

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

ANGHELIS SILVEIRA DOS SANTOS

**PREVALÊNCIA DE QUEIXAS VESTIBULARES EM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
DE CENTROS DE SAÚDE MENTAL DE UMA CIDADE DA REGIÃO
METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE – RS**

Porto Alegre

2023

ANGHELIS SILVEIRA DOS SANTOS

**PREVALÊNCIA DE QUEIXAS VESTIBULARES EM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DE
CENTROS DE SAÚDE MENTAL DE UMA CIDADE DA REGIÃO METROPOLITANA DE
PORTO ALEGRE – RS**

Trabalho de Conclusão do Curso como
requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Fonoaudiologia da
Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre - UFCSPA

Orientação: Profa. Dra. Cristina Loureiro Chaves Soldera
Coorientação: Profa. Dra. Morgana Scheffer

PORTO ALEGRE, 2023

Catalogação na Publicação

Santos, Anghelis Silveira

Prevalência de queixas vestibulares em pacientes psiquiátricos de uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre - RS / Anghelis Silveira Santos. -- 2023.
30 p. : tab. ; 30 cm.

Monografia (trabalho de conclusão de curso) --
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Curso de Fonoaudiologia, 2023.

Orientador(a): Cristina Loureiro Chaves Soldera ;
coorientador(a): Morgana Scheffer.

1. Fonoaudiologia. 2. Neuro-otologia. 3. Transtornos mentais. 4. Tontura. 5. Vertigem. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade de realizar essa conquista, por me dar força e coragem quando precisei e por sempre me permitir ver novas possibilidades em cada situação.

À minha mãe, Angelita Silveira, por ser meu pilar fundador e por me ensinar a importância de não apenas ser uma boa profissional, mas também um bom ser humano. Por estar sempre ao meu lado e me apoiar incessantemente, com amor e cuidado.

Agradeço a minha professora orientadora Cristina Soldera, por ter sido meu refúgio durante toda a graduação, me ensinando e inspirando com carinho, além de sempre se mostrar presente para dar suporte e orientação. À minha co-orientadora Morgana Scheffer por aceitar participar dessa pesquisa e dedicar-se sempre a encontrarmos novas perspectivas, tornando o processo leve e prazeroso.

Ao meu melhor amigo, Augusto Basile, por crescer ao meu lado e deixar tudo mais alegre. Por passar horas ao telefone comigo, debruçando-se sobre esse trabalho para torná-lo ainda melhor. À minha melhor amiga, Gabriela Dias, por ser meu porto seguro em todas as tempestades.

A meus amigos e familiares, que compreenderam os momentos de ausência necessários para os estudos e estiveram ao meu lado, sempre agregando felicidade. Agradeço especialmente meus amigos e futuros colegas de profissão Isadora Schotkis, Daniella Doutrelepont, Carolina Pisani, João Zambeli e Rayssa Paiva, por tornarem os dias dentro da universidade mais leves e alegres.

Resumo

O sistema vestibular é essencial na manutenção do equilíbrio corporal. O desequilíbrio é uma condição consciente que gera insegurança psíquica nos sujeitos acometidos. É possível que sejam desencadeadas manifestações emocionais e neurovegetativas associadas. No Brasil, os dados de prevalência de tontura são conflitantes, uma vez que essa é uma queixa subdiagnosticada, sendo que as desordens psiquiátricas estão presentes em 20 a 50% dos pacientes que a apresentam. **Objetivo:** identificar a prevalência das queixas vestibulares na população psiquiátrica de um centro de saúde mental de uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre – RS. **Métodos:** os dados foram coletados na instituição por meio de um formulário, composto por uma breve anamnese e pelo DHI-BV. Os sujeitos assinaram o TCLE e foram questionados pela pesquisadora em relação à sua tontura. **Resultados:** A maior parte da amostra foi composta por adultos jovens (55,9%) e a maioria dos sujeitos era do sexo feminino (76,5%). A presença de tontura em algum momento do dia (sempre ou às vezes) acomete 67,7% dos sujeitos da amostra. A grande maioria faz uso de fármacos psiquiátricos (94,1%). **Conclusão:** Conclui-se que existe uma elevada prevalência de tontura na população psiquiátrica pesquisada, sendo que foi verificado maior impacto do sintoma em sujeitos que fazem uso de fármacos para bipolaridade e mania e em sujeitos diagnosticados com transtorno depressivo.

Descritores: Fonoaudiologia; Neuro-otologia; Transtornos mentais; Ansiedade; Depressão; Transtornos do Humor; Tontura; Psicotrópicos; Vertigem.

Abstract:

The vestibular system is essential for the maintenance of the body balance. Imbalance is a conscious condition that creates insecurity for affected subjects. It's possible that associated emotional and neurovegetative manifestations get unleashed. In Brazil, the data for dizziness prevalence are conflicted, once this is a sub diagnosed complaint, even though psychiatric disorders are present in 20 to 50% of the patients. **Objectives:** identify the prevalence of vestibular complaints in the psychiatric population of a mental health center in a city of the metropolitan region of Porto Alegre - RS. **Methods:** the data were collected in the institution by a questionnaire, which contained a brief anamnesis and the DHI-BV. The subjects signed the TCLE and were questioned by the researcher about their dizziness. **Results:** The major part of the sample was composed by young adults (55,9%) and majority of the subjects were female (76,5%). The presence of dizziness at some period of day (always or sometimes) affects 67,7% of the subjects interviewed. Most of them use psychiatric pharmaceuticals (94,1%). **Conclusion:** It was possible to conclude that there is an elevated prevalence of dizziness in the researched psychiatric population, the major impact being in subjects who make use of bipolar and mania pharmacal and subjects diagnosed with depressive disorder.

Key-words: Speech and hearing therapy; Neuro-otology; Mental disorders; Anxiousness; Depression; Humor Disorders; Dizziness; Psychotropics; Vertigo.

