



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIA
COGNITIVA E COMPORTAMENTO

AMANDA CÂMARA MIRANDA

**CUIDADO CENTRADO NA PESSOA: TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DE
FERRAMENTAS DE MANEJO E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES
COM QUEIXA DE ZUMBIDO**

JOÃO PESSOA – PB

2020

AMANDA CÂMARA MIRANDA

**CUIDADO CENTRADO NA PESSOA: TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DE
FERRAMENTAS DE MANEJO E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES
COM QUEIXA DE ZUMBIDO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento na Universidade Federal da Paraíba, para obtenção do título de mestre, na linha de pesquisa: Neurociência Cognitiva Pré Clínica e Clínica

Orientador: Prof^a. Dr^a. Marine Raquel Diniz da Rosa

JOÃO PESSOA – PB

2020

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M672c Miranda, Amanda Câmara.

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA: TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DE
FERRAMENTAS DE MANEJO E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM
QUEIXA DE ZUMBIDO / Amanda Câmara Miranda. - João
Pessoa, 2020.

75 f.

Orientação: Marine Raquel Diniz da Rosa.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. zumbido. 2. audiologia. 3. empatia. 4. pessoa. 5.
cuidado. I. Rosa, Marine Raquel Diniz da. II. Título.

UFPB/BC

AMANDA CÂMARA MIRANDA

**CUIDADO CENTRADO NA PESSOA: TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DE
FERRAMENTAS DE MANEJO E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES
COM QUEIXA DE ZUMBIDO**

Aprovado em 28/02/2020

Banca Examinadora

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento na Universidade Federal da Paraíba, para obtenção do título de mestre em Neurociência Cognitiva e Comportamento.



Prof. Dr.ª. Marine Raquel Diniz da Rosa
Universidade Federal da Paraíba
(Orientadora)



Prof. Dr.ª. Suellen Marinho Andrade
Universidade Federal da Paraíba
(Examinador Interno)

Prof. Dr.ª. Deborah Viviane Ferrari
Universidade de São Paulo
(Examinador Externo)

AGRADECIMENTOS

A Deus, o primeiro. Meu motivo, o início, o meio e o fim.

Aos meus pais, pela educação, valores, apoio e amor incondicional.

A minha irmã, por estar sempre ao meu lado.

A Prof^a Dr^a Marine Raquel Diniz da Rosa, minha orientadora, mãe científica, amiga. Obrigada por todos os ensinamentos, conselhos e carinho ao longo de todos esses anos.

Aos meus amigos, desde os mais antigos aos mais novos, obrigada por trazerem sorrisos e leveza a minha vida.

A meu “SN” presentes nessa caminhada acadêmica e na caminhada da vida.

A Universidade Federal da Paraíba.

Ao grupo GEPAEZ, por sermos uma família em prol de tantos. Sou grata por tudo que já construímos.

Ao programa de pós-Graduação em Neurociências Cognitiva e Comportamento, professores e funcionários, por todos os ensinamentos e apoio durante esse percurso.

Ao corpo docente e de funcionários do departamento de Fonoaudiologia da UFPB, não existem palavras suficientes para agradecer, a vocês todo o meu carinho.

As professoras Dr^a Suellen Marinho Andrade e a Prof^a Deborah Viviane Ferrari, obrigada pelas ricas contribuições, a vocês todo meu respeito e admiração.

A Wilder Kleber Fernandes de Santana pela ajuda, fazendo com que os resultados desse trabalho se tornassem reais.

A Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior), pela concessão bolsa de estudos possibilitando a dedicação integral a pesquisa.

Aos pacientes desse estudo, que compartilharam suas histórias e permitiram esse primeiro passo em direção a sua melhora.

Para Carlos e Edlene.

RESUMO

O zumbido é uma percepção auditiva consciente de som na ausência de fonte sonora externa. Diante da interferência negativa que este pode causar na vida do paciente, é necessária a sensibilidade dos profissionais em atender às necessidades do indivíduo de forma ampla, e não se ater apenas a doença. Atualmente o atendimento com base no Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) vem sendo utilizado, visando auxiliar o contato inicial, proporcionando uma melhor comunicação profissional-paciente. O CCP trabalha os aspectos psicossociais do zumbido, promovendo um cuidado de saúde projetado em torno das necessidades, desejos e perspectivas do paciente por meio da empatia, aconselhamento, escuta aberta e de um bom relacionamento profissional de saúde-paciente. O *Ida Institute*, uma instituição dinamarquesa, desenvolveu algumas ferramentas para auxiliar neste processo, porém, estas tem sido pouco utilizadas até o momento, sendo necessário assim, à tradução e validação destas em outros idiomas para que profissionais de diversos países possam utilizá-las na sua prática clínica e, assim, possam surgir trabalhos que comprovem a eficácia desse atendimento. Diante disso, o presente estudo objetivou: 1) traduzir e adaptar para o português brasileiro as ferramentas de zumbido do *IDA Institute* e 2) validar o uso das ferramentas na prática-clínica. Realizou-se a tradução e adaptação do material fornecido pelo *Ida Institute* para o português brasileiro por meio das seguintes etapas: tradução, revisão, equivalência (semântica, idiomática, experiencial e conceitual), versão final. Na segunda parte do estudo, para validação do material, foram realizados atendimentos utilizando as ferramentas e estratégias do CCP. Os atendimentos foram filmados e, posteriormente, avaliados por meio de análise do discurso do fonoaudiólogo, a fim de observar a utilização o CCP em pacientes com zumbido na prática clínica. Pode-se concluir que a tradução e adaptação do material para o português brasileiro foi bem conduzida e executada. Além disso, observou-se que, após a validação e análise do discurso do profissional utilizando o material traduzido, este aponta elementos eficazes e com mecanismos do CCP que podem ser utilizados por outros profissionais na prática-clínica, em prol da qualidade de atendimento dos pacientes com zumbido.

Palavras-chave: zumbido; audiologia; empatia; pessoa; cuidado.

RESUME

Tinnitus is a conscious auditory perception of sound in the absence of an external sound source. In view of the negative interference that this can cause in the patient's life, professionals' sensitivity to meet the needs of the individual in a broad way is necessary, and not just stick to the disease. Currently, care based on Person-Centered Care (CCP) has been used, aiming to help initial contact, providing better professional-patient communication. The CCP works on the psychosocial aspects of tinnitus, promoting health care designed around the patient's needs, desires and perspectives through empathy, counseling, open listening and a good professional health-patient relationship. The Ida Institute, a Danish institution, has developed some tools to assist in this process, however, these have been little used so far, thus requiring the translation and validation of these in other languages so that professionals from different countries can use them in their clinical practice and, thus, work may emerge that proves the effectiveness of this care. Therefore, this study aimed to: 1) translate and adapt the tinnitus tools of the *IDA Institute* to Brazilian Portuguese and 2) validate the use of the tools in clinical practice. The translation and adaptation of the material provided by Ida Institute into Brazilian Portuguese was carried out through the following steps: translation, proofreading, equivalence (semantic, idiomatic, experimental and conceptual), final version. In the second part of the study, to validate the material, calls were made using the tools and strategies of the CCP. The consultations were videotaped and subsequently evaluated by analyzing the speech therapist's speech, in order to observe the use of CCP in patients with tinnitus in clinical practice. It can be concluded that the translation and adaptation of the material into Brazilian Portuguese was well conducted and executed. In addition, it was observed that, after validating and analyzing the professional's discourse using the translated material, it points out effective elements and with CCP mechanisms that can be used by other professionals in clinical practice, in favor of the quality of care provided by tinnitus patients.

Keywords: tinnitus; audiology; empathy; person; care.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Termômetro do zumbido
- Figura 2:** Guia de comunicação do zumbido
- Figura 3:** Gráfico de previsão do zumbido
- Figura 4:** O que é zumbido?
- Figura 5:** Kit de primeiros socorros
- Figura 6:** Perda auditiva
- Figura 7:** Estresse e ansiedade
- Figura 8:** Exposição a ruídos altos
- Figura 9:** Infecção de ouvido
- Figura 10:** Condições Clínicas
- Figura 11:** dor de cabeça e lesões no pescoço
- Figura 12:** Medicamentos
- Figura 13:** Você sabia?
- Figura 14:** Pesquisas
- Figura 15:** Leituras extras sobre zumbido
- Figura 16:** O que devo fazer?
- Figura 17:** Informação
- Figura 18:** Terapia de som
- Figura 19:** Relaxamento
- Figura 20:** Trate toda e qualquer perda auditiva
- Figura 21:** Gerenciamento de sono
- Figura 22:** Terapia de enriquecimento sonoro
- Figura 23:** Lembre-se
- Figura 24:** Vídeo demonstrativo
- Figura 25:** Vídeo demonstrativo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Conversa aberta com o paciente José

Quadro 2: Conversa aberta com a paciente Juliana

Quadro 3: Conversa aberta com o paciente Cirineu

Quadro 4: Conversa aberta com a paciente Joana

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADD – Análise dialógica do discurso

EVA - Escala Visual Analógica

CCP - Cuidado Centrado na Pessoa

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

OMS - Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução	13
2. Referencial teórico	16
2.1. Zumbido.....	16
2.2. Cuidado Centrado na Pessoa	18
3. Objetivos.....	21
4. Parte 1.....	22
4.1. Caracterização do estudo	22
4.2. Aspectos éticos.....	22
4.3. Amostra	22
4.4. Procedimentos	22
4.5. Resultados.....	25
4.5.1. Termômetro do Zumbido.....	25
4.5.2. Guia de Comunicação sobre zumbido	27
4.5.3. Kit de primeiros socorros para o zumbido	31
4.5.4. As ferramentas em ação	44
5. Parte 2.....	45
5.1. Caracterização do estudo	45
5.2. Aspectos éticos.....	45
5.3. Amostra	45
5.4. Critérios de elegibilidade	45
5.5. Procedimentos	46
5.6. Análise	47
5.7. Resultados e discussão.....	48
6. Conclusão.....	54
7. Referências	55
Apêndice.....	63
Anexos.....	65

1. Introdução

O zumbido é uma percepção auditiva consciente de som na ausência de fonte sonora externa (Dawes et al. 2014). Estima-se a prevalência que de 10 a 15% na população adulta e 22% na população de São Paulo sofre com o zumbido (Oiticica; Bittar, 2015). Pode ser causado por várias condições médicas: afecções otológicas, metabólicas, neurológicas, cardiovasculares, farmacológicas, odontológicas, psicológicas, efeitos colaterais de medicamentos e possivelmente da ingestão de drogas, cafeína, nicotina e álcool (Schleunin, 1998).

O zumbido pode ser um sintoma devastador, já que uma proporção significativa de portadores de zumbido desenvolve distúrbios do sono, depressão e outras comorbidades psiquiátricas, levando uma pequena fração a cometer suicídio (Henry et al. 2005). Diante da interferência negativa na vida do paciente, é necessário que os profissionais tenham a sensibilidade de atender às necessidades do indivíduo de forma ampla, e não se ater apenas ao sintoma, mas a tudo que pode estar envolvido (Starfield, 2011).

Geralmente, o primeiro passo no atendimento do paciente com zumbido é investigar a provável causa do sintoma. Para tanto, faz-se necessária uma anamnese detalhada, que deve abordar, além de perguntas sobre o zumbido, doenças associadas, o estilo de vida do paciente, dieta, genética, saúde geral e os efeitos atuais de doença sobre a vida do paciente (Berberian et al. 2016). Além da anamnese, devem ser utilizados questionários de autoavaliação e medidas psicoacústicas do zumbido para ajudar a confirmar a presença do zumbido e determinar a gravidade do sintoma. E desse modo, buscar a melhor forma de tratamento (Urnau & Tochetto, 2011; Berberian et al. 2016)

Apesar da investigação ser feita de forma completa, muitas vezes, o paciente não se sente confortável em expor todas informações, ou então, isto é feito de forma muito impessoal. Com isso, os profissionais vêm encontrando muitos obstáculos para lidar com o paciente e a incerteza da melhora do zumbido. Então, atualmente, vem sendo utilizado o atendimento com base no Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) para essa população, visando auxiliar o contato inicial e proporcionando uma melhor comunicação profissional-paciente.

No CCP, o profissional busca enfatizar que condições crônicas podem não ser curadas, mas suas consequências podem ser minimizadas com o autogerenciamento, isto é, a adoção, modificação e / ou manutenção de comportamentos saudáveis (Lawn & Schoo, 2010). Autogerenciamento refere-se à capacidade do indivíduo de gerenciar os sintomas, tratamento, consequências físicas, psicossociais e mudanças no estilo de vida, que são inerentes a viver com uma condição crônica (Barlow et al. 2002). Dessa forma, o CCP tem sido sugerido como uma parte fundamental do gerenciamento bem-sucedido de condições crônicas de saúde (Michie et al. 2003).

Nesse contexto, o CCP irá trabalhar os aspectos psicossociais do zumbido, promovendo um cuidado de saúde projetado em torno das necessidades, desejos e perspectivas do paciente por meio da empatia, aconselhamento, escuta aberta e de um bom relacionamento profissional de saúde-paciente.

Resultados destacam a importância do enfoque do CCP na prática, visto que ele melhora a adesão e a eficácia do tratamento (Robinson et al. 2008; Poost-Foroosh et al. 2011). O *Ida Institute*, uma instituição dinamarquesa, fornece aos audiologistas informações e apoio para ajudar a orientar as pessoas com dificuldades auditivas para uma reabilitação bem-sucedida. E enfoca que uma abordagem holística para o cuidado aliado a uma comunicação eficaz é fundamental para o sucesso da reabilitação, e faz com que o paciente se sinta compreendido desde o momento do contato inicial.

