

Prevalência de queixas vestibulares em pacientes psiquiátricos de uma cidade da Região Metropolitana de Porto Alegre

Prevalence of vestibular complaints in psychiatric patients of mental health centers in the metropolitan region of Porto Alegre

Anghelis Silveira dos Santos¹ , Augusto Astolfi Basile² , Morgana Scheffer³ ,
Cristina Loureiro Chaves Soldera¹ 

RESUMO

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. **Métodos:** Os dados foram coletados na instituição, por meio de um formulário composto por uma breve anamnese, e pelo *Dizziness Handicap Inventory - Brazilian Version*. **Resultados:** A maior parte da amostra foi composta por adultos jovens (55,9%) e do gênero feminino (76,5%). A presença de tontura em algum momento do dia (sempre ou às vezes) acometia 67,7% dos sujeitos da amostra. A grande maioria fazia uso de fármacos psiquiátricos (94,1%). **Conclusão:** Existe uma elevada prevalência de tontura na população psiquiátrica pesquisada, sendo verificado maior impacto do sintoma em sujeitos que fazem uso de fármacos para bipolaridade e mania e em sujeitos diagnosticados com transtorno depressivo. Com relação à associação das queixas vestibulares à categoria de transtorno psiquiátrico, constata-se associação significativa entre queixa de tontura e transtornos depressivos ($p=0,033$) e ausência de queixa de tontura e episódios depressivos ($p=0,031$).

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Neurologia; Transtornos mentais; Ansiedade; Depressão; Transtornos do humor; Tontura; Psicotrópicos

ABSTRACT

Purpose: To 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. **Methods:** The data were collected in the institution by a questionnaire, which contained a brief anamnesis and the “Dizziness Handicap Inventory - Brazilian Version”. **Results:** The major part of the sample was composed by young adults (55.9%) and 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 a high prevalence of dizziness in the researched psychiatric population, the major impact being in subjects who use bipolar and mania pharmacal and subjects diagnosed with depressive disorder. As to association between vestibular complaints and psychiatric disorders, a significant association between dizziness and depressive disorders ($p=0.033$) and the absence of dizziness complaints and depressive episodes ($p=0.031$) was found.

Keywords: Speech and hearing therapy; Neuro-otology; Mental disorders; Anxiousness; Depression; Humor disorders; Dizziness; Psychotropics

Trabalho realizado na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA – Porto Alegre (RS), Brasil.

¹Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA – Porto Alegre (RS), Brasil.

²Universidade Federal de Pelotas – UFPel – Pelotas (RS), Brasil.

³Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – ISCMPA – Porto Alegre (RS), Brasil.

Conflito de interesses: Não.

Contribuição dos autores: ASS participou da idealização do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo; AAB participou da coleta e interpretação dos dados; MS participou, na condição de coorientadora, da interpretação dos dados e correção do artigo; CLCS participou, na condição de orientadora, da idealização do estudo, análise, interpretação dos dados e redação do artigo.

Financiamento: Nada a declarar.

Autor correspondente: Anghelis Silveira dos Santos. E-mail: anghelissilveira@gmail.com

Recebido: Fevereiro 19, 2024; **Aceito:** Junho 19, 2024

INTRODUÇÃO

As desordens psiquiátricas parecem ter um papel importante no curso das questões vestibulares, sendo foco de estudos desde antes do século XIX e estando presentes em 20% a 50% dos casos de tontura idiopática^(1,2). 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 freudiana da angústia^(3,4). A otoneuropsicologia considera a tontura como uma das principais manifestações da angústia e como seu equivalente somático⁽⁵⁾.

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 desses medicamentos. 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⁽⁶⁾.

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⁽⁷⁾.

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)⁽⁸⁾. Esse 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 na população e à frequente associação desses sintomas aos distúrbios psiquiátricos⁽⁸⁾, 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.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal realizado em um centro de saúde mental de uma cidade da Região Metropolitana de Porto Alegre e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição, sob parecer nº 5.935.882.

Os usuários do serviço foram interpelados 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, os que concordaram receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura, que incluiu a permissão do uso de dados dos registros do serviço, para obtenção de informação a respeito do diagnóstico de transtornos psiquiátricos e medicações. Para os sujeitos analfabetos que quiseram participar, foi realizada 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⁽⁹⁾.