Sumário

1. Introdução	6
2. Métodos	9
3. Resultados	11
4. Discussão	13
5. Conclusão	17
6. Referências	18
7. Tabelas e Figuras	22

Introdução

O equilíbrio corporal humano é uma atividade motora complexa e inconsciente, atingida principalmente a partir da integridade do sistema vestibular, que funciona em sintonia com o sistema visual, o proprioceptivo e o sistema nervoso central (SNC). O labirinto posterior é responsável por captar as informações de movimento e encaminhá-las para as vias neuronais⁽¹⁾. Esse processo de transmissão de informações é mediado por neurotransmissores, ácido gama-aminobutírico (GABA), glutamato, acetilcolina, histamina, glicina, dopamina e serotonina, que podem ter características excitatórias ou inibitórias, dependendo do local de atuação⁽²⁾. Quando esse conjunto não está em harmonia, ocorre o desequilíbrio, uma condição consciente que causa insegurança psíquica em sujeitos acometidos de tontura. É possível que sejam desencadeadas manifestações emocionais e neurovegetativas (zumbido, hipoacusia, otalgia, cefaleia e náusea), além de um padrão de resposta motora alterado, hipervigilância e hipersensibilidade a estímulos visuais e de movimento^(3,4).

O labirinto é um órgão sensível a distúrbios originados em diversas partes do organismo e suscetível até mesmo a alterações metabólicas, sendo a tontura um dos primeiros sintomas a emergir nessas situações. Quaisquer alterações clínicas concomitantes devem ser consideradas como possíveis causas de vestibulopatia e, havendo diversas afecções simultâneas, todas devem estar implicadas como possíveis fatores etiológicos⁽⁴⁾.

A tontura é uma das manifestações mais comuns dentro da Atenção Primária em Saúde (APS) e pode ser associada a questões otológicas, neurológicas e

psicológicas, sendo mais recorrente na população de adultos e idosos, com uma incidência de 11% ao ano^(5,6).

As desordens psiquiátricas parecem ter um papel importante no curso das questões vestibulares, sendo foco de estudiosos desde antes do século XIX e estando presentes em 20 a 50% dos casos de tontura idiopática^(7,8). Os transtornos de ansiedade, depressão, humor e distúrbios de memória são os mais relacionados com as queixas vestibulares, sendo essa relação primeiramente identificada dentro da teoria da angústia de Sigmund Freud^(9,10). A otoneuropsicologia considera a vertigem como uma das principais manifestações da angústia e como seu equivalente somático⁽⁴⁾.

Quando associadas às queixas psicológicas, as vestibulopatias causam prejuízos significativos nas habilidades físicas, sociais e psicoemocionais das pessoas acometidas, interferindo na capacidade motora com resultados negativos e limitações funcionais^(10,4).

Em centros de saúde mental é comum o uso de medicamentos antidepressivos e benzodiazepínicos, portanto convém considerar que as queixas vestibulares presentes nos pacientes podem fazer parte do espectro de efeitos adversos dos medicamentos supracitados. Os antidepressivos dividem-se em cinco classes, sendo os mais comumente utilizados, os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), inibidores da recaptção de serotonina e norepinefrina (ICSN) e tricíclicos⁽¹¹⁾. Dentre os efeitos colaterais dos ISRS está a náusea - como derivada de distúrbios gastrointestinais - junto à diarreia e à êmese, assim como a sonolência diurna, que pode ser confundida com sintomas vestibulares. Náuseas e tontura também constam no perfil de efeitos adversos dos ICSN, especialmente nos que

têm uso mais difundido: venlafaxina e desvenlafaxina. Os efeitos colaterais dos antidepressivos tricíclicos também englobam tontura, náuseas e sonolência, juntamente com hipotensão ortostática, pelo bloqueio alfa-adrenérgico, sintoma que pode ser confundido com disfunções vestibulares por alguns pacientes. De forma paralela, os benzodiazepínicos promovem ataxia, sonolência diurna e comprometimento cognitivo⁽¹²⁾.

Na literatura compulsada foi encontrado apenas um estudo que buscou a mesma linha de associação, relacionando tontura com transtornos psiquiátricos e os fármacos utilizados. Entretanto, o estudo de Pimentel e Santos⁽¹³⁾ diferencia-se da presente pesquisa, uma vez que não teve como critério de inclusão exclusivamente pacientes com diagnósticos psiquiátricos, formando estes apenas uma parte da amostra. Mesmo assim, a pesquisa encontrou expressiva porcentagem de diagnóstico psiquiátrico (54,49%) e uso de psicotrópicos (38,93%), especialmente os ISRS.

Para mensurar o grau de impacto da tontura na qualidade de vida do indivíduo, os questionários de autopercepção são muito utilizados, como o “*Dizziness Handicap Inventory*” - versão brasileira (DHI-BV)⁽¹⁴⁾. Este questionário quantifica o grau de restrição de participação (*handicap*) relacionado ao sintoma de tontura e permite a quantificação das queixas vestibulares dos sujeitos acometidos.

Devido à elevada prevalência dos sintomas de tontura e vertigem na população e à frequente associação deste sintoma aos distúrbios psiquiátricos, o presente estudo teve por objetivo verificar a prevalência das queixas vestibulares na população psiquiátrica dos centros de saúde mental de uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre – RS.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional transversal realizado em um centro de saúde mental de uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre - RS e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o parecer 5.935.882.

Os usuários do serviço foram abordados pela pesquisadora, na sala de espera do local, em dias aleatórios de segunda a sábado, no período de março a junho de 2023. Em seguida, questionados sobre o interesse em participar de uma pesquisa sobre tontura e vertigem, os que concordaram em participar receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e assinatura, que incluiu a permissão do uso de dados dos registros do serviço, para obtenção de informação acerca do diagnóstico de transtornos psiquiátricos e medicações. Para os sujeitos analfabetos que quiseram participar, foi feita a leitura do termo e, em seguida, um registro do consentimento ou do assentimento seguindo as normas da Resolução CNS nº 510/2016, por meio de mídia eletrônica e digital⁽¹⁵⁾.