No que se refere ao zumbido, o IDA desenvolveu algumas ferramentas para auxiliar neste processo, porém, estas tem sido pouco utilizadas até o momento e está em disponível em língua inglesa apenas. Assim, a evidência empírica para essa população é limitada, com apenas um pequeno número de estudos publicados sobre centralização do paciente específicos para audiologia (Laplante-Lévesque et al. 2011; Grenness et al. 2014). Existe então, uma escassez de pesquisas que mostrem a importância desta forma de conduta para essa população, visto que estes pacientes necessitam de atenção e uma escuta direcionada. Tal abordagem poderá fazer diferença no resultado da intervenção proposta posteriormente.

Este trabalho tem por temática o uso do CCP para o atendimento de indivíduos com zumbido. E justifica-se tendo em vista pesquisas que mostram que o zumbido e fatores emocionais apresentam relação de causa e efeito, podendo existir aumento da percepção do zumbido quando algum fator emocional estiver associado (Azevedo et al. 2007). Diante da dificuldade que os profissionais têm encontrado no manejo com o

paciente com queixa de zumbido é comum que estes cheguem aos serviços com uma carga emocional negativa muito grande, levando ao aumento da preocupação e o incômodo do zumbido consequentemente.

É corriqueiro no relato dos pacientes que eles já passaram por vários profissionais e a resposta que tem é que precisam se acostumar com o zumbido, pois o sintoma não terá jeito. Deixando-os com a sensação de que "nada pode ser feito" e fazendo com que se sintam ainda mais abalados diante do problema. Dessa forma, torna-se necessário que haja uma comunicação profissional de saúde-paciente diferenciada desde o acolhimento destes pacientes, os confortando e os estimulando para o tratamento posterior.

Então, surge a possibilidade de um atendimento que preconiza essas perspectivas, que é o atendimento com base no CCP, porém existe uma escassez de pesquisas que falem sobre o tema e o uso do desse tipo de abordagem no atendimento para esta população, tornando-se assim necessária à validação das ferramentas criadas pelo *Ida Institute* em outros idiomas para que profissionais de diversos países possam utilizá-las na sua prática clínica e a partir daí possam surgir trabalhos que comprovem a eficácia desse atendimento.

Em relação ao problema de pesquisa, busca-se oferecer ao paciente um atendimento que a partir da conduta do profissional na relação com o paciente e na condução do problema que ele traz, no caso, o zumbido, os mesmos comecem a se sentirem mais acolhidos e consequentemente mais à vontade para falar sobre seu problema. Assim espera-se que eles se sintam mais seguros e esperançosos com a ajuda que é oferecida pelo profissional desde o contato inicial, o que poderá trazer benefícios para o tratamento posteriormente.

2. Referencial teórico

2.1. Zumbido

O zumbido é a sensação auditiva na ausência de uma fonte sonora externa (Guimarães et al. 2014). O termo *tinnitus*, empregado na língua inglesa deriva do verbo *tinnire* em Latim, que significa tocar ou ressoar, demonstrando a sensação e percepção do som que não está presente no ambiente. (Baguley et al., 2013)

Representa um sintoma frequente, com taxas de prevalência variáveis (Zeman, 2012). Pelo menos um em cada três adultos relata algum tipo de zumbido durante a vida e em um, a cada dez adultos, o zumbido possui duração maior do que cinco minutos (Granjeiro et al., 2008).

Em recente estudo com a população da cidade de São Paulo, foi encontrada uma prevalência de 22%, dos quais 64% se sentiam incomodados com o som (Oiticica; Bittar, 2015). Estimativas de estatísticas desenhadas a partir de estudos epidemiológicos e clínicos na Alemanha, no Reino Unido e nos Estados Unidos da América (EUA) sugeriram que cerca de 35% a 45% dos adultos têm zumbido subjetivo em algum momento da vida (Boari, 2004). Estudos de base populacional conduzidos em outras nações encontraram uma prevalência similar de zumbido, variando de 4,6% a 30% (Martines, 2010).

O zumbido pode ser classificado como subjetivo, quando a experiência é do indivíduo sozinho ou, menos comumente, objetivo, quando um observador pode ouvir o zumbido. São geralmente descritos como assobios e chiados embora, em alguns casos, sejam percebidos sons mais complexos, como vozes ou música, podendo ser unilateral ou bilateral. Ele também pode ser caracterizado pelo tipo de percepção, ou seja, como constante ou intermitente, e ainda por sua forma de surgimento, podendo ser abrupto ou insidioso (Baguley et al., 2013). Com relação ao tempo de duração, o zumbido pode ser agudo, quando dura até três meses ou crônico quando persiste com duração a partir de 12 meses (Adjamian et al., 2014)

O zumbido pode apresentar inúmeras causas, como as metabólicas, otológicas, neurológicas, cardiovasculares, farmacológicas, condições dentárias e psicológicas,

efeitos colaterais de medicamentos e, possivelmente, a ingestão de drogas, cafeína e álcool, estas que podem também estar associadas entre si. Além disso, o zumbido pode atuar como um fator de grandes repercussões negativas sobre a qualidade de vida, interferindo no sono, na concentração diária e nas atividades da vida social (Granjeiro et al., 2008; Nondahl et al., 2011).

Então, pode-se observar que a etiologia do zumbido é multifatorial e há a associação de causas no mesmo indivíduo (Sanchez et al., 2001). Porém, há um consenso que o principal fator de risco para o desenvolvimento do zumbido é a perda auditiva (Nondahl et al., 2011), visto que ela está presente em pelo menos uma frequência sonora na audiometria de aproximadamente 90% dos adultos que apresentam zumbido (Mondelli; Rocha, 2011; Sanchez, 2014;).

O processo pelo qual o zumbido surge pode ser dividido em três etapas: geração, detecção e percepção. A percepção ocorre frequentemente nas vias periféricas (mas pode ocorrer também nas vias centrais). A detecção ocorre nos centros subcortais e a percepção ocorre no córtex auditivo com a participação do sistema límbico, do córtex pré frontal e outras áreas corticais (Jastreboff, 1990).

A característica subjetiva do zumbido na maioria das vezes, ou seja, ser uma percepção auditiva percebida exclusivamente pelo paciente dificulta as pesquisas, limitando as condições de investigação de sua fisiopatologia. Diante disso, muitos profissionais referem dificuldades em lidar com o paciente com zumbido (Sanchez et al., 1997).

Porém, nas duas últimas décadas, houve um aumento de aproximadamente 400% no número de publicações científicas anuais que abordam o zumbido como tema principal (Sanchez, 2014). Entretanto, a justificativa para seu aparecimento em diversas faixas etárias, múltiplas etiologias e comorbidades associadas, além de diferentes graus de comprometimento na qualidade de vida ainda está longe de ser esclarecida.

Apesar das dificuldades encontradas, algumas estratégias têm sido utilizadas para reduzir a gravidade do zumbido e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, como a modificações na dieta, terapia de habituação, estimulação elétrica, intervenção cirúrgica, antidepressivos, ansiolíticos, terapias à base de plantas e multimodalidade abrangente de programas de gerenciamento de zumbido. (Hurtuk, 2011)¹¹

Os resultados encontrados nos tratamentos são bastante heterogêneos, isso se explica devido a heterogeneidade de tipo, causas e graus de severidade do zumbido (Moller, 2007). Apesar disso, não se pode negar que determinados tratamentos tem sido benéficos para diminuição do incômodo e melhora na qualidade de vida.

O atendimento aos pacientes com zumbido é um desafio contínuo, por se tratar de sintoma relacionado a diferentes patologias subjacentes, muitas vezes, acompanhado por diversas comorbidades. Sendo assim, há necessidade de diagnóstico, avaliação e tratamento multidisciplinar desses pacientes (Wallhasser-Franke et al., 2013). Atualmente não há um tratamento que seja referido como um padrão ouro para a melhora do zumbido, dessa forma é muito importante que antes de encaminhar o paciente para um tratamento seja realizada a investigação da possível causa do sintoma e o diagnóstico correto. Sendo assim, o CCP pode ajudar nesse caminho, pois o paciente se sentirá mais acolhido, seguro e confiante para falar sobre o seu sintoma.

2.2. Cuidado Centrado na Pessoa

O avanço tecnológico na área de saúde trouxe importantes progressos no diagnóstico e tratamento, criando novas possibilidades para o controle de doenças e sintomas crônicos e contribuindo para o aumento da expectativa de vida da população. No entanto, ainda permanecem grandes desafios para a garantia da qualidade dos cuidados em saúde.

Problemas de comunicação e relacionamento entre os profissionais e o paciente ocorrem com frequência, e interferem na percepção do paciente sobre a qualidade do cuidado. Dwamena et al. (2012) em seu estudo refere que muitos pacientes estão insatisfeitos com a qualidade da interação com o profissional de saúde e acabam levando essa insatisfação para o tratamento.

A relação profissional de saúde - paciente é uma relação interpessoal complexa, que possui forte carga emocional e requer cooperação mútua, para que um objetivo comum seja atingido. Aprimorar os processos envolvidos nessa relação é determinante para a humanização e qualidade dos serviços prestados. As dimensões humana,

vivencial, psicológica e cultural da doença precisam ser consideradas nas relações profissional-paciente (Goulart & Chiari, 2010).

Diante dos obstáculos encontrados no tratamento de pacientes em determinadas áreas, percebe-se a necessidade de mudanças para melhorar a reabilitação. Uma das alternativas que vem surgindo é a adoção do CCP, que a literatura descreve também com outros termos como por exemplo cuidado/abordagem “centrado no cliente” e “centrado no paciente” de maneira intercambiável.

Embora a centralização na pessoa não tenha uma definição universal, ela é tipicamente descrita de acordo com cinco dimensões: perspectiva biopsicossocial, cliente como pessoa, poder e responsabilidade compartilhados, aliança terapêutica e clínico como uma pessoa (Mead & Bower, 2000).

A centralização na pessoa leva uma abordagem biopsicossocial, reconhecendo que a combinação biológica, psicológica e social são necessárias para entender a saúde. No modelo biopsicosocial, o profissional além da evolução das habilidades técnico-instrumentais também precisa evoluir as capacidades relacionais que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva, afim de assegurar que os problemas e preocupação dos paciente são entendidos por aqueles que oferecem o cuidado (De marco, 2006). A Organização Mundial de Saúde (OMS) adota uma perspectiva biopsicossocial, ou seja, ver o cliente como pessoa se refere à importância de compreender a sua experiência única de doença (World Health Organization, 2001).

A comunicação profissional-paciente é essencial no CCP e seu impacto nos resultados de saúde pode ocorrer por diferentes vias. Melhores resultados de nos tratamentos estão associados a comunicação de forma positivas e conversação acolhedora (Miller, 2002). O diálogo, por si só, pode ser terapêutico, diminuindo diretamente, por exemplo, a ansiedade do paciente. Esta comunicação influencia indiretamente os resultados de saúde, agindo na motivação para o tratamento, na confiança no profissional e no serviço, auto-eficácia para o auto-cuidado e na concordância e compreensão mútua entre paciente e profissional (Street et al. 2009).

O CCP destaca a fundamental importância de uma boa relação profissional-paciente para a obtenção de resultados satisfatórios. Além disso, profissional e paciente

possuem *expertises* distintas, que fortalecem o encontro clínico. Desta forma, o poder e a responsabilidade pelo tratamento devem ser compartilhados (Miller, 2002; Hickson et al. 2010).

Esta abordagem se contrapõe ao modelo biomédico, predominante em muitas práticas dos profissionais da Audiologia (Duchan, 2004). O modelo biomédico é o modelo vigente da atuação na saúde e é regido por variáveis biológicas que analisam o corpo como uma máquina, através da relação causa-efeito, minimizando aspectos sociais, psicológicos e as dimensões humanas da doença. É caracterizado por diagnósticos que determinam o modo de tratamento, monopolizado pelo médico, no qual se privilegia a doença e não o doente (Guedes et al. 2006). Tal modelo, centrado no profissional ou na doença, dá ao profissional maior autoridade e poder de tomada de decisão sobre o tratamento (Duchan, 2004).

Emprestado da perspectiva humanista de Carl Rogers para a psicologia, diversos profissionais podem utilizar as estratégias do CCP em sua rotina de atendimento, assim devem ouvir com preocupação, empatia e fornecer consideração positiva incondicional (Sweetow, 1999).

Estudos começaram a serem produzidos na área de audiolgia, mostrando que os componentes descritos no CCP foram identificados como sendo importantes na tomada de decisão para aquisição do aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e no sucesso obtido com este dispositivo para pessoas com perdas auditivas (Poost-Foroosh et al, 2013), estas que causam grande impacto na vida dos pacientes. Dessa forma, a utilização do CCP poderá trazer ganhos nesse processo, contribuindo para a sensação de confiança, adesão, satisfação e auto-estima dos pacientes e consequentemente à provável melhora funcional dos sintomas clínicos.

3. Objetivos

O desenvolvimento desse estudo se dará com base em dois objetivos, para cada um deles será apresentado sua metodologia e resultados separadamente.

Objetivo 1

Traduzir e adaptar para o português brasileiro as ferramentas de zumbido do *IDA Institute*

Objetivo 2

Validar o uso das ferramentas na prática clínica.

Objetivos específicos

- Aplicar na prática clínica/ atendimento as ferramentas traduzidas;
- Transcrever o discurso do profissional que fez uso das ferramentas do *IDA Institute*;
- Analisar o discurso do profissional que fez uso das ferramentas do *IDA Institute*;
- Associar o discurso do profissional que utilizou as ferramentas do *IDA Institute* com as diretrizes do cuidado centrado na pessoa.