Após a anamnese, os respondentes foram questionados se sentiam tontura em algum momento do dia. Para aqueles que apresentaram resposta afirmativa, foi aplicado o questionário DHI-BV⁽¹⁰⁾, que avalia o grau de *handicap* relacionado à tontura, com duração aproximada de dez minutos. O instrumento é composto por 25 questões⁽⁸⁾. Cada um dos itens tem três opções de resposta: “sim”, “às vezes” e “não”, que têm como pontuação 4, 2 e 0, respectivamente. O escore total possível do DHI-BV varia de 0 (sem *handicap*) a 100 (*handicap* máximo). Quanto maior o escore, maior o grau de *handicap* percebido. Os escores do DHI-BV 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⁽¹¹⁾.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os gêneros, que estivessem em acompanhamento, tratamento, ou que tivessem estado em atendimento no local de realização da pesquisa. Os critérios de exclusão incluíram os sujeitos que fizeram uma única sessão de atendimento no centro, ou seja, que não estavam frequentando de forma sistemática o local, e os sujeitos sem diagnóstico estabelecido como do tipo de transtorno mental de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR)⁽¹²⁾. Para fins de análise de dados, a amostra foi dividida em três faixas etárias: A (18 a 39 anos), B (40 a 59 anos) e C (60 anos e mais)⁽¹³⁾.

Os questionários foram lidos pela pesquisadora, respondidos oralmente pelos entrevistados, 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 Unidade Básica de Saúde (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. Os 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 $\leq 0,05$.

O cálculo amostral foi estimado para encontrar uma proporção de tontura de 62,96% em pacientes psiquiátricos⁽¹⁴⁾. 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.).

RESULTADOS

Na presente pesquisa, foram coletadas as respostas de 75 sujeitos, sendo a amostra final estabelecida após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (Figura 1), totalizando 68 sujeitos.

No que se refere à prevalência dos transtornos psiquiátricos diagnosticados nos sujeitos da amostra (Figura 2), o mais prevalente foi o transtorno depressivo (n=21; 30,9%), seguido do transtorno de ansiedade generalizada (n=18; 26,5%). Em relação ao uso

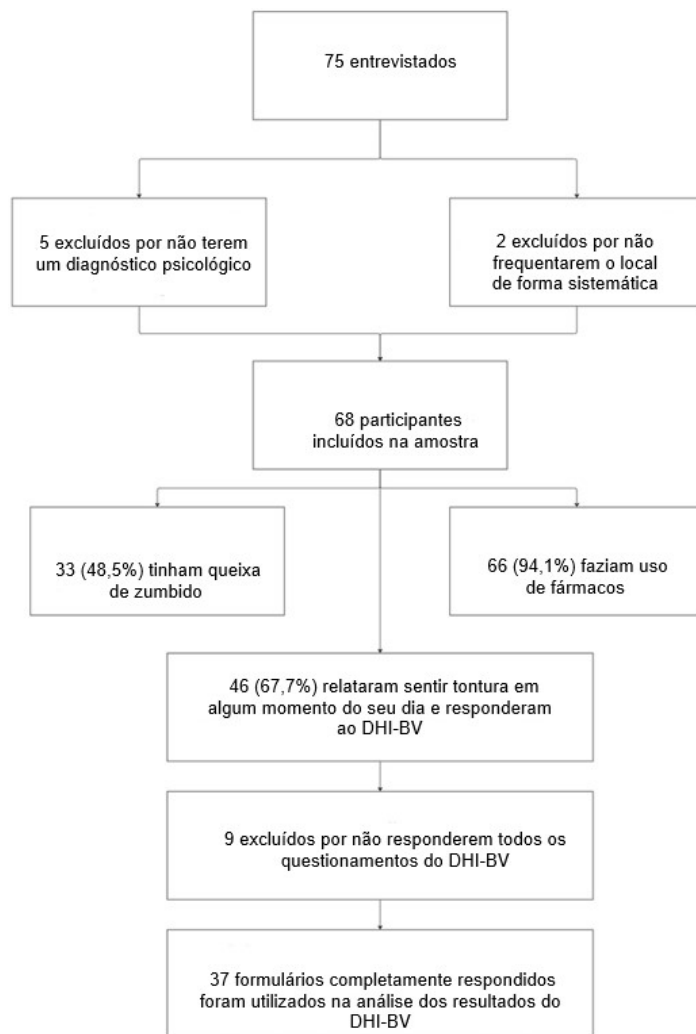


Figura 1. Fluxograma de aplicação dos critérios de inclusão e exclusão da amostra
Legenda: DHI-BV = *Dizziness Handicap Inventory - Brazilian Version*