Após a anamnese, os respondentes foram questionados se sentiam tontura em algum momento do dia. Com aqueles que apresentaram resposta afirmativa, foi aplicado o questionário DHI-BV (Anexo I), que avalia o grau de *handicap* relacionado à tontura, com duração aproximada de dez minutos. O instrumento é composto por 25 questões⁽¹⁴⁾. Cada um dos itens tem três opções de resposta: “sim”, “às vezes” e “não”, que tem como pontuação 4, 2 e 0, respectivamente. O escore total possível do DHI varia de 0 (sem *handicap*) a 100 (*handicap* máximo). Quanto maior o escore, maior o grau de *handicap* percebido. Os escores do DHI podem ser classificados nos três domínios de autopercepção de *handicap* e um escore total categorizando o

grau de *handicap* conforme a pontuação: de 0 a 30 leve, de 31 a 60 moderada e de 61 a 100 grave⁽¹⁶⁾.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram sujeitos com idade igual ou maior de 18 anos, de ambos os sexos, que estivessem em acompanhamento, tratamento ou que tivessem estado em atendimento no local de realização da pesquisa. Como critérios de exclusão estavam os sujeitos que fizeram uma única sessão de atendimento no centro, ou seja, que não estão frequentando de forma sistemática o local e sujeitos sem diagnóstico estabelecido do tipo de transtorno mental de acordo com o DSM-5-TR⁽¹⁷⁾.

Os questionários foram lidos pela pesquisadora, respondidos oralmente pelo entrevistado, e as respostas foram registradas diretamente em uma planilha do Excel[®]. Os sujeitos que apresentaram grau grave nos critérios do DHI-BV receberam um encaminhamento para sua UBS de referência.

Os transtornos psiquiátricos foram agrupados conforme diagnóstico psiquiátrico de cada paciente, indicado pelo médico psiquiatra do centro ou por médicos de outros locais. Os fármacos foram agrupados conforme seu mecanismo de ação. Estes dados foram coletados pela pesquisadora no prontuário dos pacientes, mediante autorização prévia.

Os resultados das variáveis foram apresentados por meio de frequências absolutas e relativas. As associações foram verificadas pelos testes Qui-Quadrado e/ou Exato de Fisher. As análises multivariadas foram realizadas pela análise de regressão de Poisson com ajuste de variância robusta e foram apresentadas as estimativas de Razão de Prevalência (RP) com intervalo de confiança de 95%. Foram considerados significativos os resultados com p-valor $\leq 0,05$.

Resultados

O cálculo amostral foi estimado para encontrar uma proporção de tontura de 62,96% em pacientes psiquiátricos⁽¹⁸⁾. Com erro absoluto tolerado de 11% e confiança de 95% na estimativa, seriam necessários 75 pacientes para compor a amostra. As análises foram realizadas no software estatístico SPSS (*IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.*). Coletadas as respostas dos 75 sujeitos, a amostra final foi estabelecida após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (Figura 1), totalizando 68 sujeitos.

Na Figura 2 observa-se a prevalência dos transtornos psiquiátricos diagnosticados nos sujeitos da amostra. O mais prevalente foi o transtorno depressivo (n=21; 30,9%), seguido do transtorno de ansiedade generalizada (n=18; 26,5%). Com relação ao uso de fármacos, as classes mais prevalentes na amostra da presente pesquisa (Figura 3) foram a dos antipsicóticos (n=41; 65,1%) e dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (n=36; 57,1%). Cabe ressaltar que alguns dos sujeitos tinham recebido diagnóstico de mais de um tipo de transtorno psiquiátrico, assim como poderiam estar em uso de mais de um tipo de fármaco concomitantemente.

Para fins de análise de dados, a amostra foi dividida em três faixas etárias: adulto jovem (18 a 39 anos), adulto maduro (40 a 59 anos) e idoso (60 anos e mais)⁽¹⁹⁾. A maior parte da amostra foi composta por adultos jovens (55,9%) e a maioria dos sujeitos era do sexo feminino (76,5%). A presença de tontura em algum momento do dia, sempre ou às vezes, acomete 67,7% dos sujeitos da amostra. A grande maioria dos sujeitos faz uso de fármacos psiquiátricos (94,1%) (Tabela 1).

Na Tabela 2 observa-se a associação das queixas vestibulares à caracterização da amostra e à classe de fármacos em uso. A presença de queixa de tontura foi mais prevalente nos adultos maduros (68%). Não houve associação significativa entre o uso de fármacos não psiquiátricos e as queixas vestibulares.

Com relação à associação das queixas vestibulares à categoria de transtorno psiquiátrico (Tabela 3), foi constatada associação significativa entre queixa de tontura e transtornos depressivos ($p=0,033$) e a ausência de queixa de tontura e episódios depressivos ($p=0,031$).

Ao verificar a associação do grau de *handicap* no DHI-BV à caracterização da amostra, classe de fármaco em uso e categoria de transtorno psiquiátrico (Tabela 4), foi percebida associação significativa entre o uso de fármacos para esquizofrenia paranoide e o grau leve de *handicap* ao DHI-BV ($p=0,043$) e o uso de fármacos para bipolaridade e mania ao grau grave de *handicap* ao DHI-BV ($p=0,043$).

Na comparação dos escores ao DHI-BV por domínio e geral ao tipo de fármaco e tipo de transtorno psiquiátrico, foi verificada diferença significativa nos escores dos sujeitos que usam fármacos para bipolaridade/mania, tendo escores maiores (maior grau de *handicap*) no domínio emocional ($p=0,006$) e no geral ($p=0,004$). Nos sujeitos com esquizofrenia paranoide houve diferença significativa no escore do domínio físico – este foi significativamente menor (menor grau de *handicap*) nos sujeitos com o transtorno ($p=0,032$). Sujeitos com transtorno esquizoafetivo, apresentaram escores significativamente menores (menor grau de *handicap*) nos domínios funcional ($p=0,017$), emocional ($p=0,008$) e no escore geral ($p=0,017$) quando comparados aos sujeitos sem o transtorno.

Discussão

No Brasil, os dados de prevalência da tontura são conflitantes, uma vez que esta é uma queixa subdiagnosticada⁽²⁰⁾. Um estudo feito no estado de São Paulo apresentou dados de que 42% da população apresenta tontura, todavia, apenas 46% destes procuram ajuda⁽³⁾. De forma contrastante, em uma outra análise mais recente, que foi sediada no estado de Minas Gerais, apresentou uma prevalência de apenas 7,4%⁽²¹⁾. No presente estudo, a prevalência de queixa de tontura foi muito superior ao encontrado na literatura, atingindo 67,7% dos sujeitos da pesquisa. Tal achado poderia ser explicado pelo fato de a população alvo ter sido composta apenas por pacientes psiquiátricos, não representando a população geral.

