teoria, como: “a resposta adaptável”. Ocorre o desenvolvimento sensorio motor, importante para o aprendizado, a integração do indivíduo com o meio de forma a desenvolver o cérebro e a capacidade da plasticidade, pelas atividades sensorio-motoras (AYRES, 1989).

Dentre as diversas práticas da integração sensorial, AYRES, 1999, relata a utilização do balanço, no qual o terapeuta pode interagir com o paciente por meio de brincadeiras lúdicas, estimulando o desenvolvimento sensorio-motor. Os exercícios de Cawthorne e Cooksey são bastante utilizados e apresentam ótimos resultados em pacientes com vestibulopatias periféricas.

A reabilitação vestibular é um tratamento eficaz para pacientes com persistência da vertigem por disfunção vestibular, proporcionando acentuada melhora da qualidade de vida e no equilíbrio (ANDERSSON, et al., 2006). O mecanismo de equilíbrio requer um influxo sensorial adequado do sistema visual, vestibular, proprioceptivo e somatossensorial para sua manutenção (HORAK et al., 1989).

Camargo (2021) verificou por meio dos estudos analisados sobre tontura vestibular crônica em idosos, que tratamentos com fisioterapia vestibular são eficazes nos casos em que a adesão aos exercícios é feita. As atividades de reabilitação vestibular (RV) sendo utilizados para melhorar o desempenho do equilíbrio em pacientes com quadro de desequilíbrio, pois apresentam melhora nos sintomas e proporcionam, assim, melhora da qualidade de vida (Peres & Silveira, 2010).

Os exercícios de Cawthorne e Cooksey têm mostrado eficácia no tratamento da reabilitação de vestibulopatias periféricas, requerendo a execução dos exercícios regularmente (HECKER et al., 1974). Os exercícios são baseados no contexto de que a exposição repetitiva a um estímulo provocativo resulta em uma redução da resposta patológica a essa técnica, baseado no treinamento da habituação vestibular (SAWYER, 1994).

SILVEIRA et al., 2002, realizaram estudo comparativo entre exercícios de Cawthorne e Cooksey, exercícios seletivos de tronco em indivíduos vestibulopatas. Eles comprovaram que ambos os exercícios promoveram melhora significativa na qualidade de vida dos indivíduos,

auxiliando no processo de compensação do sistema vestibular e redução dos sintomas vestibulares.

A Terapia de Reabilitação Vestibular (TRV) é um tratamento complementar, não invasivo, baseado em um grupo de exercícios personalizados que, em conjunto com uso de medicamentos quando indicados, modificações dos hábitos de vida e orientação alimentar, trará resultados a curto e longo prazo no controle postural. Seu fundamento baseia-se na plasticidade neural do SNC, com a utilização de mecanismos para o restabelecimento e manutenção do equilíbrio. Os principais mecanismos reflexos envolvidos são:

Reflexo Vestíbulo-Ocular (RVO) de origem nos canais semicirculares, é responsável pela estabilização da imagem retiniana sobre a fóvea durante a movimentação cefálica;

Reflexo vestibulo-espinhal e vestibulo-cervical são responsáveis por manter a postura do corpo e estabilização da cabeça com movimentos musculares compensatórios, em resposta à atividade sensorial aferentes dos canais semicirculares e mácula sacular e utricular.

A TRV deverá ser iniciada o mais precocemente possível visando restabelecer os mecanismos de compensação vestibular central, que é a capacidade do SNC de compensar a assimetria das atividades aferentes do sistema vestibular periférico. A compensação será realizada através de alterações da atividade neural do cerebelo e tronco encefálico em resposta ao conflito sensorial produzido pela alteração na atividade vestibular tanto periférica como central. Na fase aguda das labirintopatias periféricas, após cessar náuseas e vômitos, o paciente será estimulado a realizar os exercícios de reabilitação vestibulares específicos, de acordo com sua capacidade física, sob orientação de um profissional habilitado.

Nishino et al. 2005 realizaram estudo sobre programa de reabilitação vestibular com indivíduos que apresentavam quadros otoneurológicos variados. A reabilitação vestibular foi realizada semanalmente no ambulatório e diariamente na residência, com programas específicos de exercícios, considerando-se os achados ao exame vestibular, o quadro clínico e, principalmente, os sintomas apresentados. Os autores concluíram que o programa de reabilitação vestibular mostrou-se um recurso terapêutico efetivo na diminuição e extinção dos sintomas, e consequente melhora na qualidade de vida de pacientes portadores de diferentes quadros clínicos.