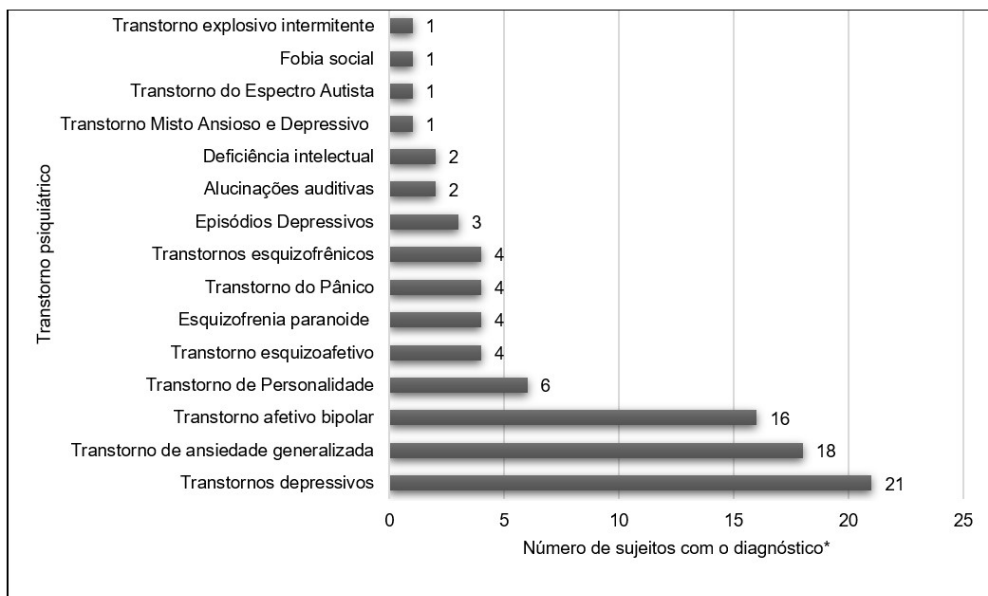


Figura 2. Prevalência dos transtornos psiquiátricos na amostra (n=68)
 *alguns sujeitos possuíam dois ou mais diagnósticos

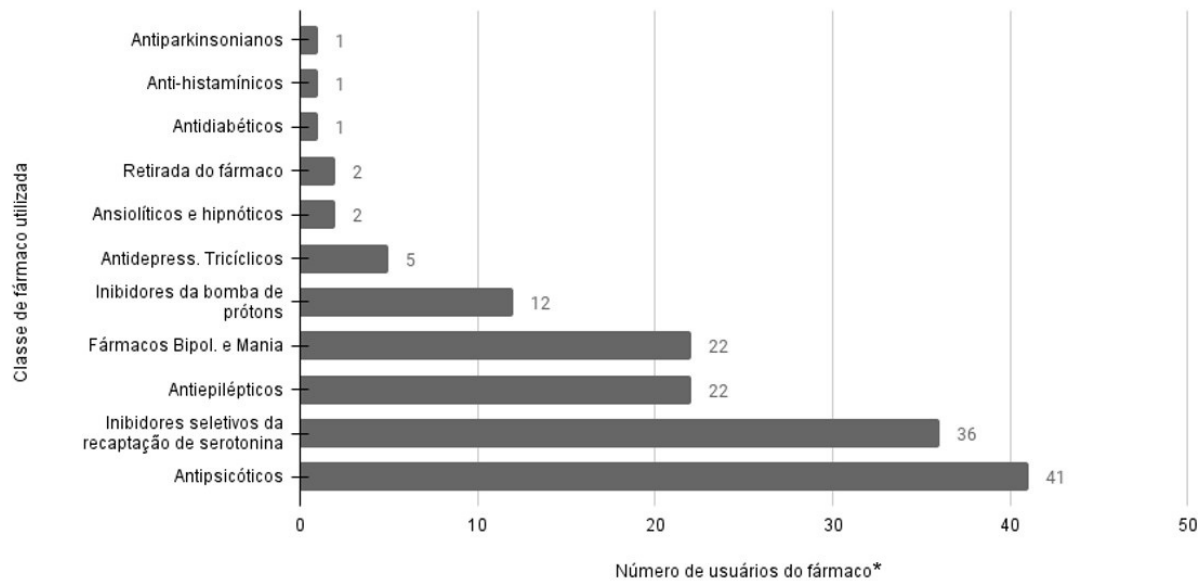


Figura 3. Prevalência do uso de cada classe de fármaco (n=63)