Os resultados da presente pesquisa vão ao encontro dos achados à literatura, uma vez que dentre os transtornos psiquiátricos, o mais prevalente dentro da Atenção Primária em Saúde (APS), é o transtorno depressivo (31,4%) que atinge 30,9% da amostra, seguido pelo transtorno de ansiedade (18.1%), que foi diagnosticado em 26,5% dos sujeitos⁽²²⁾.

Quanto aos fármacos, temos a informação na literatura de que a categoria mais utilizada na APS é a dos ansiolíticos, especificamente os benzodiazepínicos, seguidos dos antidepressivos⁽²³⁾. Os resultados encontrados na presente pesquisa diferenciam-se, uma vez que os fármacos mais utilizados foram os antipsicóticos e, somente em seguida, aparecem os inibidores seletivos de recaptção de serotonina.

A prevalência de tontura de origem vestibular apresenta uma frequência três vezes maior em idosos do que em adultos jovens⁽²⁴⁾. Todos os sujeitos idosos da pesquisa apresentaram tontura. Os estudos encontrados apresentam resultados conflituosos sobre a proporção de ocorrência das vertigens psicogênicas de acordo

com o sexo. Alguns autores referem uma prevalência maior no sexo feminino, todavia, relatam que os grupos estudados eram compostos, em sua maioria, por mulheres, alcançando proporções de até 4:1 e dificultando a realização de análise adequada desse aspecto^(3, 25, 26). Foi encontrada, na presente pesquisa, uma proporção de 13:4 de mulheres para homens. Ademais, foi percebido que as mulheres que frequentavam o Centro apresentaram maior abertura e disponibilidade em responder os pesquisadores.

Apesar de a tontura estar incluída no perfil de efeitos adversos usuais de diversos fármacos das classes estudadas, não há evidência desta relação⁽¹²⁾. Da mesma forma, a iatrogenia promovida pelas medicações em questão podem envolver náuseas e sonolência, sintomas capazes de provocar confusão com a tontura entre os pacientes e culminar em vieses. Os dados obtidos na presente pesquisa apresentaram associação significativa entre o maior impacto na qualidade de vida, obtido a partir do DHI-BV, e os fármacos para bipolaridade e mania.

Durante as coletas, alguns sujeitos relataram que iniciaram o acompanhamento no serviço após o aparecimento da tontura, uma vez que este sintoma os deixou incapacitados e desmotivados, levantando a possibilidade de a tontura ter sido uma das causas ou agravantes da depressão. Em Paiva, Maria e Kuhn⁽⁴⁾, é observado que alguns sintomas psicológicos podem ser causa, consequência ou coexistirem com as crises de vertigem.

Episódios depressivos podem acontecer na vida dos indivíduos sem que estes se enquadrem no diagnóstico do transtorno depressivo. Para que este passe a ser considerado um transtorno, é necessário que o sujeito tenha passado por dois ou mais episódios depressivos⁽²⁷⁾. Sendo assim, a partir dos resultados encontrados

na presente pesquisa, é possível sugerir que o transtorno depressivo pode estar relacionado à presença de sintomas de tontura nos sujeitos acometidos, uma vez que a ocorrência de um único episódio depressivo traz um resultado inversamente proporcional, mas com a mesma relevância estatística, indicando o não aparecimento do sintoma.

A associação significativa entre maior grau de *handicap* relacionado à tontura e o uso de medicamentos para tratar bipolaridade e mania, poderia ser expressa pelo princípio ativo de sais de lítio e o fato de que o sintoma de tontura é um efeito colateral comum do uso dessa medicação. Paralelamente, o amplo perfil de parafeitos do uso de sais de lítio podem maximizar a impressão de tontura, tendo em vista que o medicamento pode ser tóxico para o corpo humano. Já a fisiopatologia do sintoma é pouco elucidada, uma vez que o lítio age sob mecanismo de ação desconhecido, no entanto, a presença de *handicap* alto em degeneração da qualidade de vida do paciente usuário de tal medicação é característico da sua toxicidade^(12, 28).

As alterações sensório-perceptivas causadas pelo espectro dos transtornos da esquizofrenia podem ser responsáveis pelas relações significativas nos domínios emocionais e funcionais, uma vez que os sujeitos acometidos por essa psicopatologia não percebem a diferença do que seria sadio e das alterações proporcionadas pela doença⁽²⁹⁾. Dessa forma, recomenda-se que sejam feitos mais estudos sobre a relação de causa e efeito entre esse diagnóstico e o início da queixa de tontura. As alterações de percepção causadas pelos transtornos do espectro da esquizofrenia são muito variadas, não estando claro qual o fator causal da queixa nesse grupo.

Para estudos futuros, recomenda-se que a classificação da amostra por transtornos psiquiátricos seja feita antes da análise de dados, como critério para agrupar os sujeitos da amostra. Esta pode ter sido uma limitação da presente pesquisa, pois alguns sujeitos apresentavam os transtornos como comorbidades. Essa divisão, no entanto, se realizada no presente estudo, afastaria a amostra da realidade, pois a heterogeneidade dos transtornos é uma característica dos Centros de Saúde Mental. Enfatiza-se a necessidade de mais pesquisas nesse campo, especialmente em relação à população masculina.

Com a presente pesquisa, percebe-se que a queixa de tontura na população psiquiátrica acaba sendo desvalorizada, uma vez que o transtorno psiquiátrico é um acometimento grave e que acaba depreciando a importância das demais queixas. Considerando a complexidade da população psiquiátrica e o frequente uso de medicamentos por parte destes sujeitos, a opção de uma intervenção não medicamentosa – como a reabilitação vestibular – poderia melhorar a qualidade de vida desses pacientes minimizando o sintoma da tontura, o que já seria um importante benefício.

