

Tratamento atual de zumbido

Marco Elisabetsky¹

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

O texto constrói um retrato ao mesmo tempo clínico e humano do zumbido: um sintoma frequente, multifacetado e, muitas vezes, frustrante para pacientes e profissionais. A diversidade de descrições subjetivas evidencia que o zumbido não é apenas “um som”, mas uma experiência sensorial e emocional, capaz de invadir o silêncio, comprometer o sono e deteriorar a atenção. O dado mais duro é a incerteza: a maioria dos casos não tem causa claramente demonstrável, o que desloca o foco do “curar” para o “manejar”, com prudência e realismo. As estatísticas reforçam a dimensão coletiva do problema, enquanto a discussão sobre frequência e tipologias sugere que medir e classificar ajuda a organizar o cuidado, sem reduzir a singularidade do sofrimento. Nos tratamentos, o texto revela um percurso histórico de tentativas: mascaramento, fármacos, biofeedback e eletroestimulação, cada qual oferecendo benefícios parciais e limites concretos, inclusive efeitos adversos. Em última instância, a mensagem é que compreender o zumbido exige integrar corpo, ambiente e mente, e que aliviar pode ser tão valioso quanto explicar. *Observação: este texto constitui uma adaptação moderna e comemorativa, elaborada por ocasião dos 40 anos dos dois primeiros artigos publicados na revista Acústica e Vibrações nº1 em junho de 1985.*

Palavras-chave: zumbido, hipoacusia, poluição sonora, mascaramento, biofeedback.

PACS: 43.64.Wn, 43.66.Dc, 43.50.Qp.

Current treatment for tinnitus

Abstract

The text offers a portrait of tinnitus that is both clinical and deeply human: a frequent symptom, multifaceted in presentation and, in many cases, frustrating for patients and clinicians alike. The wide range of subjective descriptions highlights that tinnitus is not merely “a sound”, but a sensory and emotional experience that can intrude into silence, disrupt sleep, and erode attention. The most sobering point is uncertainty: in most cases, no clearly demonstrable cause is identified, shifting the emphasis from “curing” to “managing” with prudence and realism. The statistics underscore the collective dimension of the problem, while the discussion of frequency ranges and typologies suggests that measurement and classification help structure care without flattening individual suffering. Regarding treatment, the text traces a historical sequence of attempts, including masking, anticonvulsant drugs, biofeedback, and electrical stimulation, each offering partial benefits and concrete limitations, including adverse effects. Ultimately, it argues that understanding tinnitus requires integrating body, environment, and mind, and that relief may be as valuable as explanation. *Note: this text is a modern, commemorative adaptation, written to mark the 40th anniversary of the first two articles published in the journal Acústica e Vibrações (Acoustics and Vibrations Journal) No. 1 in June 1985.*

Keywords: tinnitus, hearing loss, environmental noise, masking, biofeedback.

1. APRESENTAÇÃO CLÍNICA E DESAFIO ETIOLÓGICO

Um dos mais decepcionantes fatos com que se deparam os otorrinolaringologistas nas suas clínicas, diariamente, é a presença de pacientes que se queixam de zumbido nos ouvidos, acompanhado ou não de hipoacusia (perda de audição). No passado, foram tentados inúmeros tratamentos, com resultados aleatórios levando-os a serem paulatinamente abandonados. Infelizmente, o zumbido de causa bem conhecida é responsável por somente 15% dos casos vistos nos consultórios; 85% dos zumbidos não têm causa conhecida, sendo em alguns casos somente suspeitada, sem que disso se tenha qualquer comprovação científica¹.

2. PRINCIPAIS CAUSAS PRODUTORAS DE ZUMBIDO

As principais causas produtoras de zumbido, na atualidade são:

1. Poluição sonora: é a causa que faz o maior número de pacientes. O zumbido é, na realidade, um aviso ao paciente que frequenta locais de ruído intenso, de que seu aparelho auditivo está se ressentindo desse excesso de barulho. Ele desaparecerá se o paciente se afastar desse ambiente, mas tornar-se-á permanente, piorando de intensidade, se o paciente continuar se expondo a ruídos intensos, sem a necessária proteção;
2. Drogas: inúmeras drogas e produtos farmacêuticos já foram identificados em estudos laboratoriais, muito bem feitos, como responsáveis pelo desencadeamento de zumbidos; e
3. Traumatismos cranianos: pancadas na cabeça, principalmente provocadas pelos acidentes de trânsito são, nos últimos anos um dos fatores mais importantes no desencadeamento do zumbido. (O Brasil é o recordista mundial dos acidentes automobilísticos).