*alguns sujeitos faziam uso de dois ou mais fármacos

Legenda: Antidepress. = antidepressivos; Bipol. = bipolaridade

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

Categorias	n	%	
Faixa etária	Adulto jovem (<40 anos)	38	55,9
	Adulto maduro (40-59 anos)	25	36,8
	Idoso (≥60 anos)	5	7,4
Gênero	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

Legenda: n = número de sujeitos; % = percentual; < = menor que; ≥ = maior ou igual a

de fármacos, as classes mais prevalentes na amostra da presente pesquisa (Figura 3) foram as dos antipsicóticos (n=41; 65,1%) e dos inibidores seletivos de recaptação 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.

A maior parte da amostra foi composta por adultos jovens (55,9%) e a maioria dos sujeitos era do gênero feminino (76,5%). A presença de tontura em algum momento do dia, sempre ou às vezes, acometia 67,7% dos sujeitos da amostra. A grande maioria dos sujeitos fazia uso de fármacos psiquiátricos (94,1%) (Tabela 1).

Quanto à associação das queixas vestibulares à caracterização da amostra e à classe de fármacos em uso (Tabela 2), 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 ao 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 com tipo de fármaco e tipo de transtorno psiquiátrico, foi verificada diferença significativa nos escores dos sujeitos que usavam fármacos para bipolaridade/mania,

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

Variáveis		Total		Queixa de tontura	
		n	n	%	valor de p
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	
Gênero	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 Recaptação de Serotonina	Sim	36	25	69,4	0,815
	Não	27	18	66,7	
Fármacos para Bipolaridade e Mania	Sim	22	18	81,8	0,090
	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 $p \leq 0,05$

Legenda: n = número de sujeitos; % = percentual; < = menor que; > = maior ou igual a

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

Categoria de transtorno psiquiátrico		Total		Queixa de tontura	
		n	n	%	valor de p
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 $p \leq 0,05$

Legenda: n = número de sujeitos; % = percentual

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

Variáveis	Grau de <i>Handicap</i> (DHI-BV)	Total	Leve		Moderado		Grave		valor de p
		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 (>e=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
	Não	18	4	22,2	7	38,9	7	38,9	
Ansiolíticos e hipnóticos	Sim	1	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0,239
	Não	33	5	15,2	8	24,2	20	60,6	
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 Depressivo	Sim	1	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0,202
	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 $p \leq 0,05$

Legenda: DHI-BV = *Dizziness Handicap Inventory - Brazilian Version*; n = número de sujeitos; % = percentual; < = menor que; (>e= maior e igual a; ISRS = inibidores seletivos da recaptção de serotonina; Antidepress. = antidepressivos

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, 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 é uma queixa subdiagnosticada⁽¹⁵⁾. Estudo feito no estado de São Paulo apresentou dados de que 42% da população apresentam tontura, todavia, apenas 46% destes procuram ajuda⁽¹⁶⁾. De forma contrastante, outra análise mais recente, realizada no estado de Minas Gerais, apresentou uma prevalência de apenas 7,4%⁽¹⁷⁾. No presente estudo, a prevalência de queixa de tontura

foi muito superior à encontrada 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.

Considera-se que questões psicológicas podem complicar e interferir nos processos de habituação e adaptação, gerando aumento dos sintomas vestibulares⁽¹⁸⁾. Pesquisas apontam que pacientes com tontura de origem periférica têm maior probabilidade de apresentar depressão e ansiedade⁽¹⁹⁾. Os resultados da presente pesquisa vão ao encontro dos achados na literatura, uma vez que, dentre os transtornos psiquiátricos, o mais prevalente dentro da Atenção Primária em Saúde (APS) foi o transtorno depressivo (31,4%), que atingiu 30,9% da amostra, seguido pelo transtorno de ansiedade (18,1%), que foi diagnosticado em 26,5% dos sujeitos⁽²⁰⁾.