4. Parte 1

Essa sessão abordará a metodologia e os resultados referentes ao objetivo 1

4.1. Caracterização do estudo

Tratou-se de uma pesquisa descritiva qualitativa, pois visa validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa no cuidado centrado na pessoa com zumbido. O mesmo foi executado no Laboratório do Grupo de Estudo e Pesquisa em Audição, Equilíbrio e Zumbido (GEPAEZ), vinculado ao Departamento de Fonoaudiologia, da Universidade Federal da Paraíba, Campus João Pessoa – PB.

4.2. Aspectos éticos

O projeto devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o protocolo CAAE: 00461018.4.0000.5188 e número do parecer de aprovação: 2.924.896 (ANEXO A)

4.3. Amostra

Material escrito e vídeos fornecidos pelo *Ida Institute*.

4.4. Procedimentos

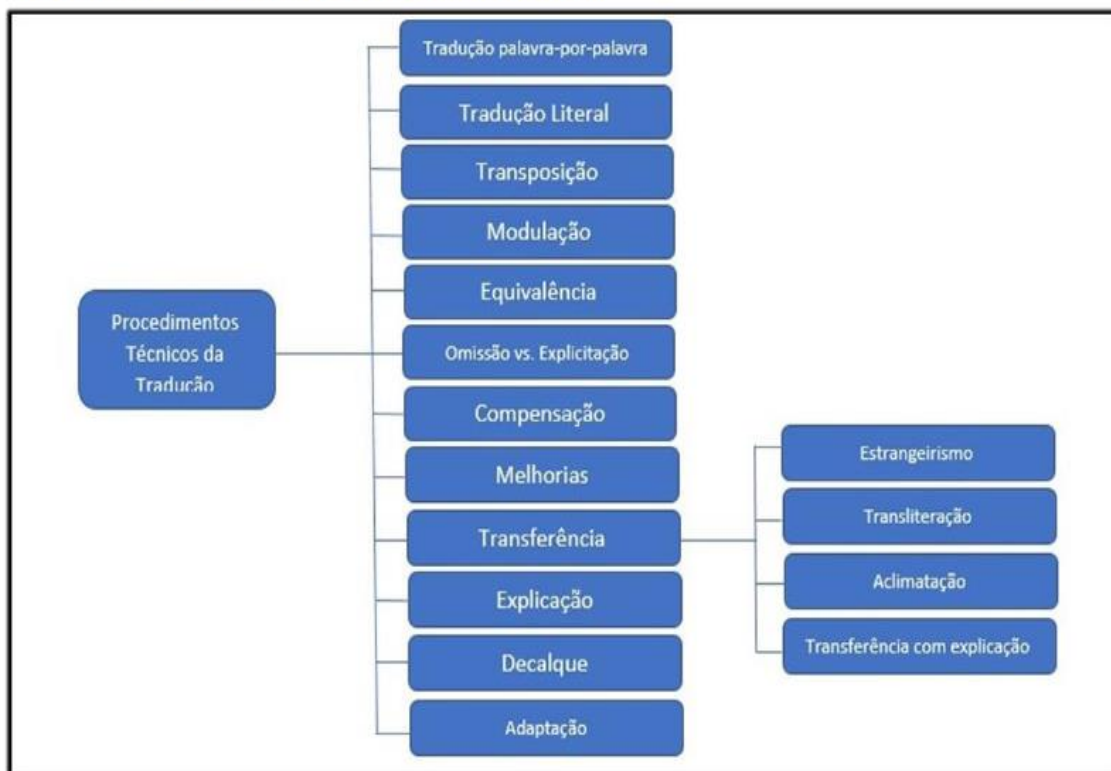
Primeiramente entrou-se em contato com o *IDA Institute* para ser firmada a parceira da tradução, após isso o IDA disponibilizou o material original e foi realizada a tradução do mesmo, que está disponível em <https://idainstitute.com/tools/tinnitus/>. Este material consiste em fornecer aos profissionais audiólogos, que atendem pacientes com zumbido, ferramentas baseadas no Cuidado Centrado na Pessoa, a fim de capacitá-los para a sua utilização na prática clínica.

Seguindo o princípio que a tradução deve ser realizada por pelo menos dois tradutores independentes nativos do país e cientes do objetivo de estudo para detecção de possíveis interpretações divergentes de termos ou expressões ambíguas, a tradução do inglês para o português brasileiro foi realizada por uma equipe composta por três alunos e dois professores do curso de tradução (bacharelado) da UFPB.

Os procedimentos técnicos da tradução propostos por Barbosa (2007), que consiste num total de treze procedimentos: a tradução palavra-por-palavra, a tradução literal, a transposição, a

modulação, a equivalência, a omissão vs. explicitação, a compensação, a reconstrução de períodos, as melhorias, a transferência – que engloba o estrangeirismo, a transliteração, a aclimação e a transferência com explicação – a explicação, o decalque e a adaptação.

Esquema 1 – Procedimentos Técnicos da Tradução



Fonte: elaboração própria baseada em Barbosa (2007)

Com base nos procedimentos de tradução, foram traduzidos os instrumentos disponíveis no site, sendo eles: o termômetro para o zumbido (*Tinnitus Thermometer*), guia de comunicação do zumbido (*Tinnitus Communication Guide*), o kit de primeiros socorros para zumbido (*Tinnitus First Aid Kit*), as ferramentas em ação (*The Tools in Action*) os vídeos etnográficos (*Ethnographic videos*).

O termômetro para o zumbido (ANEXO B) é uma escala de classificação adaptada da escala visual analógica (EVA). Ela é usada para avaliar como os pacientes estão lidando com o zumbido no momento da consulta e também pode ser usada para monitorar o desempenho do paciente ao longo do tempo. Quando houver melhora, também pode ser mostrada para o paciente para ajudá-lo a perceber que as suas perspectivas do zumbido podem mudar para melhor ao longo de tempo. No momento da utilização do termômetro é orientado a serem

realizadas perguntas abertas para estruturar a conversa, assim como, escutar ativamente e dar espaço para que o paciente expresse seus pensamentos e sentimentos.

O guia de comunicação de zumbido (ANEXO C) auxilia na comunicação eficaz e empática do profissional com os pacientes. As perguntas abertas são orientadas para que se crie espaço para o paciente compartilhar como o zumbido vem afetando sua vida. Isto pode ajudá-los a lidar com emoções difíceis e fazer com que se sintam acolhidos. Auxilia também na articulação dos pensamentos, estimulando a formulação de perguntas a respeito do zumbido. Assim o profissional pode resolver qualquer equívoco que o paciente possa ter a respeito do seu sintoma. O guia também preconiza que o profissional expresse empatia enquanto escuta o paciente, afim de fazer com que ele perceba que está sendo ouvido ativamente. Essa empatia é demonstrada com frases como “isso parece muito difícil para você”; “entendo que você quer que seu zumbido desapareça – eu também gostaria disso”.

No guia de comunicação também é fornecido o gráfico de previsão do zumbido para ajudar o profissional a explicar a diferença entre quão presente (alto) o som do zumbido é e quão intrusivo (angustiante) é. Desta forma, pode mostrar que com o passar do tempo o zumbido pode continuar presente, mas sem causar tanto incômodo. Com o seu uso é possível promover a esperança aos pacientes e a pensar no zumbido de maneira mais construtiva. Assim, compartilhando essas informações no início do tratamento pode gerar um impacto sobre como os pacientes vão lidar com o zumbido em longo prazo.

O kit de primeiros socorros (ANEXO D) é composto por orientações com a finalidade de acalmar e auxiliar o paciente a dar os primeiros passos, dando algumas dicas para ajudar a lidar com o zumbido até agendar a consulta com o um especialista.

Por fim, a parte da tradução que traz as ferramentas em ação (ANEXO E) vem contribuindo com vídeos de atendimentos demonstrando como utilizar nos atendimentos as ferramentas do *IDA Institute*.

4.5. Resultado

Os dados a seguir consistem no material produzido e fornecido pelo *Ida Institute* na sua versão traduzida para o português brasileiro.

4.5.1. Termômetro do Zumbido

O Termômetro do Zumbido ajuda a avaliar de que maneira os pacientes estão vivenciando o zumbido e como eles estão lidando com o zumbido no momento da consulta. Ele também pode ser usado para monitorar as experiências dos pacientes ao longo do tempo e determinar as estratégias de reabilitação mais eficazes para eles. Se houver melhora, você pode mostrá-lo para seus pacientes a fim de ajudá-los a perceber que suas perspectivas de zumbido podem melhorar e também lembrá-los do quanto progrediram.

A escala de classificação utilizada no Termômetro de Zumbido é adaptada a partir da Escala de Classificação de incômodo do Zumbido, que se baseia em escalas de auto-avaliação para a dor, como a EVA (Escala Visual-Analógica). As questões que compõem esta ferramenta podem complementar outros recursos como o Questionário de Reação do Zumbido (TRQ), o Inventário de Handicap do Zumbido (THI) e o Índice Funcional do Zumbido (TFI).

Como usar o recurso

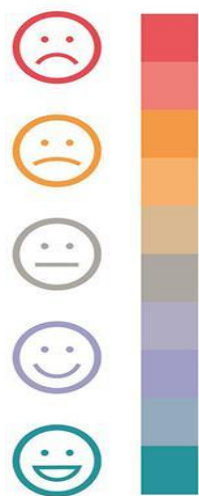


Figura 1: Termômetro do Zumbido. Fonte: Site *Ida Institute*

Faça o download do Termômetro do Zumbido e os arquivos em pdf de Documentação do Termômetro do Zumbido para usar durante a consulta. Você também pode enviar a versão online para o seu paciente completar antes de sua consulta. Faça as perguntas abertas listadas abaixo para estruturar a conversa com o seu paciente. Anote as respostas do paciente nos espaços correspondentes na Documentação do Termômetro do Zumbido. É importante que você utilize a escuta ativa e dê ao paciente espaço para que ele expresse os seus pensamentos e sentimentos - assim, você conseguirá fornecer a ele uma orientação relevante. Este exercício vai demorar cerca de cinco minutos.

1. "Quando você pensa no zumbido, você pensa em quê? Diga uma ou duas palavras que descrevam como você se sente em relação ao zumbido."

Esta pergunta pode ajudá-lo a determinar se seu paciente vivencia o zumbido como um som ou como uma dor física e/ou emocional. Isso pode ser ainda mais explorado, pedindo ao paciente para fechar os olhos e imaginar o que vê quando pensa em seu zumbido e pedindo para que ele descreva com o que isto se parece.

2. "O que você espera desta consulta?"

Esta questão é importante porque se concentra nas necessidades do paciente em um momento específico. Também ajuda a explorar opções e adequar as expectativas do paciente com relação ao resultado da consulta.

3. "Durante a última semana, houve algum momento em que o seu zumbido foi menos incômodo?"

A terceira pergunta enfatiza quais experiências positivas, se houver, ocorreram em relação ao zumbido do seu paciente. Isso permite que você identifique possíveis estratégias que possam ajudar o seu paciente a lidar melhor com o zumbido. Também pode contribuir para determinar outros métodos (psicoterapia, meditação, ou terapia sonora, por exemplo) que podem ajudar o seu paciente.

Se o paciente não consegue pensar em uma situação, você pode perguntar: "há alguma coisa que você saiba que poderia ajudar com seu zumbido ou que ajudou outra pessoa?"

Antes de continuar com a escala de classificação no Termômetro do Zumbido, você pode explicar ao seu paciente, "A razão pela qual eu fiz estas perguntas é para medir a 'temperatura do seu zumbido' para descobrir quais as preocupações que você tem sobre o seu zumbido e como ajudá-lo a lidar com elas".

O passo final da ferramenta é fazer a avaliação no Termômetro do Zumbido. Peça para o paciente marcar um número entre 0 e 10 no termômetro para indicar o quanto que o zumbido o incomodou na última semana. Zero indica que "não incomodou nada", e 10 significa "pior zumbido possível". Pedir ao paciente para avaliar no termômetro seu nível de desconforto é uma maneira eficaz de estabelecer o quão incômodo ou intrusivo é o zumbido de um paciente.

Lembre-se de usar este recurso em cada consulta para verificar como o seu paciente está se saindo ao longo do tempo.

4.5.2. Guia de comunicação sobre o zumbido



Figura 2: Guia de Comunicação. Fonte: Site *Ida Institute*

O guia de comunicação sobre o zumbido auxilia você a comunicar-se com seus pacientes de forma empática e de maneira eficaz.

O modo como você fala sobre zumbido pode causar um forte impacto nos pacientes e como eles se sentem sobre o futuro. É importante que a comunicação ocorra

naturalmente, de modo que seus pacientes se sintam incentivados e que estimule neles sentimentos de esperança.

Nem todos acometidos por zumbido sofrem para lidar com ele, ou buscam ajuda profissional, mas quando o fazem, é essencial que conversem sobre seus sentimentos e suas histórias.

Comece com perguntas abertas

Perguntas abertas geram respostas reflexivas, ao contrário de perguntas objetivas. Elas permitem que você abra espaço para que compartilhem pensamentos e sentimentos sobre como o zumbido afeta sua vida. Isso pode ajudar seus pacientes a trabalharem as emoções difíceis e fazer com que se sintam menos sozinhos. As respostas ajudarão a focar no seu tratamento e nas necessidades individuais de cada um.

Algumas das perguntas com as quais você pode começar:

- “Você pode me falar sobre o seu zumbido?”
- “Você tem alguma preocupação em relação ao zumbido?”
- “Você está mudando algo em sua rotina por causa do zumbido?”
- “Como você se sente em relação ao zumbido?”
- “O zumbido está mudando a sua relação com outras pessoas em sua vida?”

Fazer perguntas abertas também ajuda seu paciente a articular os pensamentos e perguntas em relação ao zumbido. Você pode, com isso, trabalhar quaisquer conceitos equivocados que eles possam ter.

