

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS COM QUEIXA  
DE ZUMBIDO.**

Maria Luísa de Oliveira Silveira

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em  
Fonoaudiologia – Ênfase em envelhecimento – sob orientação da  
Profa. Dra. Adriane Ribeiro Teixeira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Porto Alegre, dezembro de 2011

## **DEDICATÓRIA**

**Dedico este trabalho à minha família  
minha luz nas noites mais escuras.**

## SUMÁRIO

	<b>PÁGINA</b>
<b>RESUMO</b>	<b>04</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>05</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>08</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>10</b>
<b>DISCUSSÃO</b>	<b>12</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>13</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>14</b>

## RESUMO

**OBJETIVO:** Identificar sintomas depressivos e a restrição de participação causada pelo zumbido em um grupo de idosos não institucionalizados.

**MÉTODO:** Foram avaliados 12 idosos com queixa primária de zumbido. A identificação dos sintomas depressivos e do impacto do zumbido na vida dos pacientes foi feita por meio da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS) e do *Tinnitus Handicap Inventory* (THI). Todos os pacientes também foram submetidos a audiometria tonal.

**RESULTADOS:** Dos 12 indivíduos testados a maioria dos pacientes (66,66%) apresentaram ausência de sintomas de depressão e os demais (33,33%) depressão leve à moderada. A maior prevalência de sintomatologia depressiva foi identificada nos indivíduos do sexo feminino. Os resultados do THI evidenciaram que, 50% dos indivíduos apresentavam restrição de participação causada pelo zumbido considerada desprezível, 25% dos participantes leve e 25% moderado.

**CONCLUSÃO:** Os resultados mostraram que a maioria dos pacientes idosos com zumbido e problemas relacionados ao processo de envelhecimento, convivem bem com a presença do zumbido, não havendo restrições em suas vidas devido a ele, houve pacientes que apresentaram sintomas depressivos de leve a moderado, mas não sabemos se é o zumbido que piora os sintomas depressivos ou se é o estado de depressão que leva o indivíduo a perceber mais o seu zumbido.

## **INTRODUÇÃO:**

O envelhecimento populacional é um fenômeno demográfico mundial que levou a uma mudança na estrutura etária da população, com aumento do peso relativo das pessoas acima de 60 anos. Como consequência da queda de fecundidade, o processo de envelhecimento populacional brasileiro tem se acentuado.<sup>1</sup>

Isso pode ser exemplificado por um aumento da população idosa no total da população nacional. Até a década de 1960, a população do Brasil era extremamente jovem, em torno de 52% abaixo de 20 anos e menos de 3% acima dos 65anos.<sup>1</sup>

A proporção de habitantes com 60 anos de idade ou mais dobrou entre 1950 e 1991 (de 3,5 para 7,3%), e a proporção daqueles com 65 anos ou mais quase triplicou no mesmo período (1,7 para 4,6%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censos Demográficos 1950- 1991).<sup>2</sup>

Não só o grupo de idosos tem crescido mais do que outros grupos populacionais, como entre os idosos observa-se um aumento do número e da população dos idosos, com mais de 80 anos.<sup>2</sup>

Idoso de acordo com a Lei brasileira de número 8.842, de 4 de janeiro de 1994, idoso é o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos.<sup>1</sup>

Hoje no Brasil, há 18 milhões de idosos, o que corresponde a pouco mais de 10% do total da população. Segundo o IBGE, estima-se que no Brasil, entre 1950 e 2025, a quantidade de idosos aumentará 16 vezes contra cinco vezes da população total.

É muito freqüente a idéia que a depressão ocorre mais nos idosos. Esta premissa não é verdadeira. Embora a depressão seja um dos transtornos mais comuns entre os idosos, não significa que haja uma maior prevalência entre a população de idosos do que entre as outras faixas etárias<sup>3</sup>.

Segundo Lima<sup>4</sup> A depressão se caracteriza por falta de ânimo, perda de interesse ou da capacidade de obter prazer, tristeza intensa, choro fácil, desesperança, alteração no

apetite, com conseqüente alteração no peso para menos ou para mais, insônia ou necessidade de dormir muito, cansaço, perda de energia, irritabilidade, sentimentos de inutilidade ou culpa, diminuição na concentração e pensamentos persistentes sobre morte, desejo de morrer e idéias de suicídio. Pode haver também sensação de mal estar físico, diminuição na produtividade e retraimento social.