Quanto aos fármacos, de acordo com a literatura⁽²¹⁾, a categoria mais utilizada na APS é a dos ansiolíticos, especificamente os benzodiazepínicos, seguidos dos antidepressivos. Os resultados da presente pesquisa diferenciaram-se, uma vez que os fármacos mais utilizados foram os antipsicóticos e, somente em seguida, aparecem os inibidores seletivos de recaptação de serotonina.

A prevalência de tontura de origem vestibular apresentou uma frequência três vezes maior em idosos do que em adultos jovens⁽²²⁾. Todos os sujeitos idosos da pesquisa apresentaram tontura. Os estudos encontrados apresentaram resultados conflituosos sobre a proporção de ocorrência das vertigens psicogênicas de acordo com o gênero. Alguns autores referem uma prevalência maior no gênero feminino, porém, 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^(16,23,24). Foi observada, 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 dessa relação⁽⁷⁾. 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 o sintoma os deixou incapacitados e desmotivados, levantando a possibilidade de a tontura ter sido uma das causas ou agravantes da depressão. De acordo com pesquisadores⁽⁵⁾, alguns sintomas psicológicos podem ser causa, consequência ou coexistirem com as crises de tontura.

Episódios depressivos podem acontecer na vida dos indivíduos sem que se enquadrem no diagnóstico do transtorno depressivo. Para que esses episódios passem a ser considerados um transtorno, é necessário que o sujeito tenha passado por dois ou mais episódios depressivos⁽²⁵⁾. 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 a bipolaridade e a 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 paraféitos do uso de sais de lítio pode maximizar a impressão de tontura, tendo em vista que o medicamento pode ser tóxico para o corpo humano. Já o mecanismo causador do sintoma é pouco elucidado, 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 característica da sua toxicidade^(7,26).

As alterações sensorio-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⁽²⁷⁾. 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, percebeu-se que a queixa de tontura na população psiquiátrica é desvalorizada, uma vez que o transtorno psiquiátrico é um acometimento grave e que deprecia a importância das demais queixas. Considerando a complexidade da população psiquiátrica e o frequente uso de medicamentos por parte desses sujeitos, a opção de uma intervenção não medicamentosa – como a reabilitação vestibular – poderia melhorar a qualidade de vida dos pacientes, minimizando o sintoma da tontura, o que já seria um importante benefício.

CONCLUSÃO

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. Constata-se associação significativa entre sintomas de tontura e o transtorno depressivo.

REFERÊNCIAS

1. Brandt T. Phobic postural vertigo. *Neurology*. 1996;46(6):1515-9. <http://doi.org/10.1212/WNL.46.6.1515>. PMID:8649539.
2. Gurgel JDC, Costa KVT, Cutini FN, Sarmiento KMA Jr, Mezzasalma MA, Cavalcanti HVR. Dizziness associated with panic disorder and agoraphobia: case report and literature review. *Rev Bras Otorrinolaringol*.

