

## **PERFIL DOS PACIENTES COM QUEIXA DE ZUMBIDO.** Gabriela Akemi Iwashita, Ana Cláudia Vieira Cardoso, Adriana Ponsoni, Clissa Cristina Faustino Néri, Cristina Costa Santos Fecarotta, Denise Garcia Raimundo – Fonoaudiologia - Fonoaudiologia - Departamento de Fonoaudiologia – Faculdade de Filosofia e Ciências – Campus Marília.

O zumbido foi definido como a percepção consciente de um som que se origina nos ouvidos ou na cabeça do paciente sem a presença de uma fonte externa geradora desse som, podendo ser uni ou bilateral. Geralmente é referido como chiado, apito, barulho de chuveiro, de cachoeira dentre outros modos<sup>7</sup>. Pode ser de forma contínua ou intermitente, mono ou politonal. Pode apresentar-se com origens diversas e de intensidade variável, chegando, em sua forma severa, a ser altamente incapacitante e até mesmo levar um paciente à atitude extrema de tentar suicídio<sup>1</sup>. É denominado de subjetivo quando é percebido apenas pelo paciente, e de objetivo nas vezes em que um observador pode percebê-lo<sup>2</sup>.

O zumbido é considerado um sintoma de acometimento das vias auditivas que pode ter diversas causas como as doenças primariamente otológicas ou outras doenças que afetam o ouvido de modo secundário. O zumbido pode estar associado a perdas auditivas, infecções de ouvido, otosclerose, vertigens, efeito de drogas ototóxicas, complicações odontológicas, alergias, exposição prolongada a ambientes muito ruidosos, alterações neurológicas, psiquiátricas, metabólicas e/ou circulatórias, estresse, depressão, ansiedade, ingestão de drogas, cafeína nicotina e álcool. Por esta razão, não existe um único tratamento que seja eficaz para todos os tipos de zumbido e, em alguns casos, o zumbido não desaparece por completo. Por outro lado, existem muitos tratamentos que diminuem e até eliminam o zumbido. A eficácia do tratamento dependerá da causa do problema (se é identificável ou não, tratável ou não), da resposta individual do paciente àquele tratamento. Com frequência essas causas estão associadas no mesmo indivíduo e nem sempre podem ser satisfatoriamente isoladas. O zumbido pode ser o único ou principal sintoma envolvido em várias doenças que podem comprometer a saúde e o bem estar de muitos indivíduos.

O zumbido é considerado o terceiro pior sintoma para o ser humano, sendo superado apenas pelas dores e tonturas intensas e intratáveis. É um transtorno que produz extremo desconforto, de difícil caracterização e tratamento, e de acordo com sua gravidade pode excluir os acometidos do convívio social.

Quanto aos prejuízos ocasionados por este sintoma, se observa falhas no raciocínio, na memória e na concentração. Essas alterações podem prejudicar as atividades de lazer, o repouso, a comunicação, o ambiente social e doméstico, repercutindo na esfera psíquica, provocando irritação, ansiedade, depressão e insônia e provoca uma morbidade considerável, podendo interferir com o sono, a concentração, o equilíbrio emocional e a vida social do indivíduo (Bento et al., 1997).

Este estudo teve por objetivo caracterizar a incidência dos usuários atendidos no CEES- Centro de Estudos da Educação e da Saúde - Unesp Marília que apresentaram queixa de zumbido.

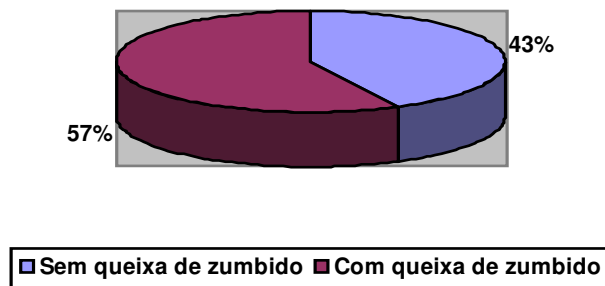
Neste estudo observacional foram analisados retrospectivamente 835 protocolos de anamnese de usuários do CEES (Centro de Estudos da Educação e da Saúde – Unesp/Marília) que realizaram avaliação audiológica nos anos de 2004 e 2005.