O zumbido têm sido associado a problemas psicológicos e psicossomáticos e também à alta prevalência de comorbidades com transtornos psiquiátricos, particularmente ansiedade e depressão<sup>5</sup>.

O zumbido afeta 15% da população em geral e 33% dos idosos<sup>2</sup>. O zumbido é considerado o terceiro pior sintoma para o ser humano, sendo superado apenas pelas dores e tonturas intensas intratáveis<sup>6</sup>.

Há várias definições de zumbido, sendo este freqüentemente citado como uma percepção auditiva descrita pela experiência sonora dentro da orelha ou da cabeça na ausência de estimulação acústica externa<sup>7</sup>.

Segundo Sanchez<sup>8</sup>, a presença de perda auditiva aumenta o risco de o zumbido provocar interferência na concentração e no equilíbrio emocional ou que ela funcione como um cofator destas interferências.

Em estudos realizados com população de idosos, questionários foram aplicados englobando as características do zumbido e a repercussão na vida do paciente<sup>7,8,9,10</sup>.

Nessa população, este é tido como causa da diminuição da inteligibilidade da fala, dificultando seu relacionamento interpessoal. A maioria dos pacientes referiu ainda interferência no sono e no estado emocional, com implicação também na realização das atividades de vida diárias<sup>7,8,9</sup>.

Nardi et al<sup>11</sup> concluíram em seu estudo que a prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes com queixa de zumbido foi bastante elevada e que os transtornos de ansiedade contribuíram em grande parte para esses achados, em especial o transtorno de

pânico, esses resultados ratificam a importância da realização da avaliação psiquiátrica em pacientes com queixa de zumbido.

O objetivo deste estudo é mensurar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes idosos com zumbido e possíveis restrições de participação.

## **MÉTODO**

Este estudo é de delineamento transversal, observacional, descritivo e quantitativo.

A amostra foi composta por 12 indivíduos idosos (idade igual ou superior a 60 anos) de ambos os sexos, com queixa de zumbido e portadores de perda auditiva neurossensorial bilateral.

Os pacientes com queixa primária de zumbido e perda auditiva que procuraram atendimento fonoaudiológico foram convidados a participar da pesquisa.

Poderiam participar do estudo pacientes que atendessem os seguintes critérios: queixa de zumbido, sexo masculino ou feminino e idade igual ou superior a 60 anos e presença de perda auditiva neurossensorial bilateral.

Os critérios de exclusão utilizados foram: pacientes que não se dispusessem a participar da pesquisa ou que não assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido; pacientes portadores de demência ou deficiência mental, ou que fossem incapazes de compreender os objetivos da pesquisa.

Foi realizada avaliação auditiva que consistiu de uma audiometria tonal e vocal (audiometro Beta 6000) realizados em cabine acústica por uma fonoaudióloga.

Para a identificação de sintomas depressivos nessa amostra foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS), desenvolvido em 1982 por J.A. Vesavage e colegas para identificar depressão em idosos. Na pesquisa foi utilizada a versão reduzida (GDS-15) e traduzida para o português.

O GDS é composto por 15 perguntas e solicitasse que o paciente pense na semana anterior à avaliação e assinale sim ou não a cada pergunta. Cada resposta depressiva vale um ponto.



A avaliação da pontuação foi feita da seguinte maneira:

- >Menos de 05 pontos – sugere ausência de depressão;
- >Entre 05 e 10 pontos – sugere depressão leve a moderada;
- >Mais de 10 pontos – sugere depressão grave.

Outro instrumento utilizado foi o Tinnitus Handicap Inventory (THI), versão para a língua portuguesa<sup>12</sup>, que consiste de um questionário auto-aplicável composto por 25 perguntas, cujas respostas são do tipo “sim” (4 pontos), “não” (0 pontos) e “às vezes” (2 pontos), com pontuação mínima de 0 e máxima de 100 pontos. Os escores de interpretação dividido em grupos sendo:

- **(0-6) Desprezível** (Somente percebido em ambientes silenciosos) **GRAU I.**
- **(18-36) Leve** (Facilmente mascarado por ruídos ambientais e facilmente esquecido com as atividades diárias) **GRAU II.**
- **(38-56) Moderado** (Percebido na presença de ruído de fundo embora as atividades diárias ainda possam ser realizadas) **GRAU III.**
- **(58-78) Severo** (Quase sempre percebido, leva a distúrbios nos padrões do sono e pode interferir com as atividades diárias) **GRAU IV.**
- **(78-100) Catastrófico** (Sempre percebido, distúrbios nos padrões do sono, dificuldade para realizar qualquer atividade) **GRAU V.**

O THI tem o objetivo de avaliar o impacto do zumbido na vida do paciente.