Conclusão

O presente estudo conclui que há uma elevada prevalência de tontura na população psiquiátrica pesquisada. Além disso, há maior impacto do sintoma de tontura em sujeitos que fazem uso de fármacos para bipolaridade e mania, quando comparados aos que fazem uso de outras medicações. Foi verificada associação significativa entre sintomas de vertigem e o transtorno depressivo.

Referências

1. Bisdorff A, Von Brevern M, Lempert T, Newman-Toker DE. Classification of vestibular symptoms: Towards an international classification of vestibular disorders. *Journal of Vestibular Research*. 2009;19(1,2):1–13.
2. Mano, P. Abordagem e complicações medicamentosas na tontura. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2015;14(1);37–41.
3. Bittar RSM, Lins EMD von S. Clinical characteristics of patients with persistent postural-perceptual dizziness. *Brazilian Journal of otorhinolaryngology*. 2015May;81(3):276–82.
4. 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. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2004Jul;70(4):512–515.
5. Sardinha A, Melo-Neto VL, Falcone EMO, Nardi AE. Phobic postural vertigo: a cognitive-behavior approach. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2009Mar;67(1):123–124.
6. Strupp M, Długaiczek J, Ertl-Wagner B, Rujescu D, Westhofen M, Dieterich M. Vestibular Disorders. Diagnosis, New Classification and Treatment. *Deutsches Ärzteblatt*. 2020Apr; 117(17): 300–310.
7. Brandt T. [Internet]. Phobic Postural Vertigo. *Neurology.org*. 1996Jun 1;46(6):1515–1519. [cited 2023 Ago 15]. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1212/WNL.46.6.1515>.
8. Gurgel JDC, Costa KVT, Cutini FN, Sarmiento Júnior KMA, Mezzasalma MA, Cavalcanti HVR. Dizziness associated with panic disorder and agoraphobia:

- case report and literature review. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2007Aug 1;73:569–72.
9. Freud S, Zwicker RUC, Paulo E. *O Futuro de uma Ilusão*. 1ª ed. Porto Alegre: L&PM Pocket; 2010Fev; 17v.
10. Lima CL, Cutolo MB, Betoni PV, Paulino C. Queixas Psicológicas Relacionadas com as Disfunções Vestibulares em Pacientes Atendidos em um Ambulatório de Reabilitação Vestibular. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*. 2016;7(2)37.
11. Silva SN, Lima MG, Ruas CM. Uso de medicamentos nos Centros de Atenção Psicossocial: análise das prescrições e perfil dos usuários em diferentes modalidades do serviço. *Ciência & Saúde coletiva*. 2020Jul;25(7):2871–2882.
12. Whalen K, Finkel R, Panavelil TA. *Farmacologia Ilustrada* 6ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2016.121-157p.
13. Pimentel BN, Santos FVAV. Ocorrência de condições psiquiátricas, uso de psicotrópicos e sua relação com o equilíbrio postural em sujeitos com tontura. *CoDAS*. 2019;31(3):e20180111.
14. Castro ASO de, Gazzola JM, Natour J, Ganança FF. Versão brasileira do Dizziness Handicap Inventory. *Pró-Fono Revista Atualização Científica*. 2007Jan;19(1):97–104.
15. Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Ministério da Saúde. [cited 2023 Jul 10]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/Resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
16. Whitney SL, Wrisley DM, Brown KE, Furman JM. Is Perception of Handicap Related to Functional Performance in Persons with Vestibular Dysfunction?

Otology & Neurotology. 2004 Mar;25(2):139–43.

17. Crippa, JAS. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM -5 -TR. 5, texto revisado. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed. 2022.
18. Castro TPPG, Tenório YCA, Castro MTPG. Tontura e Zumbido em Pacientes com Transtorno de Ansiedade e/ou Depressivo Maior. Revista Equilíbrio Corporal e Saúde. 2017/2018;9(10):39-42.
19. Marucci, FAF. [Internet]. Ciclo Vital. Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Depto, de Neurociências e Ciências do Comportamento. [cited 2023 Jul 12]. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5252507/mod_resource/content/1/Aula%20-%20Ciclo%20Vital.pdf.
20. Ciríaco JGM, Alexandre PL, Pereira CB, Wang YP, Scaff M. Vertigem postural fóbica: aspectos clínicos e evolutivos. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 2004Sep;62(3a):669–73.
21. Martins TF, Mancini PC, Souza LM, Santos JN. Prevalence of dizziness in the population of Minas Gerais, Brazil, and its association with demographic and socioeconomic characteristics and health status. Brazilian Journal of otorhinolaryngology. 2017Jan;83(1):29–37.
22. Costa RP, Bezerra LJR, Neto DGF, Barboza TA. O atendimento ao paciente com transtorno mental na APS: realidade possível. In: Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade; 2013 Mai 29 - Jun 6; Belém. 13: 2236-9430.

23. Roman G, Werlang MC. O uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. *Revista Da Graduação*. 2011;(1):4.
24. Bittar RSM, Oiticica J, Bottino MA, Ganança FF, Dimitrov R. Estudo epidemiológico populacional da prevalência de tontura na cidade de São Paulo. *Braz journal otorhinolaryngology*. 2013Nov;79(6):688–98.
25. Ferreira LS dos S, Pereira CB, Rossini S, Kanashiro AMK, Adda CC, Scaff M. Psychological assessment in patients with phobic postural vertigo. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2010Apr;68(2):224–7.
26. Prieto Rivera JA, Lora, JG, Guzmán JE, Polanía, Jácome EAI. Phobic vertigo: a silent pathology. *Acta de otorrinolaringología cirugía de cabeza y cuello*. 2014; 42 (1); 44–48.
27. Organização Pan-Americana da Saúde. [Internet]. Organização Mundial da Saúde. Depressão. [cited 2023 Oct 22] Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>.
28. Horita JKHA. Lítio e sua utilização terapêutica no transtorno bipolar [tese]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Farmácia. 2013.
29. Antunes LLS, Oliveira, VM. [Internet]. Repositório Anima Educação. A produção de sentido sobre o trabalho de portadores de esquizofrenia. [cited 2023 Oct 30]. 2019. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/10457/4/A%20produ%C3%A7%C3%A3o%20de%20sentido%20sobre%20o%20trabalho%20de%20portadores%20de%20esquizofrenia.pdf>.