¹ Este texto constitui uma adaptação moderna e comemorativa, elaborada por ocasião dos 40 anos dos dois primeiros artigos publicados na revista *Acústica e Vibrações* n.º 1 em junho de 1985 [1].

3. DESCRIÇÃO SUBJETIVA DO SINTOMA

Subjetivamente, o zumbido tem sido descrito das mais variadas maneiras: assobios, grilos, sons de buzinas, ruído de motor de avião a jato ou de caminhão de motor a óleo, ruído de ventanias, de ondas do mar, ruídos estáticos ou pulsáteis, sons de sinos ou musicais, ruídos “triturantes”, sons semelhantes aos de pássaros ou animais, sons de instrumentos de corda, ruídos tonitruantes, etc.

4. ESTATÍSTICAS REPORTADAS

As estatísticas americanas são deveras impressionantes: em 1968 o National Institute of Health constatou a presença de 32 milhões de norte-americanos portadores de zumbido, dos quais 7,2 milhões padeciam de zumbidos inabilitantes (não deixam estudar, não deixam se concentrar, não deixam dormir, etc). A estatística atual é de 40 milhões de portadores de zumbido, dos quais 10 milhões inabilitantes.

5. CLASSIFICAÇÕES E CARACTERIZAÇÃO DO ZUMBIDO

Em relação ao tipo, a estatística de Vernon, do Kresge Hearing Research Laboratory, mostra que 59% dos pacientes referem-se a um zumbido de tipo tonal (geralmente agudo), 25% classificam-no como ruído, e 16% como uma combinação de tom + ruído.

Reed, em 1960, estabeleceu uma classificação para se avaliar a gravidade do zumbido, considerando-o de três (3) tipos:

- a) Leve: não está sempre presente, é percebido de maneira mais intensa nos ambientes tranquilos e é facilmente suportado pelos pacientes.
- b) Moderado: constantemente presente, é percebido de maneira mais intensa nos ambientes tranquilos, e é disruptivo para o paciente, impedindo-o de pensar e dormir.
- c) Grave: muito perturbador, queixando-se os pacientes de que não podem se concentrar, pois estão sempre pensando nele.

6. DISTRIBUIÇÃO EM FREQUÊNCIA

Em relação à frequência, as estatísticas mostram que a maioria dos zumbidos está situada nas

freqüências médias. Vernon, num estudo realizado com 513 pacientes, constatou que 63% deles apresentavam zumbido situado entre 2.000 e 7.000 Hertz, 21% abaixo de 2.000 Hertz, e 16% acima de 7.000 Hertz.

7. TRATAMENTO ATUAL DO ZUMBIDO

São quatro os métodos atualmente usados para o tratamento do zumbido: mascaramento, drogas anti-convulsivantes, biofeedback e eletroestimulação.

Mascaramento: Os pacientes que usam prótese auditiva há muitos anos, afirmam que, com o uso da mesma, o zumbido melhora ou desaparece. Foi Jack Vernon, do Kresge Hearing Research Laboratory que reviveu este método, fazendo construir o mascarador, que é em tudo semelhante a uma prótese auditiva retro-auricular, ficando a intensidade do sinal mascarador sob controle do paciente. A indústria eletrônica está fabricando mascaradores que produzem ruídos de banda estreita, cada vez mais específicos, para os vários tipos de zumbido, identificados nos pacientes. Para os pacientes que apresentam hipoacusia é empregada uma prótese com mascarador.

Drogas anti-convulsivantes: Em 1978 Melding e Goodey, da Nova Zelândia, publicaram um trabalho sobre o efeito da lidocaína (previamente usada no combate à dor) sobre o zumbido de presidiários, que também apresentavam hipoacusia. Passaram a usar drogas anti-convulsivantes, de longa duração e escolheram a fenil hidantoína e a carbamazepina. Num estudo inicial, com 125 pacientes previamente testados com a lidocaína, obtiveram 62% de melhora no grupo I (teste positivo nos dois ouvidos), e 52,8% de melhora no grupo II (teste com melhora parcial pela lidocaína). Retirada a droga, o zumbido voltou após 2 a 3 semanas, na maioria dos pacientes. Sendo uma droga que afeta as funções hepáticas, seu uso tem duração limitada. Foi ensaiada outra droga oral, a tocainida, que também apresentou os mesmos inconvenientes em relação ao fígado.