Perguntas comuns sobre o zumbido:

Pergunta: O zumbido vai prejudicar minha audição e me deixar surdo?

Resposta: Se você tem perda de audição é mais provável que você tenha zumbido, mas o zumbido por si só não danifica a sua audição. O zumbido é muitas vezes resultante da perda de audição, e está presente especialmente nos sons agudos.

Pergunta: O zumbido é sinal de algo mais grave que os médicos não notaram?

Resposta (Se um check-up médico/audiológico completo tiver sido feito): Os especialistas analisaram a sua audição e estão confiantes de que o seu zumbido não é sinal de nada alarmante. Ter zumbido é algo bem comum que afeta cerca de 10% da população mundial e se seu check-up audiológico estiver normal, então isso significa que seu zumbido não é sinal de nada alarmante.

Pergunta: O zumbido pode me levar à loucura?

Resposta: O zumbido pode ser angustiante, principalmente quando ele surge. É também agravado pelo stress. Embora isso seja algo difícil de lidar, pode-se aprender a administrar o zumbido e viver com ele.

Demonstre empatia

É fundamental que você dê espaço ao seu paciente para que ele expresse suas emoções, e para mostrar que você entende seus sentimentos. Você pode mostrar empatia com comentários que dão certeza para seu paciente de que você está escutando ativamente, tais quais:

- "Isso parece tão difícil para você".
- "Fale mais sobre como isso te faz sentir".
- "Eu entendo que você quer que seu zumbido vá embora. – Eu também queria que isso acontecesse".

Explique a diferença entre presença e intromissão

O Gráfico de Previsão de Zumbido pode te ajudar a explicar a diferença entre quão presente (alto) o som de zumbido é, e quão intrusivo (angustiante) ele está.

A Previsão de Zumbido baseia-se em trabalhos anteriores com pacientes do Dr. Laurence McKenna e do Dr. David Scott no *Royal National Throat, Nose, and Ear Hospital*, em Londres. Ele é parte do Guia de Comunicação sobre Zumbido.

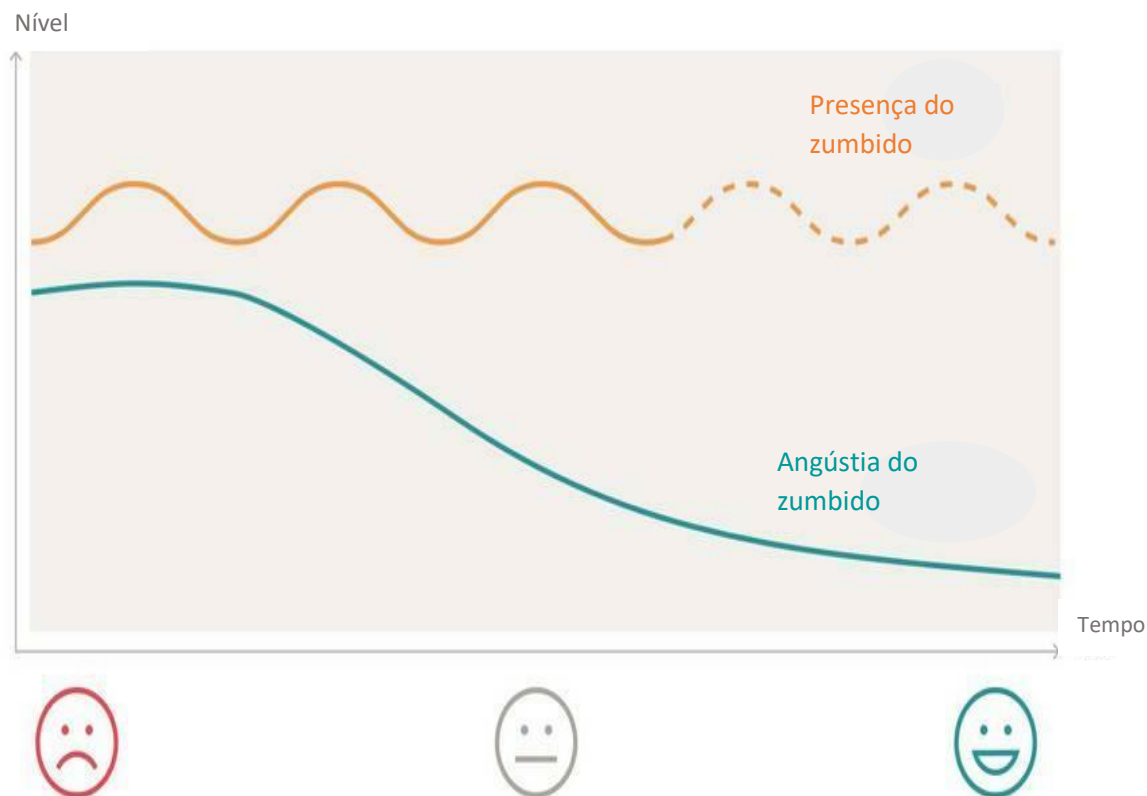


Figura 3: Gráfico de previsão do zumbido. Fonte: Site *Ida Institute*

Mostre o gráfico ao seu paciente. Use-o para explicar que apesar de o zumbido poder estar sempre presente, o nível de angústia que ele causa e o seu nível de intromissão muito provavelmente irão diminuir com o tempo. Isso se chama habituação.

É muito importante que seus pacientes entendam esse ponto chave. Muitos deles ouviram que seu zumbido nunca vai sumir, o que não significa que o paciente terá que sofrer com ele para sempre. O objetivo dessa conversa é trazer um senso de esperança, e reduzir o medo dele de que irá sempre sentir o mesmo nível de agonia.

Mostrando a diferença entre o quão presente e o quão angustiante o zumbido é, clínicos podem cultivar esperança nos seus pacientes e ajudá-los a pensar em seu zumbido de maneiras mais construtivas. Compartilhar essa informação no início do tratamento poderá ter um impacto imenso em como eles vão lidar com o zumbido em longo prazo.

Você pode também demonstrar que o nível sonoro poderá variar com o tempo, às vezes ele vai ser um pouco mais alto e outras um pouco mais baixo, mas no geral será contínuo. Algumas vezes o seu paciente nem perceberá o seu zumbido (indicado pela

linha tracejada). Você pode incentivá-los a focar no que eles estiveram fazendo nessas horas, por exemplo, se eles estiveram trabalhando, ouvindo música ou praticando exercícios.

Para ter certeza de que o seu paciente entende a diferença entre a presença e a angustia do zumbido, peça que ele mostre em que ponto ele está no gráfico e explique que a previsão é baseada em experiências de muitas pessoas com zumbido. Nem você e nem o seu paciente podem prever exatamente pelo o que ele irá passar, no final das contas. É improvável que o zumbido dele suma, mas é provável que ele se torne menos angustiante.

Dê conselhos para os próximos passos

Uma vez que os pacientes entendem que a maneira como eles se sentem em relação ao zumbido pode melhorar, eles muitas vezes perguntam o que podem fazer para se sentirem melhor. Você pode sugerir que eles gerenciem o stress e tomem conta de si mesmos. Os pacientes também podem encontrar ajuda em sites relevantes como O Kit de Primeiros Socorros Para Zumbido. Outras estratégias incluem:

- Usar aparelhos auditivos;
- Usar dispositivos de mascaramento sonoro como geradores de som ou aplicativos de *smartphones*;
- Participar de sessões em grupo para partilhar experiências com pessoas que passam pelos mesmos desafios;
- Consultar-se com profissionais de saúde mental que possam ajudá-los com técnicas de relaxamento.

Existem muitas opções e é importante que você ajude cada paciente a encontrar o que funciona melhor para seu caso individual.

4.5.3. Kit de Primeiros Socorros para Zumbido

Você anda ouvindo barulhos constantes no seu ouvido? Então muito provavelmente você tem zumbido. Fique calmo, na maioria dos casos, a situação melhora e nosso Kit de Primeiros Socorros para zumbido pode te ajudar.



Figura 4. Fonte: Site Ida Institute

O que é zumbido?

O zumbido não é um problema nem uma doença, apenas um sintoma causado pelo sistema auditivo em nosso cérebro. Informações extras sobre o assunto podem ser encontradas [aqui](#).

E o que é o zumbido?

Além de muito comum, um em cada dez adultos passam por uma experiência com zumbido. Não é nem um problema nem uma doença, mas somente um sintoma causado pelo nosso sistema auditivo em nosso cérebro.

Quais são as causas do zumbido?

Até hoje as causas do zumbido não foram descobertas por completo. A seguir listamos alguns problemas que podem estar relacionados a ele.



Figura 6. Fonte: Site *Ida Institute*

Perda auditiva

Algumas pessoas tendem a perder um pouco de sua audição ao longo da vida por causa do “desgaste” na estrutura interna da orelha. Os zumbidos podem até ser uma tentativa do seu cérebro de tentar reproduzir os sons que não estão mais lá. O zumbido pode ser detectado com uma certa facilidade uma vez que não é mais mascarado por outros sons do ambiente.



Figura 7. Fonte: Site *Ida Institute*

Estresse e ansiedade

O zumbido tende a ter uma maior intensidade e facilidade de identificação se você está estressado ou ansioso.



Figura 8. Fonte: Site *Ida Institute*

Exposição a ruídos altos

A estrutura interna do ouvido pode ser danificada caso entre em contato com ruídos altos, o que pode nos levar a uma perda auditiva ou ao zumbido.



Figura 9. Fonte: Site *Ida Institute*

Infecção de ouvido

Infecções de ouvido, gripes e resfriados podem resultar em uma audição abafada e zumbido. O zumbido geralmente é temporário, mas é importante consultar um médico para tratar possíveis infecções.



Figura 10. Fonte: Site *Ida Institute*

Outras possíveis condições clínicas

Os zumbidos podem ter uma relação com outras condições clínicas. Porém, como sempre, é importante ter uma opinião médica antes de tomar qualquer decisão.



Figura 11. Fonte: Site *Ida Institute*

Dor de cabeça e lesão no pescoço

Busque ajuda profissional o mais rápido possível em casos de zumbido após dores de cabeça ou lesões no pescoço.



Figura 12. Fonte: Site *Ida Institute*

Medicamentos

O zumbido também pode surgir como efeito colateral advindo de alguns medicamentos. Isso é bastante comum e você não deve interromper o uso do medicamento sem antes conversar com seu médico.

Você sabia?

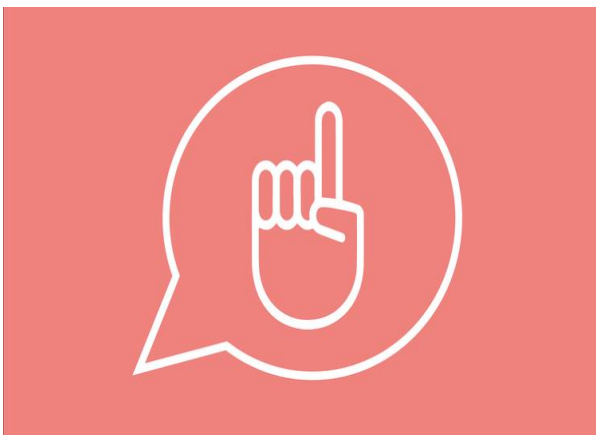


Figura 13. Fonte: Site *Ida Institute*

Algumas pessoas com zumbido têm uma sensibilidade maior em relação a certos sons, ou aos sons como um todo. Esse tipo de sensibilidade é chamado de *hiperacusia*. Isso também é um sintoma, e não um problema ou doença, e por isso pode ser superado. Às vezes as pessoas podem apresentar uma intensa reação emocional ao ouvir pessoas mastigando, espirrando, coçando a garganta, etc. O nome dessa condição é *misofonia*.

O que sabemos após algumas pesquisas



Figura 14. Fonte: Site Ida Institute

Ao longo do tempo o ruído desaparece ou pelo menos diminui até chegar a um ponto tolerável pela maioria das pessoas. Isso acontece porque o cérebro perde o interesse e para de checar o sinal. Esse processo é chamado de *habituação*. O tempo que ele dura pode variar de pessoa para pessoa, mas, independente disso, continua acontecendo. Existem algumas técnicas para tornar o zumbido mais tolerável, técnicas essas que podem ser encontradas no nosso Kit de Primeiros Socorros [aqui](#).

Leituras extras sobre zumbido

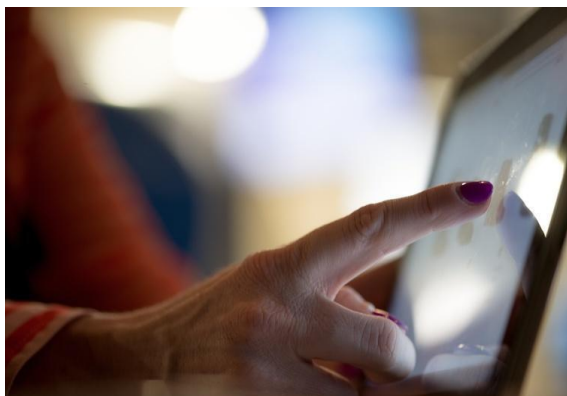


Figura 15. Fonte: Site Ida Institute

Existem diversos sites que propagam curas e tratamentos milagrosos para o zumbido, porém a maioria deles te deixará desapontado e consideravelmente mais pobre. E você provavelmente encontrará fóruns nos quais as histórias são bastante amedrontadoras e desanimadoras. O que você precisa lembrar é que as pessoas raramente voltam para contar depois que saem de uma crise. Nós lhe encorajamos a

focar em fontes positivas e confiáveis para a busca de ideias e ajuda – como as mencionadas aqui.