Um dos princípios fundamentais no qual se baseia a reabilitação vestibular é a adaptação do SNC pela plasticidade neuronal. Para Rosis, 2007 a neuroplasticidade ocorre quando desordens sensoriais geradas pelos exercícios sinalizam a necessidade da adaptação que deve ser feita. Do mesmo modo, a observação clínica tem demonstrado a eficácia dos exercícios para o tratamento das doenças vestibulares.

5. OBJETIVOS GERAIS DA FISIOTERAPIA

- Acolher o paciente de forma humanizada;
- Avaliar o paciente de forma global através de: anamnese (ver anexo 1 – Anamnese para Reabilitação Vestibular), observação, exame físico, testes especiais, reflexos e distribuição cutânea, palpação, exames de diagnósticos por imagem, entre outros;
- Qualificar e quantificar os déficits motores e/ou disfunções neuro-musculoesqueléticas;
- Realizar o diagnóstico cinético-funcional;
- Estabelecer objetivos e metas do tratamento a curto, a médio e a longo prazo, revendo e reavaliando, conforme a progressão e evolução do quadro clínico do paciente;
- Traçar condutas de acordo com metas e objetivos estabelecidos;
- Reabilitar o paciente parcial ou totalmente, permitindo o reestabelecimento de suas funções e atividades de vida diária e profissionais e/ou diminuir sua dependência;
- Realizar orientações: de adaptações de ambiente, de prevenção de acidentes;

- Evitar deformidades e contraturas;
- Melhora e ou manter a função motora;
- Prescrever a alta fisioterapêutica;
- Registrar em prontuário: consulta, avaliação, diagnóstico, prognóstico, tratamento, evolução, interconsulta, intercorrências e alta fisioterapêutica.

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA FISIOTERAPIA

- Promover a estabilização visual;
- Aumentar a interação vestibulo-visual durante a movimentação da cabeça;
- Proporcionar melhor estabilidade estática e dinâmica nas situações de conflito sensorial;
- Diminuir a sensibilidade individual durante a movimentação cefálica.

7. FISIOTERAPIA MOTORA

A primeira etapa do tratamento consiste em informar ao paciente o objetivo dos exercícios e seus efeitos no órgão vestibular. Essa etapa é importante para diminuir a ansiedade do paciente em relação às causas, consequências e crenças a respeito da tontura (POPPER, 2001). São orientações ao paciente:

- ✓ Procurar não evitar movimentos corporais. O labirinto precisa de movimento do corpo para retornar seu movimento normal. Evitar passar a maior parte do tempo deitado ou sentado;
- ✓ Não suspender exercícios se sentir tontura. No início pode ser pior, mas melhora com o passar do tempo;
- ✓ A melhora começa a surgir em média com um mês de treinamento;
- ✓ As crises vertiginosas, embora desagradáveis, usualmente não são graves e não representam risco de vida;
- ✓ A disciplina e a tolerância na execução dos exercícios é fundamental para a melhora. Quanto maior a insistência e a regularidade, mais rápida a recuperação;
- ✓ Não sentir medo da tontura, mas enfrentá-la;
- ✓ Atividades esportivas como nadar, jogar tênis, caminhar, jogos de bola favorecem a melhora;
- ✓ Apresentar informações de como evitar chá, achocolatado, café, álcool e fumo, pois são agentes estimuladores do SNC. A nicotina e a cafeína são vasoconstritoras, o que interfere na função normal do labirinto.