TABELAS E FIGURAS

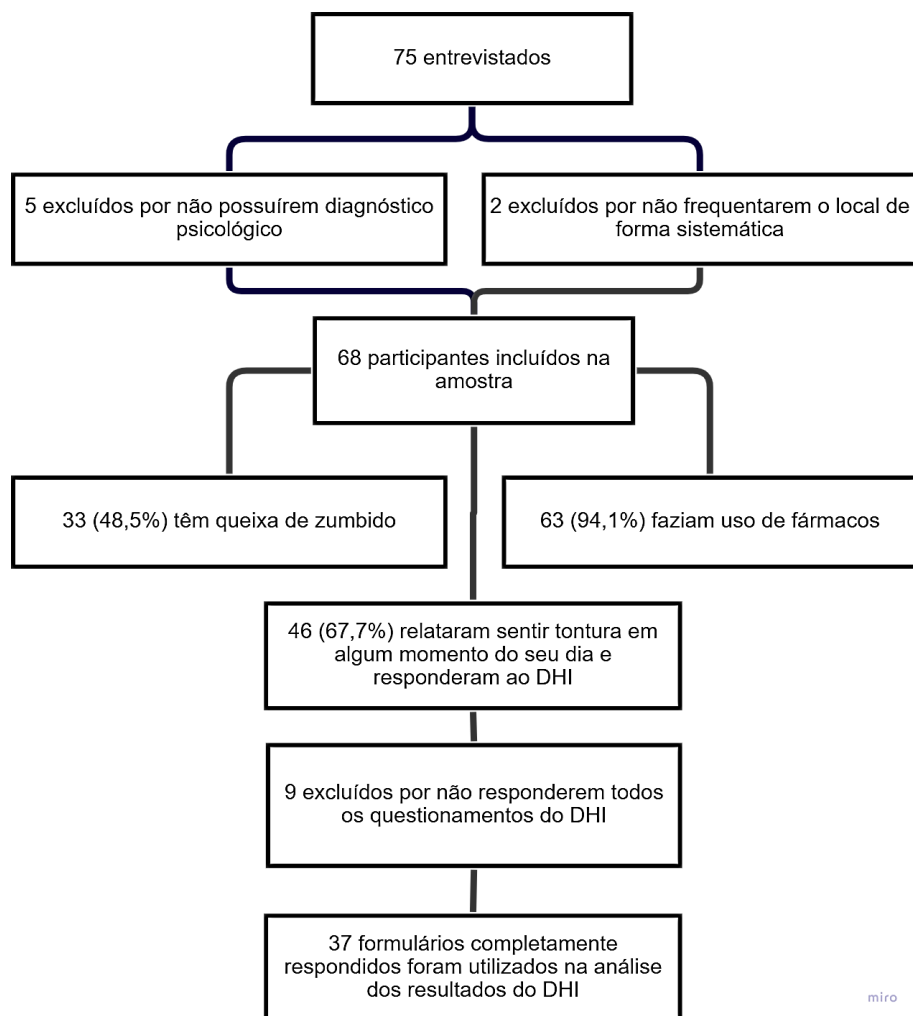
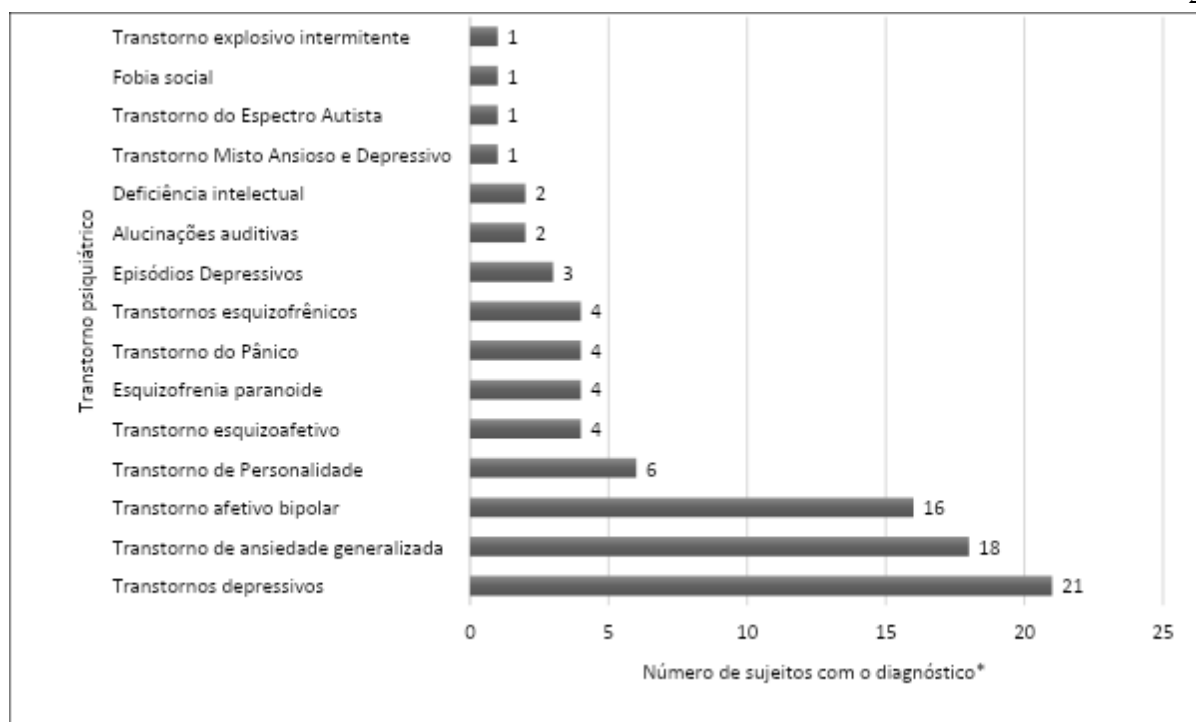
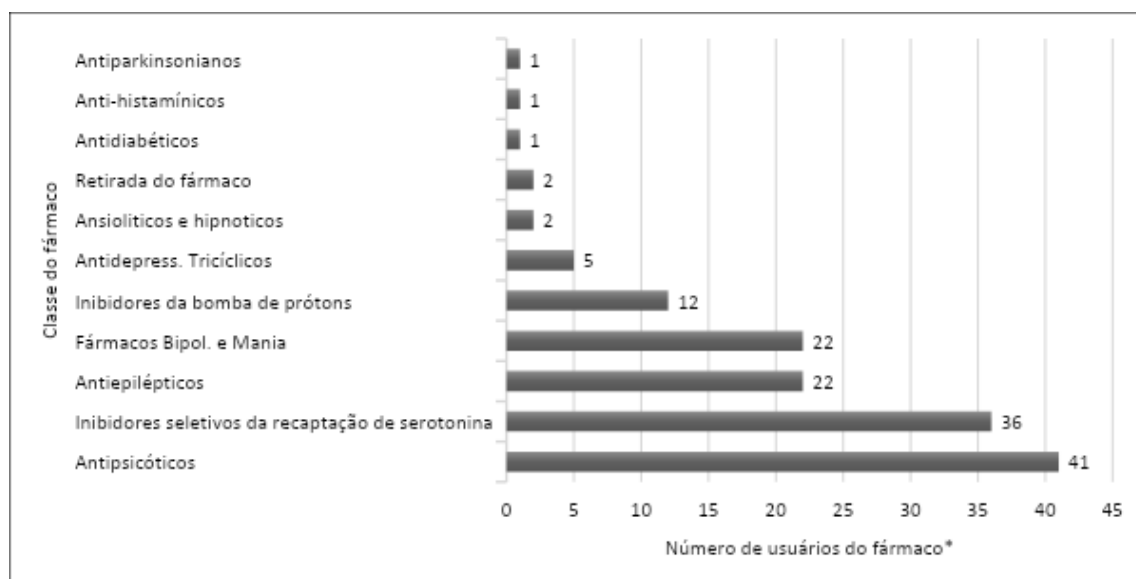