Os sites abaixo são fontes confiáveis e baseadas em evidências. Muitas das organizações também oferecem suporte por telefone ou e-mail. (Sites em inglês)

[Associação Britânica do Zumbido](#)

[Associação Americana do Zumbido](#)

[Instituto da boa audição](#)



Figura 5. Fonte: Site Ida Institute

Seu kit de primeiros socorros para zumbido

Criamos um Kit de Primeiros Socorros para Zumbido para você que acabou de descobrir ou que anda suspeitando que tem zumbido. Conselhos e ferramentas podem ser encontradas [aqui](#).

É natural preocupar-se com o que está acontecendo, mas existem muitas coisas que você pode fazer para se ajudar e reduzir o impacto do zumbido.

O Kit de Primeiros Socorros para Zumbido vai te ajudar a dar os primeiros passos.

O que devo fazer?



Figura 16. Fonte: Site Ida Institute

Acalme-se e não entre em pânico. Muitas pessoas conseguem melhorar.

Uma coisa para se ter em mente, não importa o quão tentador seja, é não usar protetores auriculares em situações cotidianas com a esperança de bloquear o barulho do zumbido. Eles podem causar o efeito contrário. No entanto, você deve usá-los quando houver sons altos ao seu redor. Como este site não serve como substituto para orientações médicas, sugerimos que marque uma consulta para falar sobre seu zumbido. Idealmente, a pessoa que te atender estará interessada e bem informada sobre o zumbido ou poderá te indicar alguém que seja (especialista em Otorrinolaringologia ou audiologista).

Primeiros passos

Embora raramente signifique que haja algo sério, é sensato marcar uma consulta caso tenha zumbido. A seguir estão algumas sugestões que podem te ajudar até lá.



Figura 17. Fonte: Site Ida Institute

Informação

Você provavelmente se sentirá melhor quando aprender mais sobre zumbido através dos links neste site. Esperamos que o aprendizado de que o zumbido é algo comum que não apresenta risco algum e que você não está só lhe ajude.



Figura 18. Fonte: Site Ida Institute

Terapia de Som básica

Se os barulhos ficarem mais altos no silêncio, como durante a noite, ter som de fundo ou sons naturais de um CD ou de um gerador de sons pode ajudar. Você tem acesso a sons projetados por audiologistas gratuitamente [aqui](#).



Figura 19. Fonte: Site Ida Institute

Relaxamento

Estresse e ansiedade podem fazer com que o zumbido pareça mais alto. Técnicas de relaxamento como exercícios de respiração, relaxamento muscular ou ioga podem te ajudar a reduzir o ruído e a diminuir os efeitos dele sobre você.

Próximos passos

Além das técnicas de autoajuda que mencionamos anteriormente, as estratégias a seguir podem ser muito úteis no gerenciamento do zumbido.



Figura 20. Fonte: Site Ida Institute

Trate toda e qualquer perda auditiva

O zumbido pode ser causado por perda auditiva. Consulte profissionais de saúde auditiva para confirmar se aparelhos auditivos (ou uma combinação de aparelhos auditivos e geradores de sons) podem ajudar você a ouvir melhor e a tratar seu zumbido.



Figura 21. Fonte: Site Ida Institute

Gerenciamento de sono

Algumas pessoas notam que seu zumbido fica mais evidente quando estão cansadas. Um bom descanso pode ajudar a diminuir estresse físico, emocional e, conseqüentemente, a diminuir a percepção do ruído.



Figura 22. Fonte: Site *IDA Institute*

Terapia de Enriquecimento Sonoro

Escutar rádios, aplicativos, dispositivos de mesa e/ou geradores de sons portáteis podem ajudar a reduzir o ruído do zumbido, fornece distrações e encorajar a habituação.

Atenção



Figura 23. Fonte: Site *IDA Institute*

Se você estiver vivenciando o zumbido por causa de uma lesão física na cabeça ou pescoço, acompanhada de perda auditiva súbita e/ou extrema ansiedade ou depressão, procure auxílio médico imediatamente. Você também deve procurar auxílio médico se tiver zumbido que pulsa com as batidas do seu coração, dores de ouvido, e/ou vertigem.

Lembre-se



Figura 24. Fonte: Site *IDA Institute*

A chave para gerenciar suas reações ao zumbido é estar física e mentalmente saudável. Coma de maneira saudável, beba com moderação, faça exercícios regularmente e durma o suficiente para descansar seu corpo. Manter corpo e mente ativos e ocupados com atividades prazerosas também pode ajudar. O zumbido é muito variável. O fato de ser incômodo hoje não quer dizer que não ficará melhor amanhã.

Confiança e garantia

Este site é um lugar para encontrar o que você precisa saber sobre o zumbido e como lidar com ele. Apesar das informações desta página não substituírem uma consulta médica, esperamos que seja útil até que você consiga agendar uma. Juntamos algumas dicas e meios que ajudam você a lidar com o problema, com o objetivo de prover ajuda para os momentos em que ele ocorre e não se sabe o que fazer.

O Kit de Primeiros Socorros foi desenvolvido em colaboração com o Instituto Ida e a Associação Britânica do Zumbido. Informações extras sobre nós e nosso trabalho podem ser encontradas [aqui](#).

4.5.4. As ferramentas em ação (referente aos vídeos etnográficos)

Regitze Willemoës é um audiólogista com uma clínica de zumbido em Copenhague. Veja como ela usa o Termômetro do Zumbido com Amanda, uma paciente de Ménière com zumbido. O termômetro ajuda Amanda a explicar como o zumbido está lhe afetando no momento.



Figura 25: Vídeo demonstrativo. Fonte: Site *IDA Institute*

O audiólogista Regitze Willemoës segue as diretrizes do Guia de Comunicação do Zumbido para obter uma compreensão profunda da relação da sua cliente Amanda com o zumbido.

Se desejar contribuir com um vídeo para o site mostrando como você ou um colega trabalham com as ferramentas de Controle do Zumbido, entre em contato conosco.



Figura 26: Vídeo demonstrativo. **Fonte:** Site *IDA Institute*

5. Parte 2

Essa sessão abordará a metodologia, resultados e discussão referentes ao objetivo 2.

5.1. Caracterização do estudo

Tratou-se de um estudo descritivo qualitativo. Foi realizado no Laboratório do Grupo de Estudo e Pesquisa em Audição, Equilíbrio e Zumbido (GEPAEZ), vinculado ao Departamento de Fonoaudiologia, da Universidade Federal da Paraíba, Campus João Pessoa – PB.

5.2. Aspectos éticos

O projeto devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o protocolo CAAE: 00461018.4.0000.5188 e número do parecer de aprovação: 2.924.896.

5.3. Amostra

Gravações de 4 atendimentos de pacientes com queixa de zumbido

5.4. Critérios de elegibilidade

Para os pacientes a serem atendidos:

- I- Aceitar participar de forma voluntária
- II- Ter zumbido;
- III- Nunca ter passado pela avaliação de zumbido do GEPAEZ;
- IV- Assinar o termo de consentimento de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que diz que o processo de consentimento livre e esclarecido são todas as etapas a serem necessariamente observadas para que os participantes de uma pesquisa possam se manifestar de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.

Para o profissional:

Ser fonoaudiólogo audiólogista e ter realizado o curso sobre o atendimento disponibilizado pelo *IDA Institute*.

Para os vídeos:

Ter o zumbido como principal queixa na fala do paciente

5.5. Procedimentos

As gravações dos atendimentos foram realizadas em uma sala onde não houvesse a possibilidade de interrupções que atrapalhassem o andamento da conversa, e organizada de forma diferente de um atendimento clínico: com as cadeiras posicionadas lado a lado, onde o profissional pode ficar mais próximo do paciente. Todos os atendimentos foram gravados, pela câmera filmadora da marca Sony modelo DCR-SX22, sendo a mesma posicionada a 2 metros à frente do paciente e do profissional.

Todo o atendimento foi realizado com base nas ferramentas e estratégias do CCP. Assim que o paciente chegava era acolhido e convidado a sentar-se. A conversa foi estruturada por meio de perguntas abertas, o uso do termômetro do zumbido, o guia de comunicação do zumbido e o gráfico de previsão do zumbido. Utilizando-se da empatia e da escuta aberta a todo momento, deixando o paciente a vontade para falar sobre seu zumbido, medos e preocupações e questionar se tivesse alguma dúvida, sendo assim, não foi preestabelecido um limite de tempo para o atendimento.

Todos os vídeos foram salvos e, posteriormente, selecionados aqueles que tinham o zumbido como sintoma principal na conversa. Após a seleção dos vídeos, trechos para serem transcritos e realizada a análise do discurso. Foram selecionados trechos de diferentes momentos aleatórios do atendimento para que se fosse possível analisar o atendimento como um todo, estes variavam em média de 1 até 2 minutos de duração.

5.6. Análise

Foram selecionados trechos de quatro atendimentos realizados, e foi realizada a análise do discurso do profissional. Para tanto, tomou-se como base a Análise Dialógica do Discurso (ADD) (Brait, 2005) que se instaura como uma teoria que se centra na interação e no dialogismo para averiguação dos discursos e constituição dos sujeitos, com fundamentação nos pressupostos teórico-metodológicos de Mikhail Bakhtin (1895-1975), Valentin N. Volóchinov (1895-1936) e Pável N. Medviédev (1891-1938), integrantes do Círculo de Bakhtin. Esta proposta viabiliza que profissionais analisem com maior preparo clínico as suas práticas, (re)acentuando metodologias cujo principal objetivo seja a interação.

5.7. Resultados e discussão

Dos 8 vídeos gravados, 4 foram selecionados para as análises, estes tiveram como critérios de seleção ser perceptível com maior intensidade nos discursos dos pacientes, o zumbido. Para manter a integridade e o compromisso ético, foram atribuídos nomes fictícios aos pacientes: José, Juliana, Cirineu e Joana.

Foram construídos quadros com as transcrições, contendo perguntas e respostas que foram edificadas na conversa.

Quadro 1 – Conversa aberta com o paciente José

Proposições realizadas pela fonoaudióloga	Respostas
F: O senhor já viu ou ouviu alguma coisa falando sobre o zumbido, já pesquisou?	J: Não, por curiosidade eu já coloquei na, no youtube ai apareceu diversas assim, é é é diversas é é programações de lá, de como cuidar do zumbido como tirar o zumbido cada um que fazia uma coisa é é, mostrar assim uma solução diferente pra o zumbido, como acabar com o zumbido as vezes até por curiosidade tentei fazer mas não acabou não.
F: Certo, seu José, e o senhor tem alguma ideia do que pode estar acontecendo?	J: Não, tenho não, não tenho não eu só tenho a me lamentar desse zumbido.
F: Pronto, então eu vou lhe explicar um pouquinho tá certo do que seria esse seu zumbido, tá? O zumbido, ele é um sintoma, ele não é uma doença ele é um sintoma, sendo quando a gente tem um sintoma a gente tem que procurar saber qual a causa dele.	J: Exato, a causa.

Fonte: Dados da autora

Pelo que se observa na conversa aberta estabelecida com o paciente José, após a fonoaudióloga interrogar sobre ele ter visto, ouvido ou pesquisado alguma coisa falando sobre o zumbido, este demonstra possuir curiosidade. Menciona José que já colocou na, no *YouTube* sobre modos de como cuidar do zumbido, em que eram mostradas assim soluções diferentes.

Nesse início de conversa, a profissional demonstra cuidado em relação ao que o paciente já sabe sobre os sintomas de zumbido. É tanto que, em seguida, pergunta se José tem

alguma ideia do que pode estar acontecendo, com relação ao que sente. Percebe-se, discursivamente, que a fonoaudióloga induz o paciente refletir sobre os seus próprios sintomas, não apenas de forma empírica, mas de modo mais criterioso, de modo que ele compreenda mais sobre o que é, de fato, esse sintoma, corroborando as propostas do *Ida Institute*, no que tange ao Cuidado Centrado na Pessoa.

O *Institute for Patient- and Family-Centered Care* mostra que no CCP a comunicação aberta acerca da expertise profissional e do paciente, em um fluxo de troca de informações e conhecimento é imprescindível, o que se pode ver nesse trecho, onde existe não só a preocupação em explicar o que seria o zumbido, mas mostra o cuidado em trazer para a conversa o que o paciente já tem de informação, fica visível a intenção de troca de saberes.

Em seguida, após José dizer que só tem a se lamentar por causa do Zumbido, a profissional se propõe a explicar um pouco o que seria esse zumbido, e menciona que se trata de um sintoma. Nesse sentido, o zumbido não é uma doença, apenas algo sintomático, e que é preciso sim procurar saber qual a causa dele.

Na escuta aberta é possível perceber, por parte da fonoaudióloga, não apenas empatia, mas também o compartilhamento de informações importantes sobre o sintoma de zumbido, e isso no intuito de diminuir a ansiedade a fim de contribuir positivamente no tratamento. Percebe-se que as perguntas ajudam na determinação de com o paciente vivencia o zumbido (Ida Institute, 2018).

O CCP é baseado numa abordagem biopsicossocial e traz que uma comunicação efetiva proporciona a criação de um vínculo adequado, sendo essa comunicação um processo de duas vias: requer tanto a fala como a escuta. Os pacientes têm suas próprias crenças sobre seus corpos, saúde e doenças. Assim requer que os profissionais percebam as perspectivas dos pacientes, e quando necessário corrijam concepções distorcidas. Esse repasse de informações ajuda a diminuir a incerteza que eles trazem, proporcionando assim mais conforto (De Marco, 2006).

De igual modo, pode-se observar como se procedeu a conversa com a paciente Juliana:

Quadro 2 – Conversa aberta com o paciente Juliana

Proposições realizadas pela fonoaudióloga	Respostas
F: Então eu queria saber da senhora uma coisa, quando a senhora pensa no seu zumbido, o que é que você acha?	Ju: Eu me sinto incomodada é incomodo demais, demais sabe? Dá assim aquele desengano, aquela cosa ruim, porque você pensa como era e como tá sendo agora, sabe?