Biofeedback: Termo definido por uma matemático, Norman Wiener como sendo "... um método para controlar um sistema, reintroduzindo nele os resultados de sua experiência anterior". A informação objetiva do biofeedback, fornece ao indiví-

duo uma série de pistas que lhe permitem correlacionar suas sensações conscientes com seus processos fisiológicos corporais inconscientes. Foi usado por Grossan e House com resultados relativos, fazendo com que os pacientes tivessem uma melhor compreensão dos zumbidos, tornando-os menos inabilitantes.

Eletroestimulação: Conhecida desde a invenção da pilha por Volta (1800), a eletroestimulação foi retomada em algumas experiências esparsas por Hatton e col. (1960) e Aran (Bordeaux). Shulman fabricou um eletroestimulador formado por uma onda portadora (60 kHz) e uma moduladora (200 Hz a 20.000 Hz), com o qual tem obtido melhora dos pacientes em cerca de 50% dos casos.

NOTA (JUNHO DE 1985)

* Marco Elisabetsky é médico assistente da Clínica Otorrinolaringológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a serviço do Prof. Lamartine Paiva e Diretor do Hospital Israelita Albert Einstein.

REFERÊNCIAS

1. ELISABETSKY, Marco. Tratamento atual de zumbido. *Acústica e Vibrações*, v. 1, n. 1, p. 4, 6, jun. 1985. doi: [10.55753/ae.v1e01.311](https://doi.org/10.55753/ae.v1e01.311).

HOMENAGEM A MARCO ELISABETSKY



MARCO Elisabetsky foi médico otorrinolaringologista com atuação destacada em São Paulo-SP, integrando a Clínica Otorrinolaringológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

(FMUSP). É lembrado por sua contribuição à assistência especializada, à formação de profissionais e à organização de instituições médicas de referência no país. Ao longo de sua trajetória universitária, Marco Elisabetsky atuou como médico assistente da Clínica Otorrinolaringológica da FMUSP, no Serviço do Prof. Lamartine Paiva. Nesse contexto, participou ativamente do ensino e das atividades clínicas, contribuindo para

a formação de otorrinolaringologistas em ambiente universitário de alta complexidade.

Um marco de sua contribuição institucional foi a participação ativa no projeto que resultou na construção do Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo-SP. Depoimentos de colegas ressaltam o envolvimento dele nas etapas iniciais do empreendimento, bem como sua atuação posterior como diretor do hospital. Ao longo do tempo, o hospital consolidou-se como referência nacional e internacional em assistência e gestão em saúde, contexto no qual sua colaboração é lembrada com destaque.

Além da atuação assistencial e institucional, Marco Elisabetsky manteve produção científica relevante em Otorrinolaringologia, com especial interesse em zumbido. Em artigo publicado na Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, discutiu o tratamento do zumbido, analisando possibilidades diagnósticas e terapêuticas então disponíveis e sistematizando o conhecimento da época. Sua participação em outros trabalhos da área reforça o engajamento na atualização científica e na difusão de conceitos fundamentais para a prática clínica.

A sua liderança técnico-científica também se expressou em sua atuação em congressos e sociedades médicas. Documentos de época registram sua participação em congressos nacionais de Otorrinolaringologia, inclusive em funções organizacionais em momentos importantes para a consolidação da especialidade no Brasil. Em atividades promovidas por entidades médicas, seu nome aparece associado a conferências e encontros científicos, refletindo reconhecimento profissional e interlocução com temas emergentes, como a medicina do sono.

Falecido em maio de 1995, Marco Elisabetsky deixou um legado que combina solidez acadêmica, compromisso institucional e contribuição técnica duradoura. Os relatos de colegas e registros históricos evidenciam o respeito e a admiração conquistados pela comunidade médica. Sua memória permanece vinculada à prática qualificada da otorrinolaringologia, ao fortalecimento de instituições de saúde e ao compromisso com o ensino e a atualização científica.

– *Texto biográfico por William D’Andrea Fonseca.*