

CARACTERIZAÇÃO DE QUEIXAS AUDITIVAS. Denise Garcia Raimundo, Ana Cláudia Vieira Cardoso, Gabriela Akemi Iwashita, Isabella Mendes Guieiro, Marcela Galhardo Tegeiro, Tatiane Iosimuta. - Fonoaudiologia - Fonoaudiologia - Departamento de Fonoaudiologia - Faculdade de Filosofia e Ciências - Câmpus de Marília.

Antes de iniciar o processo de avaliação é importante estabelecer um diálogo com o paciente e conhecer sua história. Por meio da anamnese, um clínico habilidoso pode determinar o nível de audição provável, a possível causa da perda auditiva e as prováveis necessidades de reabilitação¹.

Este estudo teve por objetivo caracterizar a frequência das queixas auditivas dos usuários do CEES - Centro de Estudos da Educação e Saúde – Unesp/Marília.

Para realização desse estudo, estagiárias do 4º ano do curso de Fonoaudiologia analisaram 835 protocolos de anamnese de usuários do CEES, que tinham sido encaminhados para avaliação audiológica nos anos de 2004 e 2005.

O protocolo de anamnese audiológica utilizado incluía os seguintes itens:

1. Identificação
2. Queixa
3. Sintomas

Para uma melhor caracterização da população consideramos algumas variáveis fisiológicas tais como: gênero e faixa etária, patologia dos órgãos auditivos, condição de saúde do usuário e zumbido, pois têm se demonstrado que os fatores relacionados influenciam medidas audiométricas².

Ao analisarmos os resultados observamos que houve uma maior incidência de queixa de perda auditiva a partir de 31 anos de idade. Sabe-se que a perda auditiva se inicia por volta dos 30 anos de idade e aumenta constantemente³, progredindo a cada década de vida.

Quanto a variável gênero tivemos uma discreta predominância do sexo feminino.

A queixa disacusia, ou seja, perda auditiva, estava presente em 69% dos protocolos. A perda auditiva é considerada como uma perda na capacidade de ouvir, que pode ser causada por qualquer distúrbio no processo de audição normal, seja qual for sua causa, tipo e intensidade. As perdas auditivas são classificadas quanto ao tipo (condutiva, neurosensorial, mista e central), ao grau (leve, moderado, severo e profundo), ao tempo de aquisição (pré, peri e pós natal) e ao lado (uni ou bilateral).

A queixa zumbido apareceu em 57% dos protocolos. O zumbido, também denominado tinnitus, 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 sonora externa geradora deste som. É considerado um sintoma de acometimento das vias auditivas que pode ter diversas causas, como as doenças primariamente otológicas ou outras doenças que afetem o ouvido de modo secundário (metabólicas, cardiovasculares, neurológicas, psiquiátricas, odontológicas e possivelmente a ingestão de drogas, cafeína, nicotina e álcool)⁴.

A queixa vertigem ou tontura apareceu em 35% dos protocolos. A vertigem ou tontura, são indícios de sintoma de alterações no aparelho vestibular, e podem vir associadas à deficiência auditiva e/ou às alterações metabólicas. As tonturas podem ser rotatórias típicas, mas não é raro encontrar queixas de instabilidade de equilíbrio, flutuação ou sensação de desfalecimento⁵.

A queixa problemas metabólicos esteve presente em 11% dos protocolos. Podemos citar como exemplos de alterações metabólicas: a Diabetes Mellitus, Doença de Menière e a perda auditiva neurosensorial súbita idiopática. As alterações metabólicas caracteristicamente consistem de níveis anormalmente elevados de glicose no sangue com mudanças associadas de proteínas e lipídeos. Na Diabetes Mellitus as anormalidades do sistema auditivo podem incluir atrofia do gânglio espiral, degeneração da bainha de mielina do oitavo nervo, diminuição do número de fibras nervosas na lâmina espiral, e espessamento ou estreitamento das paredes capilares da estria vascular e das pequenas artérias dentro do canal auditivo interno. A perda auditiva geralmente é neurosensorial, bilateral, progressiva, de aparecimento insidioso. Aproximadamente 20% dos pacientes podem vir a queixar-se também de tontura⁶. A doença de Menière é caracterizada por uma série de sintomas: vertigens súbitas, zumbido e perda auditiva. Em geral, na sua fase inicial, a perda auditiva é de caráter flutuante, isto é, pode aparecer nos