F: Então a senhora lembra como era antes dele? Não tinha essa preocupação?	Ju: Ah, eu lembro... eu ia dormir era tranquilo, aquela coisa bem traquila, agora é “Shhhiii”, entendeu? E agora não me larga! Aí junta com o estresse, porque tem dias que tô só Deus, hoje é um deles.
F: É né.. mas pronto a senhora pode ficar mais calma agora tá certo, que a gente tá aqui pra tentar lhe ajudar tá? Nem se preocupe, eu tô aqui pra isso mesmo, pra conversar pra entender como a senhora tá se sentindo, não só a respeito do seu zumbido, mas também tudo que tá por volta dele...	Ju: Tá.

Fonte: Dados da autora

Na conversa aberta estabelecida com a paciente Juliana, inicialmente a fonoaudióloga interroga sobre o que a paciente acha, quando pensa no seu zumbido. Esta interpelação inicial ajuda a profissional a entender mais uma vez como o seu paciente está vivenciando o zumbido. Juliana responde que se sente bastante incomodada, e que tais desconfortos causam sensação de desengano, sensações ruins, quando compara com os períodos em que não possuía zumbido.

A fonoaudióloga, então, faz a pergunta “Então a senhora lembra como era antes dele?”, e Juliana afirma que lembra sim, e menciona que quando ia dormir era tranquilo, um ambiente de quietude e tranquilidade, diferente do “Shhhiii”, que é constante agora, devido ao zumbido.

Então, a fonoaudióloga, utilizando-se da abordagem do CCP, afirma que a paciente pode ficar mais calma agora, e que sua função enquanto profissional é tentar ajudar. Pede, então, para que Juliana não se preocupe, porque é seu papel conduzir a conversa nesse sentido, de compreender como ela se sente em relação ao zumbido, e também as circunstâncias, fatores externos que possam agravar ou influenciar.

No trecho acima percebe-se a atitude empática e positiva da profissional. Dessa forma, sua atitude corrobora com o CCP e com sua proposta de promover relações interpessoais e humanizadas, sugerindo o desenvolvimento de atitudes de consideração positiva incondicional e empatia.

A consideração positiva incondicional, quando associada à atitude empática, qualifica ainda mais as relações, promovendo nas pessoas a sensação de estarem sendo compreendidas. Assim, a empatia para o CCP é a capacidade de compreender o outro na sua perspectiva. É reconhecer que o conhecimento deve servir apenas para garantir a compreensão da realidade

do outro a partir de seus próprios referenciais. Em outras palavras, compreender empaticamente não é apenas ouvir o que está sendo dito, mas procurar entender as razões e emoções presentes no momento em que a relação acontece (Bacellar et al. 2012), implicando assim, numa forma de entender o paciente como uma pessoa individualizada, aceitando que ele tem um jeito próprio de ser, com escolhas e caminhos próprios (Wood et al. 2008). A seguir, é possível, também, perceber a escuta aberta em relação ao paciente Cirineu.

Quadro 3 – Conversa aberta com o paciente Cirineu

Proposições realizadas pela fonoaudióloga	Respostas
F: Eu queria saber um pouquinho com é que o senhor se sente a respeito disso, o seu zumbido como o senhor se sente..	Ci: Eu me sinto muito agoniado, aperreado demais, vontade de fazer as coisas não tenho vontade de fazer nada, só você vendo. Dormia bem de dia, nunca mais consegui dormir de dia, eu era muito, eu era uma pessoa que tinha uma atividade fora do comum, hoje não tenho mais.
F: O senhor tá vendo essa listrinha laranja?	Ci: Tô
F: Ela é como se fosse seu zumbido tá certo? Tá vendo a listrinha azul? Ela é como se fosse o incomodo que o senhor sente do zumbido, tá bom? Tá vendo que aqui embaixo tem algumas carinhas? É como se essas carinhas fossem o passar do tempo tá bom? Então, eu quero que o senhor saiba que o seu zumbido pode sempre tá presente com o senhor, certo? Mas com o passar do tempo pode ser que ele passe a ser menos incomodo, que o senhor passe a perceber menos a ponto de não incomodar mais como tá lhe incomodando hoje.	Ci.: Tô vendo, lá em cima. Ci: pra suas palavras digo amém.

Fonte: Dados da autora

Em seu discurso, a fonoaudióloga inicia mencionando para Cirineu que queria saber um pouquinho como é que ele se sente a respeito do seu zumbido. Essa pergunta introjeta uma perspectiva de auto-reflexão no paciente, na medida em que ajuda a determinar as problemáticas sensitivas do zumbido. O paciente Cirineu afirma que está muito agoniado, aperreado demais, “vontade de fazer as coisas não tenho vontade de fazer nada, só você vendo”. Assim, narra que antes de sentir o zumbido, dormia bem de dia, já nos dias atuais nunca mais conseguiu dormir de dia, eu era muito, “eu era uma pessoa que tinha uma atividade fora do comum, hoje não tenho mais”.

Essas perguntas abertas geram respostas reflexivas, ao contrário do mecanismo utilizado no caso de perguntas objetivas. O procedimento utilizado pela fonoaudióloga, tendo em vista o CCP, permite que o profissional abra espaço para que sejam compartilhados pensamentos e sentimentos sobre como o zumbido o afeta a vida de cada um, demonstrando assim o uso da escuta ativa, mais um dos princípios do CCP, onde nele primeiramente é demonstrado que há o interesse na pessoa e seus problemas, o que pode ser desenvolvido com contato visual, sorriso e acenos de cabeça; depois ouvir a pessoa durante algum tempo sem interromper (Gusso & Lopes, 2012).

Posteriormente a fonoaudióloga utiliza uma das ferramentas fornecidas pelo *Ida Institute*, o gráfico de previsão do zumbido. Com ele pode-se explicar ao paciente que o seu zumbido pode sempre estar presente, mas com o passar do tempo pode ser que ele passe a ser menos incômodo, e que Cirineu passará a perceber menos agonia a ponto de não incomodar mais como hoje. Esse tipo de procedimento dialógico e discursivo (Bakhtin, 2003 [1979]) nas conversas com o paciente contribui para que estes trabalhem as emoções difíceis em sua vida, os ajudem a se sentirem menos sozinhos, e comecem a pensar no zumbido de maneira mais construtiva e esperançosa (Ida Institute, 2018). O diálogo ajuda a focar no tratamento do paciente e nas necessidades individuais de cada um.

Por último, dentre os vídeos selecionados para parte analítica, se dispõe a escuta aberta com Joana.

Quadro 4 – Conversa aberta com o paciente Joana

Proposições realizadas pela fonoaudióloga	Respostas
F: Eu queria que a senhora agora pensasse se pudesse descrever seu zumbido em duas ou uma palavra o que a senhora me dizia, o que a senhora sente em uma palavra ou duas em relação ao zumbido.	Jo: olhe eu vou dizer uma coisa a você o que eu sinto com relação ao zumbido, eu sinto muito desgosto, eu tenho, eu tenho, as vezes eu até choro, me aperreio e outra coisa porque ele me estressa.
F: Humrum, tô entendendo. Olhe, mas olhe, a gente tá aqui pra lhe ajudar viu? (segurando na mão da paciente)	Jo: (balançando a cabeça concordando), é muito difícil minha filha (chorando).
F: A senhora tá aqui agora e eu queria que a senhora soubesse o seguinte, que a senhora não ta sozinha certo?	Humrum (concordando, com a cabeça). Melhor, melhor pro meu bem-estar.

Fonte: Dados da autora

A princípio, na conversa com Joana, a profissional afirma que gostaria que ela descrevesse o zumbido em duas ou uma palavra, ou seja, o que ela sente em uma palavra ou duas em relação ao zumbido. Joana não fala uma ou duas palavras, mas menciona que sente muito desgosto, e que às vezes tem muita vontade de chorar, aperreia-se, de forma que quaisquer fatores externos acabam causando estresse.

Após a efetivação dessa pergunta norteadora inicial, a fonoaudióloga menciona que está ali na representação de pessoas que se dispõem a ajudar, a contribuir para melhoria na qualidade de vida tendo em vista possíveis ações em relação ao zumbido: “Humrum, tô entendendo. Olhe, mas olhe, a gente tá aqui pra lhe ajudar viu? (segurando na mão da paciente)”. E “A senhora tá aqui agora e eu queria que a senhora soubesse o seguinte, que a senhora não ta sozinha certo?” Nesse momento, é nítido o princípio da empatia por parte da profissional, uma vez que ela está dando espaço ao seu paciente para que ele expresse suas emoções, mostrando que compreende os seus sentimentos. É possível mostrar empatia com comentários que dão certeza para o paciente de que se está escutando ativamente, como ““Eu entendo que você quer que seu zumbido vá embora. – Eu também queria que isso acontecesse” (Ida Institute, 2018).

Mais uma vez a empatia é vista no atendimento, e, além disso, também são vistos outros fatores com características importantes da postura do profissional dentro do CCP no atendimento, é visto o envolvimento, implicação, disponibilidade e interesse do profissional na outra pessoa. Isto implica na existência de uma determinada disposição afetiva no relacionamento que facilita o estabelecimento dessa relação interpessoal. (Rogers, 2001)

O profissional faz uso, no atendimento, não apenas de seus conhecimentos especializados (de uma racionalidade pré-orientada e dirigida), e nem se apoia na execução rígida de uma atribuição estipulada ou na preservação de uma imagem inviolável. Ele deve estar aberto para fazer uso da totalidade de elementos presentes em sua personalidade na leitura da situação, e disposto a descobrir e construir em conjunto com o outro, os sentidos e os significados possíveis na relação.

Diante de toda a interação discursiva (Volóchinov, 2017 [1929]) presente nas conversas, foi possível perceber mecanismos do Cuidado Centrado na Pessoa no discurso da fonoaudióloga, e com isso trouxe elementos eficazes e ricos, que contribuem para melhoria na qualidade de vida dos pacientes, fazendo com que eles se sintam acolhidos e a vontade para compartilhar seus pensamentos, sentimentos e dúvidas nesse contato inicial.

6. Conclusão

Após a tradução, adaptação e aprovação pelo autor da versão original, obteve-se a versão do material sobre do *IDA Institute* para a versão do português brasileiro, que se mostrou adequada e de fácil compreensão. Por meio da validação e análise do discurso do profissional, utilizando o material traduzido, observaram-se elementos eficazes e com mecanismos do CCP que podem ser utilizados por outros profissionais brasileiros na prática-clínica, em prol da qualidade de atendimento dos pacientes com zumbido.

Referências

- Advancing the Practice of Patient- and Family-Centered Care How to Get Started (2008).
Bethesda, Maryland: Institute for Family-Centered Care.
- Adjamian, P., Hall, D. A., Palmer, A. R., Allan, T. W., & Langers, D. R. M. (2014).
Neuroanatomical abnormalities in chronic tinnitus in the human brain. *Neuroscience
and Biobehavioral Reviews*, 45, 119–133.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.05.013>
- Bacellar, A., Rocha, J. S. X., & Flôr, M. de S. (2012). Abordagem centrada na pessoa e
políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: Uma aproximação possível.
Revista do NUFEN, 4(1), 127–140.
- Baguley, D., McFerran, D., & Hall, D. (2013). Tinnitus. *The Lancet*, 382(9904), 1600–1607.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60142-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60142-7)
- Barbosa, H. G. (2007). Procedimentos Técnicos da Tradução: Uma nova proposta. PONTES.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management
approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and
Counseling*, 48(2), 177–187. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00032-0)
- Bakhtin, M. (2003). Estética da Criação Verbal. São Paulo. Martins Fontes.
- Berberian, A. P., Ribas, A., Imlau, D., Guarinello, A. C., Massi, G., Tonocchi, R.,
Riesemberg, R., Martins, J., & Rosa, M. R. D. (2016). Benefit of Using the Prosthesis
with Sound Generators in Individuals with Tinnitus Associated With Mild to
Moderately Severe Hearing Loss. *The International Tinnitus Journal*, 20(2), 64–68.
- Berberian, A. P., Ribas, A., Imlau, D., Guarinello, A. C., Massi, G., Tonocchi, R.,
Riesemberg, R., Martins, J., & Rosa, M. R. D. (2017). Benefit of Using the Prosthesis
with Sound Generators in Individuals with Tinnitus Associated With Mild to

- Moderately Severe Hearing Loss. *The International Tinnitus Journal*, 20(2), 64–68.
<https://doi.org/10.5935/0946-5448.20160012>
- Boari, L., Cavalcanti, C. M., Bannwart, S. R. F. D., Sofia, O. B., & Dolci, J. E. L. (2004). Evaluation of Epworth Sleepiness Scale in patients with obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 70(6), 752–756.
<https://doi.org/10.1590/S0034-72992004000600007>
- Dawes, P., Fortnum, H., Moore, D. R., Emsley, R., Norman, P., Cruickshanks, K., Davis, A., Edmondson-Jones, M., McCormack, A., Lutman, M., & Munro, K. (2014). Hearing in middle age: A population snapshot of 40- to 69-year olds in the United Kingdom. *Ear and Hearing*, 35(3), e44-51. <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000010>
- Duchan, J. (2004). Maybe Audiologists Are Too Attached to the Medical Model. *Seminars in Hearing*, 25, 347–354. <https://doi.org/10.1055/s-2004-836136>
- Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gaulden, C. M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., Lewin, S., Smith, R. C., Coffey, J., Olomu, A., & Beasley, M. (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003267.pub2>
- Faraco, C. A. ([s.d.]). MEDVIÉDEV, Pável Nikoláievitch. O método formal nos estudos literários: Introdução crítica a uma poética sociológica. Tradução de Ekaterina Vólkova Américo e Sheila Camargo Grillo. São Paulo: Contexto, 2012. 269 p. *São Paulo*, 7.
- Faraco—MEDVIÉDEV, Pável Nikoláievitch. *O método formal no.pdf*. ([s.d.]). Recuperado 15 de fevereiro de 2020, de <http://www.scielo.br/pdf/bak/v7n2/12.pdf>
- Ferreira, P. É. A., Cunha, F., Onishi, E. T., Branco-Barreiro, F. C. A., & Ganança, F. F. (2005). Tinnitus handicap inventory: Adaptação cultural para o Português brasileiro. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 17(3), 303–310.
<https://doi.org/10.1590/S0104-56872005000300004>