- 2007;73(4):569-72. <http://doi.org/10.1590/S0034-72992007000400018>. PMID:17923930.
3. Freud S, Zwicker RUC, Paulo E. O futuro de uma ilusão. Porto Alegre: L&PM Pocket; 2010.
 4. Lima CL, Cutolo MB, Betoni PV, Paulino C. Queixas psicológicas relacionadas com as disfunções vestibulares em pacientes atendidos em um ambulatório de reabilitação vestibular. *Rev Eq Corpor Saúde*. 2016;7(2):37. <http://doi.org/10.17921/2176-9524.2015v7n2p37-40>.
 5. 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. <http://doi.org/10.1590/S0034-72992004000400012>.
 6. 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. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(7):2871-82. <http://doi.org/10.1590/1413-81232020257.23102018>. PMID:32667568.
 7. Whalen K, Finkel R, Panavelil TA. Farmacologia ilustrada. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 121-57.
 8. Pimentel BN, Santos VAV Fa. Ocorrência de condições psiquiátricas, uso de psicotrópicos e sua relação com o equilíbrio postural em sujeitos com tontura. *CoDAS*. 2019;31(3):e20180111. <http://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018111>. PMID:31271579.
 9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial da União [Internet]; Brasília; 2016 [citado em 2023 Jul 10]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
 10. de Castro ASO, Gazzola JM, Natour J, Ganança FF. Versão brasileira do Dizziness Handicap Inventory. *Pro Fono*. 2007;19(1):97-104. <http://doi.org/10.1590/S0104-56872007000100011>. PMID:17461352.
 11. Whitney SL, Wrisley DM, Brown KE, Furman JM. Is perception of handicap related to functional performance in persons with vestibular dysfunction? *Otol Neurotol*. 2004;25(2):139-43. <http://doi.org/10.1097/00129492-200403000-00010>. PMID:15021773.
 12. Crippa JAS. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM -5 -TR. 5.ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2022.
 13. Castro TPPG, Tenório YCA, Castro MTPG. Tontura e zumbido em pacientes com transtorno de ansiedade e/ou depressivo maior. *Rev Eq Corpor Saúde*. 2018;9(10):39-42.
 14. Marucci FAF. Ciclo vital [Internet]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2023 [citado em 2023 Jul 12]. Disponível em: https://disciplinas.usp.br/pluginfile.php/5252507/mod_resource/content/1/Aula%20-%20Ciclo%20Vital.pdf
 15. Ciríaco JGM, Alexandre PL, Pereira CB, Wang YP, Scaff M. Vertigem postural fóbica: aspectos clínicos e evolutivos. *Arq Neur Psiq*. 2004;62(3):669-73. <http://doi.org/10.1590/S0004-282X2004000400019>.
 16. Bittar RSM, Lins EMDS. Clinical characteristics of patients with persistent postural-perceptual dizziness. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2015;81(3):276-82. <http://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.08.012>. PMID:25382427.
 17. 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. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2017;83(1):29-37. <http://doi.org/10.1016/j.bjorl.2016.01.015>. PMID:27217009.
 18. Shu Y, Liao N, Fang F, Shi Q, Yan N, Hu Y. The relationship between psychological conditions and recurrence of benign paroxysmal positional vertigo: a retrospective cohort study. *BMC Neurol*. 2023;23(1):137. <http://doi.org/10.1186/s12883-023-03169-8>. PMID:37004007.
 19. Chen X, Wei D, Fang F, Song H, Yin L, Kaijser M, et al. Peripheral vertigo and subsequent risk of depression and anxiety disorders: a prospective cohort study using the UK Biobank. *BMC Med*. 2024 Feb 9;22(1):63. <http://doi.org/10.1186/s12916-023-03179-w>. PMID:38336700.
 20. Costa RP, Bezerra LJR, Figueiredo No DG, Barboza TA. O atendimento ao paciente com transtorno mental na APS: realidade possível. In: Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade; 2013; Belém. Rio de Janeiro: SBMFC; 2013.
 21. Roman G, Werlang MC. O uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. *Rev Grad*. 2011;(1):4.
 22. Bittar RSM, Oiticica J, Bottino MA, Ganança FF, Dimitrov R. Estudo epidemiológico populacional da prevalência de tontura na cidade de São Paulo. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2013;79(6):688-98. <http://doi.org/10.5935/1808-8694.20130127>. PMID:24474479.
 23. Ferreira LSS, Pereira CB, Rossini S, Kanashiro AMK, Adda CC, Scaff M. Psychological assessment in patients with phobic postural vertigo. *Arq. Neur. Psiq*. 2010;68(2):224-7. <http://doi.org/10.1590/S0004-282X2010000200013>. PMID:20464289.
 24. Prieto Rivera JA, Lora JG, Guzmán JE, Polanía Jácome, EA. Phobic vertigo: a silent pathology. *Acta Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2014;42(1):44-8. <http://doi.org/10.37076/acorl.v42i1.135>.
 25. Organização Pan-Americana da Saúde. Depressão [Internet]. 2023 [citado em 2023 Out 22]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>
 26. Horita JKHA. Lítio e sua utilização terapêutica no transtorno bipolar [tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
 27. Antunes LLS, Oliveira VM. A produção de sentido sobre o trabalho de portadores de esquizofrenia [Internet]. Repositório Anima Educação; 2019 [citado em 2023 Out 30]. 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>