momentos de crise vertiginosa desaparecendo após a crise. Com o progresso da doença a perda se torna permanente estando associada a desconforto frente a sons fortes, sensação de oclusão e dificuldade de compreender as palavras. As crises vertiginosas podem ser precedidas de zumbido (*pitch* grave) e acompanhadas de náuseas, vômito e sudorese, ocorrendo com ataques extremamente graves durando minutos ou dias⁷. Sabe-se que a incidência maior desta doença ocorre entre os 30 e 60 anos de idade, com discreta predominância do sexo masculino. A maioria dos casos é unilateral comprometendo tanto a função coclear como vestibular⁸.

A perda auditiva súbita refere-se à ocorrência de uma perda da audição de forma abrupta ou em poucos dias sem ter causa estabelecida. As explicações apontam para etiologias vasculares (espasmos vasculares, trombozes, embolias, hemorragias da orelha interna e hipercoagulação). Em geral, a perda auditiva é unilateral, atingindo tanto homens como mulheres, podendo ocorrer em qualquer idade, porém é mais comum após os 40 anos de idade. Cerca de 70% dos pacientes apresentam zumbido. A vertigem pode estar presente em 40% dos casos⁸.

A queixa hipertensão arterial foi observada em 30% dos protocolos. A hipertensão arterial é o distúrbio vascular mais comum e pode facilitar alterações estruturais do coração e vasos sanguíneos. A pressão elevada no sistema vascular pode resultar em hemorragias na orelha interna, existindo, portanto, associação significativa entre hipertensão arterial e presença de perda auditiva, já que a mesma pode agir como fator de aceleração da degeneração do aparelho auditivo proveniente da idade⁶.

Esse estudo nos permitiu observar que as queixas, por nós analisadas, coexistem com a perda da audição. A partir destes resultados identificamos a necessidade de se implantar um programa de orientações para essa população, enfatizando a importância de se diagnosticar precocemente alterações metabólicas e vasculares na tentativa de minimizar o seu impacto na audição.

Referências Bibliográficas

- 1- WILBER, L.A. Audiometria tonal liminar: via aérea e via óssea. In: MUSIEK, F.E. & RINTELMANN, W.F. *Perspectivas atuais em avaliação audiológica*. Barueri: Editora Manole, 2001. p. 1-20.
- 2- ROESER, R.J. Manual de Consulta Rápida em Audiologia: um guia prático. Revinter Rio de Janeiro. p. 315, 2001.
- 3- HARFORD, E.R.; DODDS, E. Hearing status of ambulatory senior citizens. *Ear and Hearing*, 3, 105-109, 1982.
- 4- SAMELLI, A.G. O que é zumbido? In: _____ *Zumbido: Avaliação, Diagnóstico e Reabilitação*. São Paulo: Lovise, 2004. p. 18-22.
- 5- MARCHIORIL, L. L. M., et al, 2006).
- 6- JERGER, S & JERGER, J. Diabetes Mellitus. In: _____ *Alterações auditivas: um manual para avaliação clínica*. Atheneu.p. 35-39.
- 7- BESS, F.H. & HUMES, L.E. Patologias do Sistema Auditivo. In: _____ *Fundamentos de Audiologia*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 155-195, 1998.
- 8- MOMENSOHN-SANTOS, T.M., BRUNETTO-BORGIANI, L.M., BRASIL, L.A. Caracterização audiológica das principais alterações que acometem o sistema auditivo. In: MOMENSOHN-SANTOS, T.M & RUSSO, I.C.P. *Prática de Audiologia Clínica*. São Paulo: Cortez, 2005.p 311-359.