- Goulart, B. N. G. de, & Chiari, B. M. (2010). Humanização das práticas do profissional de saúde: Contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 255–268. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100031>
- Granjeiro, R. C., Kehrle, H. M., Bezerra, R. L., Almeida, V. F., Sampaio, A. L. L., & Oliveira, C. A. (2008). Transient and distortion product evoked oto-acoustic emissions in normal hearing patients with and without tinnitus. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery: Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 138(4), 502–506. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2007.11.012>
- Grenness, C., Hickson, L., Laplante-Lévesque, A., & Davidson, B. (2014). Patient-centred audiological rehabilitation: Perspectives of older adults who own hearing aids. *International Journal of Audiology*, 53 Suppl 1, S68-75. <https://doi.org/10.3109/14992027.2013.866280>
- Guedes, C. R., Nogueira, M. I., & Camargo Jr., K. R. de. (2006). A subjetividade como anomalia: Contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 1093–1103. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400030>
- Guimarães, A. C., Carvalho, G. M. de, Voltolini, M. M. de F. D., Zappelini, C. E. M., Mezzalira, R., Stoler, G., Paschoal, J. R., Guimarães, A. C., Carvalho, G. M. de, Voltolini, M. M. de F. D., Zappelini, C. E. M., Mezzalira, R., Stoler, G., & Paschoal, J. R. (2014). Study of the relationship between the degree of tinnitus annoyance and the presence of hyperacusis. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 80(1), 24–28. <https://doi.org/10.5935/1808-8694.20140007>
- Gusso, G., & Silva, V. P. Silva. (2012). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: 2 Volumes* (Edição: 1). Artmed.

- Henry, J. A., Dennis, K. C., & Schechter, M. A. (2005). General review of tinnitus: Prevalence, mechanisms, effects, and management. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 48(5), 1204–1235. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2005/084\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2005/084))
- Hurtuk, A., Dome, C., Holloman, C. H., Wolfe, K., Welling, D. B., Dodson, E. E., & Jacob, A. (2011). Melatonin: Can it stop the ringing? *The Annals of Otology, Rhinology, and Laryngology*, 120(7), 433–440. <https://doi.org/10.1177/000348941112000703>
- Jastreboff, P. J. (1990). Phantom auditory perception (tinnitus): Mechanisms of generation and perception. *Neuroscience Research*, 8(4), 221–254. [https://doi.org/10.1016/0168-0102\(90\)90031-9](https://doi.org/10.1016/0168-0102(90)90031-9)
- Laplane-Lévesque, A., Hickson, L., & Worrall, L. (2010a). *A Qualitative Study of Shared Decision Making in Rehabilitative Audiology*. 17.
- Laplane-Lévesque, A., Hickson, L., & Worrall, L. (2010b). Promoting the Participation of Adults With Acquired Hearing Impairment in Their Rehabilitation. *Journal of the Academy of Rehabilitative Audiology*.
- Laplane-Lévesque, A., Hickson, L., & Worrall, L. (2010). A Qualitative Study of Shared Decision Making in Rehabilitative Audiology. *Journal of the Academy of Rehabilitative Audiology*, 43.
- Lawn, S., & Schoo, A. (2010). Supporting self-management of chronic health conditions: Common approaches. *Patient Education and Counseling*, 80(2), 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.006>
- Marco, D., & Alfredo, M. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: Um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(1), 60–72. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022006000100010>

- Martines, F., Bentivegna, D., Martines, E., Sciacca, V., & Martinciglio, G. (2010). Characteristics of tinnitus with or without hearing loss: Clinical observations in Sicilian tinnitus patients. *Auris, Nasus, Larynx*, 37(6), 685–693. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2010.03.008>
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* (1982), 51(7), 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8)
- Meikle, M. B., Henry, J. A., Griest, S. E., Stewart, B. J., Abrams, H. B., McArdle, R., Myers, P. J., Newman, C. W., Sandridge, S., Turk, D. C., Folmer, R. L., Frederick, E. J., House, J. W., Jacobson, G. P., Kinney, S. E., Martin, W. H., Nagler, S. M., Reich, G. E., Searchfield, G., ... Vernon, J. A. (2012). The tinnitus functional index: Development of a new clinical measure for chronic, intrusive tinnitus. *Ear and Hearing*, 33(2), 153–176. <https://doi.org/10.1097/AUD.0b013e31822f67c0>
- Michie, S., Miles, J., & Weinman, J. (2003). Patient-centredness in chronic illness: What is it and does it matter? *Patient Education and Counseling*, 51(3), 197–206. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00194-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00194-5)
- Miller, E. A. (2002). Telemedicine and doctor-patient communication: A theoretical framework for evaluation. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8(6), 311–318. <https://doi.org/10.1258/135763302320939185>
- Mondelli, M. F. C. G., & Rocha, A. B. da. (2011). Correlação entre os achados audiológicos e incômodo com zumbido. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 15(2), 172–180. <https://doi.org/10.1590/S1809-48722011000200009>
- Nardi, F. S. de. (2009). BRAIT, Beth (org). BAKHTIN: CONCEITOS-CHAVE. São Paulo: Contexto, 2005. *Organon*, 23(47). <https://doi.org/10.22456/2238-8915.29520>

- Nondahl, D. M., Cruickshanks, K. J., Huang, G.-H., Klein, B. E. K., Klein, R., Nieto, F. J., & Tweed, T. S. (2011). Tinnitus and its risk factors in the Beaver Dam offspring study. *International Journal of Audiology*, 50(5), 313–320. <https://doi.org/10.3109/14992027.2010.551220>
- Oiticica, J., Bittar, R. S. M., Oiticica, J., & Bittar, R. S. M. (2015). Tinnitus prevalence in the city of São Paulo. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 81(2), 167–176. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.12.004>
- Pistori, M. H. C., & Pistori, M. H. C. (2018). VOLÓCHINOV, Valentin (Círculo de Bakhtin). Marxismo e filosofia da linguagem. Problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem. Tradução, notas e glossário de Sheila Grillo e Ekaterina Vólkova Américo. Ensaio introdutório de Sheila Grillo. São Paulo: Editora 34, 2017, 373p. *Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso*, 13(2), 194–202. <https://doi.org/10.1590/2176-457336646>
- Poost-Foroosh, L., Jennings, M. B., Shaw, L., Meston, C. N., & Cheesman, M. F. (2011). Factors in Client–Clinician Interaction That Influence Hearing Aid Adoption. *Trends in Amplification*, 15(3), 127–139. <https://doi.org/10.1177/1084713811430217>
- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A., & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), 600–607. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x>
- Rogers, C. (2001). Tornar-se pessoa. (5ª ed.) . (M. J. Ferreira e A. Lamparelli, Trad.). São Paulo: *Martins Fontes*. (Obra original publicada em 1961).
- Sanchez, T.G., Bento, R.F, Miniti, A., Câmara, J. (1997) Zumbido: características e epidemiologia. Experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev Bras Otorrinolaringologia*; 63:229-35.

- Sanchez, T.G., Medeiros, I.R., Coelho, F.F., Constantino, G.T.L., Bento, R.F. (2001) Frequência de alterações da glicose, lipídeos e hormônios tireoideanos em pacientes com zumbido. *Arq Otorrinolaringol*; 5(1):142-7.
- Sanchez, T. G., & Sanchez, T. G. (2014). “Epidemics” of tinnitus in the 21st century: Preparing our children and grandchildren. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 80(1), 3–4. <https://doi.org/10.5935/1808-8694.20140003>
- Schleuning, A. (1988). Medical aspects of tinnitus. In: Vernon J, editor. Tinnitus treatment and relief. Boston: Ally and Bacon.
- Starfield, B. (2011). Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? *The Permanente Journal*, 15(2), 63–69.
- Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Sweetow, R. W. (1999). *Counseling for Hearing Aid Fittings*. Singular Publishing Group.
- Urnau, D., & Tochetto, T. M. (2011). Características do zumbido e da hiperacusia em indivíduos normo-ouvintes. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 15(4), 468–474. <https://doi.org/10.1590/S1809-48722011000400010>
- WHO | *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. ([s.d.]). WHO. Recuperado 15 de fevereiro de 2020, de <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Wood, J. K. (2008). *Abordagem Centrada na Pessoa* (4ª ed). Vitória: EDUFES.
- Wilson, P. H., Henry, J., Bowen, M., & Haralambous, G. (1991). Tinnitus Reaction Questionnaire: Psychometric properties of a measure of distress associated with tinnitus. *Journal of Speech & Hearing Research*, 34(1), 197–201. <https://doi.org/10.1044/jshr.3401.197>

Zeman, F., Koller, M., Schecklmann, M., Langguth, B., Landgrebe, M., & TRI database study group. (2012). Tinnitus assessment by means of standardized self-report questionnaires: Psychometric properties of the Tinnitus Questionnaire (TQ), the Tinnitus Handicap Inventory (THI), and their short versions in an international and multi-lingual sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 128. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-128>

Apêndice A: Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____, tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) do **Cuidado centrado na pessoa: tradução e validação de ferramentas de manejo e acompanhamento de pacientes com queixa de zumbido**. Recebi da Prof^a Marine Raquel Diniz Rosa, do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Paraíba, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- O trabalho terão como objetivos Traduzir e adaptar para o português brasileiro as ferramentas de zumbido do IDA Institute e Validar o uso das ferramentas na prática clínica.
- No CCP o profissional busca enfatizar que condições crônicas podem não ser curadas, mas suas consequências podem ser minimizadas com o autogerenciamento, isto é, a adoção, modificação e / ou manutenção de comportamentos saudáveis.
- A mim caberá a participação em todas as etapas do estudo e ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados à população acadêmica;
- Sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo, e o participante poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo. Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando dessa forma a privacidade;
- Os atendimentos serão filmados, ciente disso autorizo o uso da minha imagem para fins científicos;
- O estudo não acarretará nenhuma despesa ou ônus financeiro e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros a mim;
- Receberei uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado. O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.



Assinatura ou impressão datiloscópica do (a) voluntário (a)

Contato com a Pesquisadora Responsável: Marine Raquel Diniz Da Rosa
Cidade Universitária, Campus I – Castelo Branco, João Pessoa - PB.
Email: mrdrosa@yahoo.com.br

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danos durante sua participação no estudo dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UEPB – Cidade Universitária / Campus I, Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 – Fone: (83) 3216-7791.

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Assinatura da Pesquisadora Participante

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Campus I – Cidade Universitária – Bloco Arnaldo Tavares – Sala 812 – 1º andar – CCS

Anexos

ANEXO A: Parecer do CEP

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CUIDADO CENTRADO NA PESSOA EM PACIENTES COM QUEIXA DE ZUMBIDO

Pesquisador: Marine Raquel Diniz da Rosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 00461018.4.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.038.884

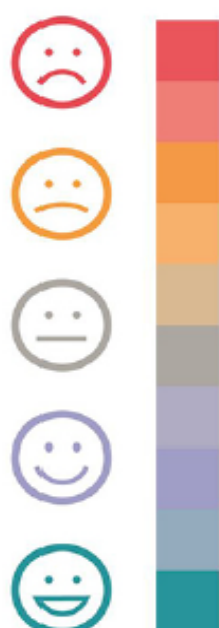
ANEXO B: Tinnitus Thermometer

Tinnitus Thermometer

The Tinnitus Thermometer helps you assess how patients are experiencing tinnitus and how they are coping with tinnitus at the time of their appointment. You can also use it to monitor how patients are doing over time and determine the most effective rehabilitation strategies for them. If there is improvement, you can show this to your patient to help them realize their perspectives of tinnitus can change for the better and remind them how far they have come.

The rating scale used in the Tinnitus Thermometer is adapted from the **Tinnitus Distress Rating Scale** that builds on self-rating scales for pain such as the **VAS**. The questions component of the tool can complement other resources like the T Reaction Questionnaire (TRQ), T Handicap Inventory (THI) and T Functional Index (TFI).

How to use the tool



Download the **Tinnitus Thermometer** and **Tinnitus Thermometer Documentation** PDFs to use during the consultation. You can also send the **online version** to your patient to complete prior to their appointment.

Ask the open-ended questions listed below to structure the conversation with your patient. Write down the patient's responses in the corresponding boxes on the Tinnitus Thermometer Documentation. It is important that you listen actively and give the patient space to express their thoughts and feelings, so you can provide them with relevant guidance. This exercise will take about five minutes.

1. "When you think of tinnitus, what do you think of? Say one or two words that describe how you feel about tinnitus."

This question can help you determine if your patient experiences tinnitus as a sound or as a physical and/or an emotional pain. This could be further explored by asking the patient to close their eyes and imagine what they see when they think of their tinnitus and asking them to describe what that looks like.

2. "What do you expect from this appointment?"

This question is important because it focuses on the patient's needs in a specific moment. It also helps explore options and adjust expectations for the outcome of the appointment.

3. "During the last week, was there a time when your tinnitus was less bothersome?"