7.1 Exercícios de Cawthorne e Cooksey

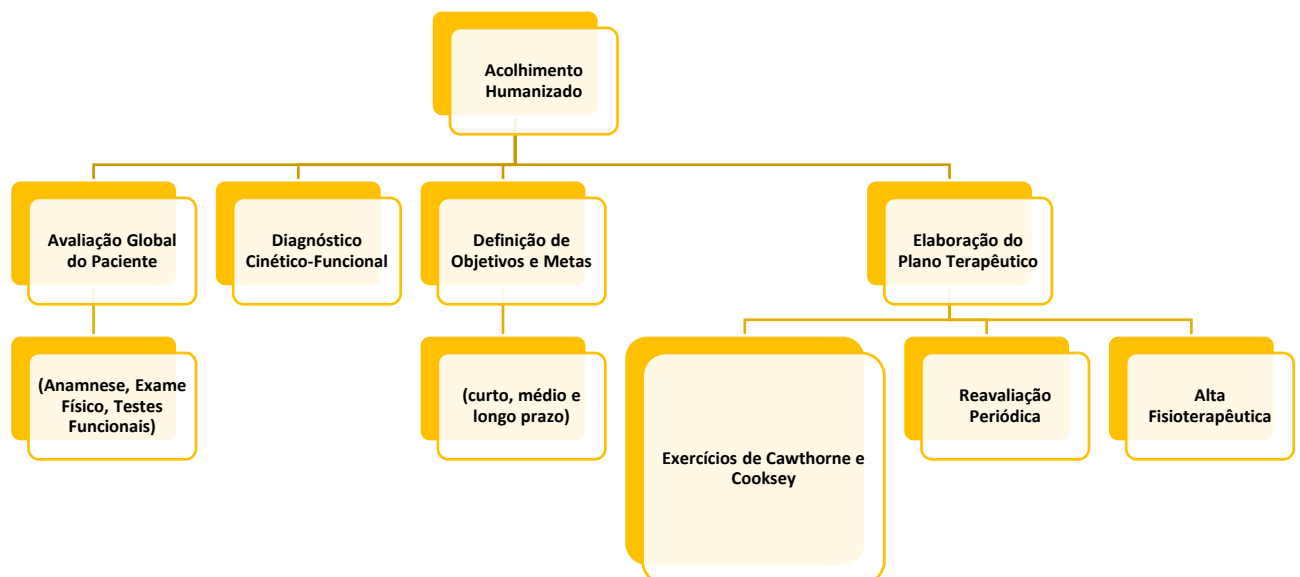
- a) Movimentos de olhos e cabeça, sentado, primeiro lentos, depois rápidos:
 1. Olhar para cima e para baixo;
 2. Olhar para a direita e para a esquerda;
 3. Aproximar e afastar o dedo, olhando para ele;
 4. Mover a cabeça (lentamente e depois rapidamente), para a direita e para a esquerda, com olhos abertos;
 5. Mover a cabeça (lentamente e depois rapidamente) para cima e para baixo, com olhos abertos;
 6. Repetir os movimentos 4 e 5 com olhos fechados.
- b) Movimentos de cabeça e corpo, sentado:
 1. Colocar um objeto no chão. Apanhá-lo e elevá-lo acima da cabeça e colocá-lo no chão novamente (olhando para o objeto o tempo todo);

2. Encolher os ombros e fazer movimentos circulares com eles;
3. Inclinar para frente e passar um objeto para trás e para frente de joelhos.
4. Exercícios em pé:
5. Repetir os movimentos A e B2;
6. Sentar e ficar em pé. Sentar e ficar em pé novamente;
7. Sentar e ficar em pé. Sentar e ficar em pé novamente com os olhos fechados;
8. Ficar em pé, mas girar (dar uma volta para a direita) enquanto de pé;
9. Jogar uma bola pequena de uma mão para a outra (acima do nível do horizonte);
10. Jogar a bola de uma mão para outra embaixo do joelho, alternadamente.

7.2 Outras atividades para melhorar o equilíbrio

1. Subir e descer escadas (corrimão, se necessário);
2. Enquanto de pé, fazer voltas repentinas de 90 graus (com olhos abertos e, depois, com olhos fechados);
3. Enquanto caminhando, olhar para a direita e para a esquerda (como num mercado, lendo rótulos);
4. Praticar ficar em um pé só (com o pé direito e depois com o pé esquerdo), com os olhos abertos e depois com olhos fechados;
5. Em pé, em superfície macia:
 - a) Andar sobre a superfície para se acostumar;
 - b) Andar pé ante pé, com os olhos abertos e depois com os olhos fechados;
 - c) Praticar o exercício 4 em superfície macia;
6. Circular-se ao redor de uma pessoa que está no centro, que joga uma bola grande (que lhe deve ser devolvida);
7. Andar pela sala com os olhos fechados.