A aplicação dos questionários foi feita de forma individual em uma sala de atendimento.

A análise descritiva das variáveis quantitativas, foi realizada por meio da observação do cálculo de médias.

## RESULTADOS

Foram avaliados 12 indivíduos, com média de idade de 70,25 anos. Em relação ao sexo, 66,66% eram do sexo feminino e 33,33% do sexo masculino.

*Tabela 1. Resultados do GDS.*

	<i>n.</i>	<i>%</i>
<i>Ausência de depressão</i>	<i>8</i>	<i>66,66</i>
<i>Depressão leve à Moderada</i>	<i>4</i>	<i>33,33</i>
<i>Depressão grave</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Total</i>	<i>12</i>	<i>100</i>

*Legenda: n=12, valor absoluto %-percentual*

*Tabela 2. Resultados do Tinnitus Handicap Inventory (THI).*

<i>THI (grupos)</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
<i>I (0 -16 pontos)</i>	<i>6</i>	<i>50</i>
<i>II (18 -36 pontos)</i>	<i>3</i>	<i>25</i>
<i>III (38 -56 pontos)</i>	<i>3</i>	<i>25</i>
<i>IV (58 -76 pontos)</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>V (78 -100 pontos)</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>TOTAL</i>	<i>12</i>	<i>100</i>

*Legenda: n=12, valor absoluto %-percentual*

Os dados do GDS estão apresentados na Tabela 1. Dos 12 sujeitos da amostra, 8 (66,66%) apresentaram ausência de sintomatologia depressiva. Os demais apresentaram sintomatologia leve à moderada 4 (33,33%). Nenhum dos sujeitos da pesquisa apresentou sintomatologia grave.

A Tabela 2. mostra os resultados do THI nos pacientes da amostra. 6 participantes (50%), obteve Grau I considerado desprezível, ou seja o zumbido não tem nenhum impacto na vida do paciente e não lhe causa restrições, 3 (25%) apresentaram Grau II considerado leve , os 3 (25%) demais participantes obtiveram Grau III considerado moderado, nenhum dos sujeitos da amostra apresentaram Grau IV severo e Grau V catastrófico.

## DISCUSSÃO

A depressão é uma patologia muito comum na atualidade, especialmente em idosos em um período de pré-aposentadoria, em função da idéia de inutilidade que pode acompanhar este período da vida. A presença de deficiência auditiva pode agravar este quadro, fazendo com que o indivíduo sinta-se distante do mundo com o qual conviveu e para o qual contribuiu ao longo de sua vida produtiva<sup>4</sup>.

Na pesquisa os sintomas de depressão mais freqüentemente encontrados foram: problemas de memória, temor de que algo ruim lhe aconteça, preferência por ficar em casa do que fazer coisas novas e falta de energia.

O incomodo gerado pelo zumbido é multiplicado à deficiência auditiva e a própria idade dos pacientes que são idosos, levando ao isolamento social, alterações no sono, na memória, já comuns nesta idade, são aumentados na presença do zumbido, podendo levar a sintomas depressivos.

O zumbido parece ser um sintoma de alta prevalência na população, o National Institute of Helth<sup>13</sup> estimou, em 1996, que 15% da população norte-americana apresentava o sintoma, percentagem que, extrapolada para a população brasileira atual, resulta em 28 milhões de acometidos.

Além dessa presumível alta prevalência, o zumbido torna-se um problema importante pelo fato de não existirem medidas psicoacústicas objetivas que o avaliem, bem como a variabilidade de suas manifestações<sup>14</sup>.