Figura 1. Fluxograma de aplicação dos critérios de inclusão e exclusão da amostra.



*alguns sujeitos possuem dois ou mais diagnósticos.

Figura 2. Prevalência dos transtornos psiquiátricos na amostra (n=68)



*alguns sujeitos fazem uso de dois ou mais fármacos.

Figura 3. Prevalência do uso de cada classe de fármaco (n=63)

Categorias		n	%
Faixa etária	Adulto jovem (<40 anos)	38	55,9
	Adulto maduro (40-59 anos)	25	36,8
	Idoso (\geq 60 anos)	5	7,4
Sexo biológico	Feminino	52	76,5
	Masculino	16	23,5
Etnia (autodeclarada)	Branca	47	69,1
	Preta	5	7,4
	Parda	15	22,1
	Amarela	1	1,5
Sente tontura em algum momento do dia	Sim	31	45,6
	Às vezes	15	22,1
	Não	22	32,4
Faz uso de fármacos	Sim	64	94,1
	Não	4	5,9

Tabela 1. Caracterização da amostra, prevalência de queixas vestibulares e uso de fármacos. (n=68)

Tabela 2. Associação das queixas auditivas/vestibulares à caracterização da amostra e classe de fármaco em uso. (n=68)

Variáveis		Total	Queixa de tontura		p-valor
		n	n	%	
Faixa etária	Adulto jovem (<40)	38	24	63,2	0,254
	Adulto maduro (40-59)	25	17	68,0	
	Idoso (>=60)	5	5	100,0	
Sexo biológico	Feminino	52	35	67,3	0,914
	Masculino	16	11	68,8	
Uso de fármacos	Sim	64	44	68,8	0,590
	Não	4	2	50,0	
Classes de fármacos					
Antiepilépticos	Sim	22	14	63,6	0,564
	Não	41	29	70,7	
Antipsicóticos	Sim	41	28	68,3	0,993
	Não	22	15	68,2	
Inibidores Seletivos de	Sim	36	25	69,4	0,815
Recaptação de Serotonina	Não	27	18	66,7	
Fármacos para Bipolaridade e	Sim	22	18	81,8	0,090
Mania	Não	41	25	61,0	
Ansiolíticos e hipnóticos	Sim	2	1	50,0	0,538
	Não	61	42	68,9	
Antidepressivos. Tricíclicos	Sim	5	4	80,0	1,000
	Não	58	39	67,2	

Teste Qui-Quadrado/Exato de Fisher com nível de significância de $p \leq 0,05$.

Tabela 3. Associação das queixas vestibulares à categoria de transtorno psiquiátrico. (n=68)

Categoria de transtorno psiquiátrico		Total		Queixa de tontura		p-valor
		n	n	%		
Transtorno de ansiedade generalizada	Sim	18	15	83,3	0,097	
	Não	50	31	62,0		
Transtornos depressivos	Sim	21	18	85,7	0,033	
	Não	47	28	59,6		
Transtorno afetivo bipolar	Sim	16	9	56,3	0,265	
	Não	52	37	71,2		
Alucinações auditivas	Sim	2	2	100,0	1,000	
	Não	66	44	66,7		
Transtorno esquizoafetivo	Sim	4	3	75,0	1,000	
	Não	64	43	67,2		
Transtorno Misto Ansioso e Depressivo	Sim	1	1	100,0	1,000	
	Não	67	45	67,2		
Transtorno de Personalidade	Sim	6	3	50,0	0,380	
	Não	62	43	69,4		
Transtorno do Espectro Autista	Sim	1	0	0,0	0,324	
	Não	67	46	68,7		
Deficiência intelectual	Sim	2	2	100,0	1,000	
	Não	66	44	66,7		
Fobia social	Sim	1	1	100,0	1,000	
	Não	67	45	67,2		
Transtorno explosivo intermitente	Sim	1	0	0,0	0,324	
	Não	67	46	68,7		
Esquizofrenia paranoide	Sim	4	3	75,0	1,000	
	Não	64	43	67,2		
Episódios Depressivos	Sim	3	0	0,0	0,031	
	Não	65	46	70,8		
Transtorno do Pânico	Sim	4	4	100,0	0,296	
	Não	64	42	65,6		
Transtornos esquizofrênicos	Sim	4	2	50,0	0,590	
	Não	64	44	68,8		

Teste Qui-Quadrado/Exato de Fisher com nível de significância de $p \leq 0,05$.