The third question emphasizes what positive experiences, if any, have occurred in relation to your patient's tinnitus. This allows you to identify possible strategies that could help your patient cope better with tinnitus. It can also contribute to determining other methods (psychotherapy, mindfulness, or sound therapy for example) that may help your patient.

If the patient cannot think of a situation, you could ask, "Is there anything you know of that might help with your tinnitus or that helped someone else?"

Before moving on to the rating scale in the Tinnitus Thermometer, you can explain to your patient, "The reason I have been asking you these questions is to gauge your 'tinnitus temperature' to find out what concerns you have about your tinnitus and how best to address those concerns."

The final step of the tool is having your patient rate their tinnitus on the Tinnitus Thermometer. Ask them to mark a number between 0 and 10 on the thermometer to signify how much tinnitus has

bothered them in the past week. Zero indicates it hasn't bothered them at all, and 10 is the worst possible tinnitus. Asking the patient to evaluate their level of discomfort on the thermometer is an effective way to establish how bothersome or intrusive a patient's tinnitus is.

Remember to use this tool in each appointment to track how your patient is doing over time.

ANEXO C: Guia de comunicação do zumbido

Tinnitus Communication Guide



The Tinnitus Communication Guide helps you communicate effectively and empathetically with your patients.

The way you talk about tinnitus can have a powerful impact on your patients and how they feel about their future. It is important to communicate in a comforting way that encourages your patients and instills a sense of hope.

Not everyone with tinnitus struggles with managing it or seeks professional help, but when they do, it is important to allow them to discuss their feelings and to let them tell their story.

Start with open-ended questions

Open-ended questions provoke thoughtful responses as opposed to yes or no answers. They allow you to create room for your patient to share their thoughts and feelings about how tinnitus affects their life. This can help them work through difficult emotions and feel less alone. Their answers will ultimately save you time by allowing you to deliver care focused specifically on their individual needs.

Here are some questions you can start with:

- "Can you tell me about your tinnitus?"
- "Do you have any concerns about it?"
- "Are you doing anything differently now because of your tinnitus?"
- "How do you feel about it?"
- "Is it affecting other people in your life?"

Asking open-ended questions also helps your patient articulate their thoughts and questions about tinnitus. You can then address any misconceptions they may have.

Common questions about tinnitus

Question: Will tinnitus damage my hearing and make me go deaf?

Answer: If you have hearing loss, you are more likely to experience tinnitus, but tinnitus itself cannot damage your hearing. Tinnitus is often the result of hearing loss, especially in the high pitches.

Question: Is tinnitus a sign of something serious that the doctors have missed?

Answer (If a full medical/audiological work-up has been done): Specialists have checked your hearing and are confident that your tinnitus is not a sign of anything serious. Tinnitus is very common, affecting around 10% of the population, and if your audiological check-up is normal, then this means your tinnitus is not a sign of something serious.

Question: Can tinnitus drive me mad?

Answer: Tinnitus can be distressing, particularly when it first starts. It is also worsened by stress. Although this can be difficult to cope with, patients can learn how to manage their tinnitus and live well with it.

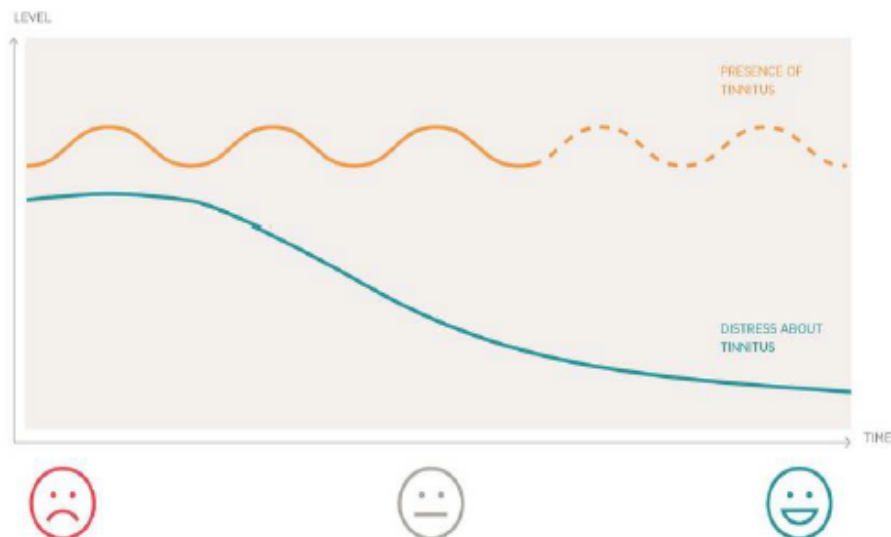
Express empathy

It is essential that you give your patient space to express their emotions and to demonstrate that you understand their feelings. You can show empathy with comments that assure the patient that you are actively listening such as:

- That sounds very difficult for you.
- Tell me more about how that makes you feel.
- I understand that you want your tinnitus to go away – I would like that too.

Explain the difference between presence and intrusiveness

The **Tinnitus Forecast graph** can help you explain the difference between how present (loud) the sound of tinnitus is and how intrusive (distressing) it is.



The Tinnitus Forecast builds on prior work with patients of Dr. Laurence McKenna and Dr. David Scott at the Royal National Throat, Nose and Ear Hospital, London. It is part of the Tinnitus Communication Guide.

Show the graph to your patient. Use it to explain that although the tinnitus may always be present, the level of distress it causes them and how intrusive it is will likely decrease significantly over time. This is called habituation.

It is very important for your patients to understand this key point. Many patients have been told that their tinnitus will never go away. This does not mean that the patient will have to struggle with it forever. The goal of this conversation is to give your patient a sense of hope and reduce their fear that they will always feel the same level of distress.

By showing the difference between how present tinnitus is and how intrusive it is, clinicians can foster hope in their patients and help them think about their tinnitus in more constructive ways. Sharing this information with patients early in their treatment can have a huge impact on how they cope with tinnitus in the long term.

You can also demonstrate that the sound level may vary over time; sometimes it will be a little louder, sometimes a little quieter, but in general, it will persist. Sometimes your patient will not notice their tinnitus (indicated by the dotted line). You can encourage them to focus on what they were doing at those times, for example if they were working, listening to music, or exercising.

To check that your patient understands the difference between the presence and intrusiveness of tinnitus, ask them to show you where they are on the graph. Explain that the forecast is based on the experiences of many people with tinnitus. Neither you nor the patient can foresee exactly what they will experience in the long run. It is unlikely that their tinnitus will go away, but it is probable that it will become less distressing.

Give advice for next steps

Once patients understand that the way they feel about their tinnitus can improve, they often ask what they can do to feel better. You could suggest managing stress and taking care of themselves. Patients can also find help on relevant websites like the [Tinnitus First Aid Kit](#). Other strategies include:

- Wearing hearing aids
 - Using masking devices such as sound generators or smartphone apps
 - Participating in group sessions to share their experiences with people facing similar challenges
 - Meeting with mental health professionals who can help them with relaxation techniques
- There are many options and it is important that you help each patient find what works best in their individual case.

ANEXO D: Kit de primeiros socorros

Are you hearing a constant ringing in your ears? Then it is most likely that you have tinnitus. Stay calm, it does get better for most people, and our Tinnitus First Aid Kit is designed to help you.



What is Tinnitus?

Tinnitus is not a disease or illness. It is a symptom caused by the hearing system in your brain. Read more about tinnitus [here](#).



Your Tinnitus First Aid Kit

We have put together a Tinnitus First Aid Kit for you if you have just discovered, or think you might have tinnitus. Find more advice and tools [here](#).

Hope and Reassurance

This website is a place to find basic information about tinnitus and how to deal with it. The information on this site does not replace the advice of a medical professional, but we hope that it can provide reassurance until you can consult one. We have collected some tried and tested methods to help you with your tinnitus. Our goal is to provide you with hope and reassurance at what can be a difficult time. We promise you that this is a safe space to get knowledge and learn about tinnitus.

The Tinnitus First Aid Kit was developed in collaboration with Ida Institute and British Tinnitus Association. You can find out about us and our work [here](#).

[FIND OUT MORE](#)

What is Tinnitus?

Tinnitus is very common. About one in ten adults experience tinnitus. It is not a disease or illness. It is a symptom generated by the hearing system in your brain.

What causes tinnitus?

The causes of tinnitus are still not fully known. Here we list some issues that we do know that it can be linked with.



Hearing loss

People often lose some of their hearing as they get older due to "wear and tear" in the inner ear. Tinnitus could be your brain's attempt to fill in the gaps of the sounds you can no longer hear. Tinnitus can also be more noticeable, as it is no longer masked by other environmental sounds.



Stress and anxiety

Tinnitus can be more noticeable if you are anxious or stressed.



Exposure to loud noise

The inner ear can be damaged by exposure to loud noise, which can lead to hearing loss and tinnitus.



Other medical conditions

Tinnitus can occasionally be associated with other medical conditions. It is a good idea to get a medical opinion about your tinnitus in order to rule out these conditions.

Did you know?

Some people with tinnitus experience sensitivity to certain sounds, or sound in general. This is called *hyperacusis*. It too is a symptom, not a disease or illness, and it can be overcome. Sometimes people experience an intense emotional reaction to hearing someone chewing, sneezing, clearing their throat etc. This is called *misophonia*.



What we know from research

Over time, the noises disappear or at least reduce to a bearable level for most people. This is because the brain loses interest and stops checking the signal. This process is called *habituation*. The length of time this takes varies from person to person – but it does happen. There are techniques available to make tinnitus more manageable. Read more about these techniques in our Tinnitus First Aid Kit [here](#).



Read more about tinnitus

There are many sites offering miracle cures and treatments for tinnitus – most of these will leave you disappointed and considerably poorer. And you will probably come across forums where people's stories are quite scary and downbeat. What you have to remember is people rarely come back to post when they are out of the crisis. We'd encourage you to focus on positive and reliable sources for ideas and help – such as the ones listed here.

The websites listed below are sources of credible, evidence-based information. Many of the organisations also offer help via email or telephone.

[British Tinnitus Association](#)

[American Tinnitus Association](#)

[Better Hearing Institute](#)



Ida Institute
Eyedonbury 98



British Tinnitus Association
Ground Floor, Unit 5



It is natural to be concerned about what is happening, but there are lots of things you can do to help yourself and to reduce the impact of tinnitus. The Tinnitus First Aid Kit will help you take those first steps.

What should I do?

Stay calm and do not panic. It does get better for many people.
One thing to bear in mind, however tempting it is: Do not use ear plugs in normal, everyday situations hoping to block out the tinnitus sound. They could have the opposite effect. However, you should wear them when you are around loud noise. As this website isn't a substitute for medical advice, we suggest that you consult with your doctor about your tinnitus. Ideally, this person will be interested and well informed about tinnitus – or can refer you to someone who is – perhaps an ENT, Nose and Throat specialist or an audiologist.



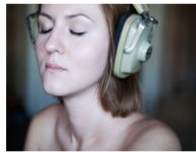
First steps

Although tinnitus rarely means that there is anything seriously wrong, it is wise to see your doctor if you have it. Below are some suggestions to help until you can arrange that appointment.



Information

You will probably feel better when you learn more about tinnitus by looking through the links on this site. Hopefully, learning that tinnitus is very common, not dangerous, and that you are not alone will help.



Basic sound therapy

If the noise seems louder at quiet times, such as during the night, it may help to have some gentle background or natural sounds from a CD or sound generator. You can access free, audiologist-designed sounds [here](#).



Relaxation

Stress and anxiety can make your tinnitus seem louder. Relaxation techniques such as breathing exercises, muscle relaxation, or yoga can help you reduce the loudness of your tinnitus, and lessen its impact on you.

Next steps

In addition to the self-help techniques we have already mentioned, the following strategies can be very helpful in managing tinnitus.



Treat any hearing loss

Tinnitus can be caused by hearing loss. Visit a hearing care professional to see if hearing aids (or a combination hearing aid/sound generator) can help you hear better and treat your tinnitus.



Sleep management

Some people notice their tinnitus more when they are tired. Being well rested can help ease physical and emotional stress, which may lessen the perceived loudness of tinnitus.



Sound Enrichment Therapy

Listening to radios, apps, desktop devices, and/or wearable sound generators can help reduce the loudness of tinnitus, provide distractions, and encourage habituation.

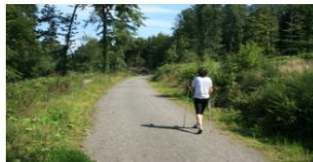
Take notice

If you are experiencing tinnitus because of a physical injury to your head or neck, have accompanying sudden hearing loss, and/or extreme anxiety or depression, please seek medical advice immediately. You should also seek medical advice if you have tinnitus that pulses with your heartbeat, have ear pain or drainage from your ear, and/or vertigo.



Keep in mind

Staying well physically and mentally is key to managing your reactions to tinnitus. Try to eat healthy, drink alcohol in moderation, exercise regularly and get enough sleep. Keeping your body healthy and mind active and occupied with an enjoyable or interesting activity will also help. Tinnitus is very variable. Just because it is bothersome today does not mean it won't be better tomorrow.



Learn more about tinnitus [here](#).

[LEARN MORE](#)

ANEXO E: Ferramentas em ação

Regitze Willemoës is an audiologist with a tinnitus clinic in Copenhagen. Watch as she uses the **Tinnitus Thermometer** with Amanda, a Ménière's patient with tinnitus. The thermometer helps Amanda explain how tinnitus is affecting her in the moment.



Audiologist Regitze Willemoës follows the guidelines of the **Tinnitus Communication Guide** to get a deep understanding of her client Amanda's relationship with tinnitus

If you would like to contribute a video to the website showing how you or a colleague work with the Tinnitus Management tools, please [contact us](#).