Os resultados do THI, evidenciou que a maioria sente-se como não pudesse escapar do seu zumbido e que não tem controle sobre seu zumbido, mesmo os pacientes que obtiveram uma pontuação de (0-16) Grau considerado GI desprezível, ou seja, o zumbido não dificulta sua vida.

## CONCLUSÃO

O estudo confirmou que os problemas comuns no processo de envelhecimento como problemas de memória, falta de energia, medo que algo de ruim lhe aconteça e preferência por ficar em casa, não tem relação com o zumbido, a maioria dos pacientes mostrou-se conviver bem com a presença do zumbido, mesmo achando que não tem como eliminá-lo e escapar dele.

Houve presença de sintomas de depressão leve a moderada, nesses casos os pacientes obtiveram uma pontuação pior no THI, mas não sabemos se é o zumbido que piora os sintomas depressivos ou se é o próprio estado de depressão que leva o indivíduo a perceber o seu zumbido de forma mais negativa na sua vida. Esses resultados ratificam a importância de avaliação psiquiátrica em idosos com queixa de zumbido.

## REFERÊNCIAS

1 - **Carvalho JA, Garcia RA.** *O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.* CAD. Saúde Publica. 2003; 19:725-33.

2 - **Santana RLF, Pouchain.GC,Bissi LF.** *A prevalência social e o Censo 2000: perfil dos idosos. Informe de previdência social 2002.*

3 - **Seidmann MD, Jacobson GP.** *Update on tinnitus Otolaryngol Clin North AM.* 1996;29:455-65 *Caput Caracterização do zumbido em idosos e de possíveis transtornos relacionado. Rev. Brasileira de Otorrinolaringologia V.75 no 2 São Paulo mar e abr 2009.*

4 - **L. Lima.** *A velhice como Doença. In: Psiquiatria para o leigo.2 ed. Porto Alegre: Ed.Conceito; 2003. pp 193-199.*

5 - **Sanchez TG, Bento RF, Miniti A, Câmara J.** *Zumbido: características e epidemiologia: experiências do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de SP. Ver. Brás. Otorrinolaringol. 1997;63:229-35.*

6 - **Martinez DP, Waddell A, Perera R. Theodou. M.** *Cognitive behavioural therapy for tinnitus (review). Cochrane Database of Syst Rev 2007;issue 1:1-9.*

7 - **Sanches TG, Medeiros IRT, Levy CPD, Ramalho JR, Bento RF.** *Zumbido em pacientes com audiometria normal: caracterização clínica e repercussões. Rev. Brás. Otorri. 2005; 71(4): 427-31.*

7 - **Zöger S, Svedlung J, Holgers KM.** *Relation ship between tinnitus severity ans psychiatric disorder. Psychosom 2006,47 (4): 282-8.*

**8 - Esteves CC, Brandão FN, Siqueira CGZ, Carvalho SSA.** *Audição, zumbido e qualidade de vida: um estudo piloto. Ver.CEFAC ahead of print Epub 14 out 2011.*

**9 - Pinto PC, Sanchez TG, Toita S.** *Avaliação da relação entre severidade do zumbido e perda auditiva, sexo e idade do paciente. Braz.J Otorhino Laryngol. 2010;76 (1): 18-24*

**10 - Teixeira AR, Nunes MPG, Freitas CR, Gonçalves AK, Teixeira SB.** *Análise da Qualidade de Vida de Idosos com sintomas de zumbido. Arq. Int. Otorrinolaringol. Jan-Fev-Março-2010;14 (1): 54-9.*

**11 - Ferreira LMBM, Ramos JRNA, Mendes EP.** *Caracterização do zumbido em idosos e possíveis transtornos relacionados. Brás. J Otorrinolaryngol. 2009; 75 (2) 24-98.*

**12 - Nardi AE, Mezzasalma MA, Mathias KV.** *Prevalência de transtorno de pânico em pacientes com zumbido. Rev. Psiquiatr. Cli. Vol.38 no.4 São Paulo 2011.*

**13 - National Institute of Health.** *National Strategic research plan: Hearing an hearing in pairment Belhesda: U.S. Department of Healh and Human Services; 1996.*

**14 - A.Dias ; R Cordeiro; JE; Corrente,** *Incômodo causado pelo zumbido medido pelo Questinário de Gravidade do Zumbido. Rev. de Saúde Pública. V 40 n.4 São Paulo ago. 2006.*