Tabela 4. Associação do grau de *handicap* no DHI à caracterização da amostra, classe de fármaco em uso e categoria de transtorno psiquiátrico. (n=37)

Variáveis	Grau de Handicap (DHI-BV)	Total	Leve		Moderado		Grave		p-valor
		n	n	%	n	%	n	%	
Faixa Etária	Adulto jovem (<40)	20	4	20,0	5	25,0	11	55,0	0,862
	Adulto maduro (40-59)	13	1	7,7	3	23,1	9	69,2	
	Idoso (>=60)	4	1	25,0	1	25,0	2	50,0	
Sexo biológico	Feminino	31	5	16,1	7	22,6	19	61,3	0,840
	Masculino	6	1	16,7	2	33,3	3	50,0	
Uso de fármacos	Sim	35	5	14,3	9	25,7	21	60,0	0,362
	Não	2	1	50,0	0	0,0	1	50,0	
Classe de fármacos									
Antiepilépticos	Sim	11	2	18,2	4	36,4	5	45,5	0,541
	Não	23	3	13,0	5	21,7	15	65,2	
Antipsicóticos	Sim	22	4	18,2	3	13,6	15	68,2	0,070
	Não	12	1	8,3	6	50,0	5	41,7	
ISRS	Sim	18	2	11,1	6	33,3	10	55,6	0,581
	Não	16	3	18,8	3	18,8	10	62,5	
Fármacos para Bipolaridade e Mania	Sim	16	1	6,3	2	12,5	13	81,3	0,043
Ansiolíticos e hipnóticos	Não	18	4	22,2	7	38,9	7	38,9	0,239
	Sim	1	0	0,0	1	100,0	0	0,0	
Antidepress. Tricíclicos	Sim	3	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0,749
	Não	31	5	16,1	8	25,8	18	58,1	
Categoria de Transtornos									
Transtorno de ansiedade generalizada	Sim	11	1	9,1	1	9,1	9	81,8	0,192
	Não	26	5	19,2	8	30,8	13	50,0	
Transtornos depressivos	Sim	13	2	15,4	3	23,1	8	61,5	0,982
	Não	24	4	16,7	6	25,0	14	58,3	
Transtorno afetivo bipolar	Sim	8	2	25,0	1	12,5	5	62,5	0,580
	Não	29	4	13,8	8	27,6	17	58,6	
Alucinações auditivas	Sim	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0,486
	Não	35	6	17,1	9	25,7	20	57,1	
Transtorno esquizoafetivo	Sim	3	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0,085
	Não	34	5	14,7	7	20,6	22	64,7	

Transtorno Misto Ansioso e	Sim	1	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0,202	³¹
Depressivo	Não	36	6	16,7	8	22,2	22	61,1		
Transtorno de Personalidade	Sim	3	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0,191	
	Não	34	6	17,6	7	20,6	21	61,8		
Deficiência intelectual	Sim	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0,704	
	Não	36	6	16,7	9	25,0	21	58,3		
Esquizofrenia paranoide	Sim	3	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0,043	
	Não	34	4	11,8	9	26,5	21	61,8		
Transtorno do Pânico	Sim	4	1	25,0	0	0,0	3	75,0	0,476	
	Não	33	5	15,2	9	27,3	19	57,6		

Teste Qui-Quadrado/Exato de Fisher com nível de significância de $p \leq 0,05$

Anexo 1. DHI-BV

01. Olhar para cima piora a sua tontura?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
02. Você se sente frustrado(a) devido a sua tontura?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
03. Você restringe suas viagens de trabalho ou lazer por causa da tontura?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
04. Andar pelo corredor de um supermercado piora a sua tontura?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
05. Devido a sua tontura, você tem dificuldade ao deitar-se ou levantar-se da cama?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
06. Sua tontura restringe significativamente sua participação em atividades sociais tais como: sair para jantar, ir ao cinema, dançar ou ir a festas?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
07. Devido a sua tontura, você tem dificuldade para ler?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
08. Sua tontura piora quando você realiza atividades mais difíceis como esportes, dançar, trabalhar em atividades domésticas tais como varrer e guardar a louça?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
09. Devido a sua tontura, você tem medo de sair de casa sem ter alguém que o acompanhe?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
10. Devido a sua tontura, você se sente envergonhado na presença de outras pessoas?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
11. Movimentos rápidos da sua cabeça pioram a sua tontura?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
12. Devido a sua tontura, você evita lugares altos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
13. Virar-se na cama piora a sua tontura?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
14. Devido a sua tontura, é difícil para você realizar trabalhos domésticos pesados ou cuidar do quintal?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
15. Por causa da sua tontura, você teme que as pessoas achem que você está drogado(a) ou bêbado(a)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
16. Devido a sua tontura é difícil para você sair para caminhar sem ajuda?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
17. Caminhar na calçada piora a sua tontura?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
18. Devido a sua tontura, é difícil para você se concentrar?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
19. Devido a sua tontura, é difícil para você andar pela casa no escuro?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
20. Devido a sua tontura, você tem medo de ficar em casa sozinho(a)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
21. Devido a sua tontura, você se sente incapacitado?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
22. Sua tontura prejudica suas relações com membros de sua família ou amigos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
23. Devido a sua tontura, você está deprimido?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
24. Sua tontura interfere em seu trabalho ou responsabilidades em casa?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes
25. Inclinar-se piora a sua tontura?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> às vezes

Legenda: aspectos físicos - questões 01, 04, 08, 11, 13, 17 e 25; aspectos funcionais - questões 03, 05, 06, 07, 12, 14, 16, 19 e 24; aspectos emocionais - questões 02, 09, 10, 15, 18, 20, 21, 22 e 23. A cada resposta sim - 04 pontos; às vezes - 02 pontos; não - 00 pontos. O escore final é a somatória dos pontos obtidos em todos os aspectos.