8. FLUXOGRAMA



9. REFERÊNCIAS

AIRES, MM. Fisiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

ANDERSSON G, ASMUNDSON GJG, DENEV J, NILSSON J, LARSEN HC. A controlled trial of cognitive-behavior therapy combined with vestibular rehabilitation in the treatment of dizziness. *Behav Res Ther.* 2006;44(9):1265-73.

AYRES AJ. Sensory integration and praxis tests. Los Angeles: Western Psychological; 1989.

BEAR MF, CONNORS BW, PARADISO MA. Os sistemas auditivo e vestibular. In: Bear MF, Connors BW, Paradiso MA. Neurociências: desvendando o sistema nervoso. São Paulo: Artmed; 2002. p. 349-95.

CAMARGOS, S. S. S. (2017). Reabilitação vestibular: uma proposta de intervenção fisioterapêutica nas principais vestibulopatias. Monografia (Trabalho de Conclusão de curso, Graduação em Fisioterapia) - Universidade de Uberaba, Minas Gerais. <https://repositorio.uniube.br/handle/123456789/562>

GANANÇA 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.

GANANÇA MM, CAVIOLLA HH. Desequilíbrio e reequilíbrio. In: Ganança MM. Vertigem tem cura? São Paulo: Lemos; 1998. p. 9-13.

GANANÇA MM, MUNHOZ MSL, CAOVIOLA HH, SILVA MLG, GANANÇA FF. Vertigem. *Ver Bras Med.* 2005;62:325-8.

Gazzola JM, Perracini MR, Ganança MM, Ganança FF. Fatores associados ao equilíbrio funcional em idosos com disfunção vestibular crônica. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006;72(3):983-90.

Gazzola JM, Ganança FF, Perracini MR, Aratani MC, Dorigueto RS, Gomes CMC. O envelhecimento e o sistema vestibular. *Fisioter Mov.* 2005;18(5):39-48. 5. Hansson EE. Vestibular rehabilitation: for whom and how? A systematic review. *AdvPhysiother.*

HECKER HC, HAUG CQ, HERNONDON JW. Treatment of vertiginous patient using cawthorne's vestibular exercises. *Laryngoscope.* 1974;84:2065-72.

HERDMAN SJ, WHITNEY SL. Reabilitação vestibular. Barueri: Manole; 2002.

HORAK FB, SHUPERT CL, MIRKA A. Components of postural dyscontrol in the elderly: a review. *NeurobiolAging.* 1989;10(6):727-38.

MANTELLA, EB, ANDRÉ AP, SANCHES A, COLAFÊMINA JF. A vertigem postural paroxística benigna tratada pela reabilitação vestibular - estudo de caso. *FonoAtual.* 2005;8(33):54-58.

Nashner LM, Black FO, Wall C. Adaptation to altered support and visual conditions during stance: patients with vestibular deficits. J Neurosci. 1982;2(5):536-44. 3.

Nishino LK, Ganança CF, Manso A, Campos CAH, Korn GP. Reabilitação Vestibular Personalizada: Levantamento de prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de otoneurologia da ISCMSP. Rev Bras Otorrinolaringol 2005; 71(4):440-447.

PEDALINI MEB, BITTAR RSM. Reabilitação vestibular: uma proposta de tratamento. Pró-fono Revista de Atualização Científica. 1999;1(2):140-4.

Peres, M., & Silveira, E. D. (2010). Efeito da reabilitação vestibular em idosos: quanto ao equilíbrio, qualidade de vida e percepção. Ciência & Saúde Coletiva, 15, 2805-2814. <https://www.scielo.br/j/csc/a/R94zJCrrN4BFcqR68nw6kwM/?format=html>

POPPER, V. M. A Reabilitação Vestibular na Vertigem. Itajaí, 2001. 46f. Monografia (Especialização em Fonoaudiologia Clínica) – Centro de Especialização em Fonoaudiologia e Audiologia Clínica.

RIBEIRO, K.M.X, TESTA, J.R.G, WECKX, L.L. Labirintopatias na mulher. Rev Bras Med. [periodico online]. 2000 [capturado em 13 dez. 2015];57:1-5. Disponível em: www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=310

ROSIS, A.C.A. Avaliação e Qualidade de Vida em idosos Submetidos à Reabilitação Vestibular Personalizada. [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: Universidade Federal de Escola Paulista de Medicina; 2007.

SAWYER RN. The cervico-ocular reflex of normal human subjects in response to transient and sinusoidal trunk rotations. J Vestib Res. 1994;4(3):245-9.