Foram analisadas as seguintes variáveis do protocolo audiológico rotineiro:

1. Dos pacientes:
  - 1.1. Sexo
  - 1.2. Idade
2. Das queixas audiológicas apresentadas:
  - 2.1. Presença de zumbido
3. Das características clínicas do zumbido:
  - 3.1. Tipo de zumbido, classificado como grave, agudo ou não soube especificar

De todos os protocolos de anamnese analisados verificamos que a queixa de zumbido esteve presente em 57% dos casos, ou seja, em 480 pacientes. Segundo Bento et al. (1997), aproximadamente

17% da população é afetada pelo zumbido dos quais 15% a 25% apresentam interferência em sua qualidade de vida (QV).



**Gráfico 1 Incidência de zumbido em pacientes submetidos à avaliação audiológica no CEES/Unesp, nos anos de 2004 e 2005.**

A faixa etária com maior incidência foi a partir de 41 anos de idade. Segundo Castagno e Castagno (1985), o zumbido apresenta prevalência elevada, estando presente em 63,3% dos indivíduos acima de 45 anos. Sanchez (2005) refere uma prevalência de 15% na população em geral e 33% nos idosos.

Verificamos ainda que a queixa foi mais freqüente no gênero feminino.

Houve maior incidência de pacientes que caracterizaram o zumbido como do tipo agudo, sendo estes 54% da população analisada. Segundo Dias et al. (2006), os zumbidos podem ser percebidos de várias formas e os achados quanto à sua medida são controversos. Por isso, nenhuma forma de medida padronizada foi incorporada à rotina audiológica. Os únicos pontos em que existe consenso são que os zumbidos caracterizam-se por freqüências similares àquelas onde exista diminuição do limiar auditivo e que sua intensidade também é parecida com o limiar nestas freqüências. A literatura mostra que a gravidade dos zumbidos não é atribuída apenas pela percepção da intensidade, visto que mais de 80% dos queixosos o percebem em intensidades menores que 20dB (nível de um sussurro), enquanto que menos de 5% o referem em intensidades maiores que 40dB. Outros fatores apontados como agravantes do quadro são as sensações referentes ao tipo de som, à constância, à duração e à localização do zumbido.

A partir desse estudo observamos a importância de se caracterizar esta população e tentar esclarecer a sintomatologia destes usuários para orientá-los, na tentativa de minimizar os efeitos do zumbido, buscar a causa e tratá-la, já que não existe um único tratamento que seja eficaz para todos os tipos de zumbido.

#### Referências Bibliográficas

1. HALLAM, R.S.; RACHMAN, S.; HINCHECLIFF, R. Psychological aspects of tinnitus. In Rachman R. (ed). Contributions to Medical Psychology. Oxford: Pergamon Press; 1984. p.31-4.
2. CAVALLARI, Fransérgio E. M. et al . Zumbido em paciente com megadolicobasilar: relato de caso. Rev. Bras. Otorrinolaringol., São Paulo, v. 70, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 Set 2006.
3. FUKUDA, Y. Zumbido: diagnóstico e tratamento. RBM-ORL 1997; 4(2): 39-43.
4. FERREIRA, Paula Érika Alves et al . Tinnitus handicap inventory: adaptação cultural para o Português brasileiro. Pró-Fono R. Atual. Cient., Barueri, v. 17, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 Set 2006.
5. CASTAGNO, L. A.; CASTAGNO, S. Tinnitus: a clinical study. Folha Méd., v. 91, n. 5/6, p. 393-395, 1985.

6. BENTO, R. F.; SANCHES, T. G.; MINITTI, A.; CÂMARA, J. Zumbido: características e epidemiologia. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, v. 63, n. 2, p. 229-238, 1997.
7. ZEIGELBOIM Bianca Simone, JURKIEWICZ Ari Leon, et al. Achados Vestibulococleares em Indivíduos com Zumbido sem Queixa de Tontura. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, v. 9, n. 3, Jul/Set (3º), 2005. Disponível em: <<http://www.arquivosdeorl.org.br>>. Acesso em: 22 Set 2006.
8. SANCHEZ, Tanit Ganz et al. Zumbido em pacientes com audiometria normal: caracterização clínica e repercussões. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, São Paulo, v. 71, n. 4, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 24 Set 2006.
9. DIAS, Adriano; CORDEIRO, Ricardo; CORRENTE, José Eduardo. Incômodo causado pelo zumbido medido pelo Questionário de Gravidade do Zumbido. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 Out 2006.