SILVEIRA SR, TAGUCHI CK, GANANÇA FF. Análise comparativa de duas linhas de tratamento para pacientes portadores de disfunção vestibular periférica com idade superior a sessenta anos. Acta AWHO. 2002;21(1):14-31.

Sloane PD. Dizziness in primary care. Results from the National Ambulatory Medical Care Survey. J Fam Pract. 1989;29(1):33-8. PMID:2738548.

10. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	3/2/2016	Elaboração da 1ª versão do Procedimento Operacional Padrão (POP)
2	30/12/2019	Revisão e atualização
3	13/12/2021	Revisão e inserção em novo modelo Ebserh
4	21/11/2023	Revisão e atualização
5	14/11/2025	Alterções no texto, atualizações das referências e modelo novo do documento Ebserh

11. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<p>Elaboração da versão atual (versão 5) – data: 21/8/2025 Cristina Ruiz e Renata de Melo Batista, fisioterapeutas da Unidade Multiprofissional (UMULTI)</p> <p>Análise interna – data: 21/8/2025 Renata de Melo Batista, fisioterapeuta da UMULTI</p> <p>Análise – data: 10/10/2025 Viviane de Almeida Cobo, chefe da UMULTI</p> <p>Validação técnica – data: 3/11/2025 Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)</p> <p>Aprovação – data: 10/11/2025 Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado (DGC)</p> <p>Registro, validação de forma e revisão – data: 14/11/2025 Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental</p>
<p>Elaboração da versão 4 – data: 21/11/2023 Cristina Ruiz e Renata de Melo Batista, fisioterapeutas</p> <p>Validação Izabella Barberato Silva Antonelli, chefe da UMULTI Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da UGQSP</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos</p> <p>Aprovação Ivonete Helena Rocha, chefe da DGC</p>
<p>Elaboração da versão 3 – data: 13/12/2021 Cristina Ruiz e Renata de Melo Batista, fisioterapeutas</p> <p>Validação Izabella Barberato Silva Antonelli, chefe da Unidade de Reabilitação</p> <p>Registro, análise e revisão Maria Aparecida Ferreira, enfermeira da Unidade de Planejamento Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Aprovação Marina Casteli Monteiro, chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (DADT)</p>
<p>Elaboração da versão 2 – data: 30/12/2019 Cristina Ruiz, fisioterapeuta</p> <p>Validação Priscila Salge Mauad Rodrigues, chefe da Unidade de Reabilitação substituta</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Aprovação Marina Casteli Monteiro, chefe da DADT</p>
<p>Elaboração da versão 1 – data: 3/2/2016 Cristina Ruiz, fisioterapeuta</p> <p>Validação Renata Melo Batista, chefe da Unidade de Reabilitação Juverson Alves Terra Junior, chefe do Setor de Apoio Terapêutico</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Aprovação Colegiado Executivo</p>

12. ANEXO

Anamnese para Reabilitação Vestibular

1-Identificação:

Nome:.....

RG:.....Data:...../...../.....Idade:.....

Endereço:.....

2-Resultado do exame otoneurológico:.....

3.Quadro audiológico:

Ouvido direito (OD):.....

Ouvido esquerdo (OE):.....

4- Tontura/ Vertigem:

Descrição da tontura:.....

Há quanto tempo:.....

Crises:.....

Posição ou movimentos que desencadeiam a tontura

5- Outros sintomas:

Zumbidos? () sim () não Local: OD () OE () AO () cabeça () Hipersensibilidade a sons? () sim () não

Descrição:

() depressão () ansiedade () insegurança

Acha que os sintomas acima estão relacionados a tontura?..... Problemas na

coluna:.....

Doenças: () hipertensão () diabetes () coração () rins () hepatite () tuberculose

() glaucoma () alergias () outras

6- Auto percepção:

Tontura0 1 2 3 4 5 (pior)

Zumbido 0 1 2 3 4 5 (pior)

Intolerância ao som..... 0 1 2 3 4 5 (pior)

Audição 0 1 2 3 4 5 (pior)

Atividades impossibilitadas ou afetadas pela tontura: () sócias () doméstica () trabalho

() compras () outras.....

É dependente de outras pessoas para se movimentar? () sim () não

7- Tratamentos:

Atualmente:.....

Motivação para reabilitação:.....

8 - Observações e condutas: