

# Há relação entre cannabis e zumbido? uma revisão de escopo.

Osmar Clayton Person<sup>I</sup>, Paula Ribeiro Lopes Almeida<sup>II</sup>, Sofia Hioki Santos<sup>III</sup>,  
Érica Hoppactah<sup>IV</sup>, Maria Eduarda dos Santos Puga<sup>V</sup>, Álvaro Nagib Atallah<sup>VI</sup>

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil

## RESUMO

**Contexto:** O zumbido é um sintoma que pode trazer muito sofrimento às pessoas. Nos últimos anos, notou-se um aumento no número de pacientes que procuram auxílio médico na busca de um tratamento para a redução do incômodo atribuído a esse sintoma. Muitas estratégias terapêuticas desprovidas de evidência científica são rotineiramente profetizadas e publicadas na internet, prometendo a melhora ou mesmo a cura do zumbido. Há discussões sobre uma possível efetividade da cannabis medicinal para o tratamento do zumbido. **Objetivo:** Avaliar as evidências relativas à associação entre cannabis e zumbido. **Métodos:** Trata-se de revisão de escopo. Procedeu-se a busca por estudos que associavam o uso de cannabis ao zumbido em quatro bases de dados: PubMed (1966-2025), Cochrane Library (2025), EMBASE (1974-2025) e Portal BVS (1982-2025). Os desfechos de análise envolveram ocorrência, melhora do zumbido e ocorrência de eventos adversos. **Resultados:** Há limitação de estudos clínicos, tanto para ocorrência de zumbido quando do uso de cannabis, quanto do resultado terapêutico da cannabis para tratamento do zumbido. **Discussão:** Há ausência de evidência quanto à associação de cannabis e zumbido, sendo os estudos disponíveis atualmente bastante limitados para conclusões definitivas. **Conclusões:** Há escasso material científico sobre a associação entre cannabis e zumbido. Os resultados dos poucos estudos são divergentes e não há suporte para indicação de cannabis para controle do zumbido. Sugere-se a realização de estudos prospectivos de qualidade para elucidação das questões clínicas pendentes diante da ausência de evidência.

**PALAVRAS-CHAVE (TERMOS DECS):** Prática clínica baseada em evidências, cannabis, zumbido, revisão.

**PALAVRAS-CHAVE DOS AUTORES:** canabidiol, cannabis medicinal, tinnitus.

<sup>I</sup>Doutor em Saúde Baseada em Evidências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil; Professor dos cursos de graduação e pós-graduação da Faculdade Paulista de Ciências da Saúde – SPDM (FPCS), São Paulo (SP), Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0002-2221-9535>

<sup>II</sup>Médica otorrinolaringologista pela Faculdade de Medicina do ABC, Doutora em Saúde Baseada em Evidências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0001-6697-333X>

<sup>III</sup>Médica residente em Otorrinolaringologista pela Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo (SP), Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0003-2464-4583>

<sup>IV</sup>Médica otorrinolaringologista pela Faculdade de Medicina do ABC, Preceptora da Residência Médica em Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André (SP), Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0002-9950-8773>

<sup>V</sup>Doutora em Saúde Baseada em Evidências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil; Especialista em Informação no Centro Cochrane do Brasil, São Paulo (SP), Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0001-8470-861X>

<sup>VI</sup>Professor titular e chefe da Disciplina de Medicina de Urgência e Medicina Baseada em Evidências da Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil; Diretor do Cochrane Brazil, São Paulo (SP), Brasil; Diretor Científico Adjunto da Associação Paulista de Medicina, São Paulo (SP), Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0003-0890-594X>

Contribuição dos autores: Person OC: mentor, síntese de resultados e redação; Almeida PRL: extração de dados; Santos SH: montagem de tabelas; Hoppactah E: extração de dados; Puga MES: estratégia de busca e revisão metodológica; Atallah AN: revisão do texto e orientações. Todos os autores contribuíram ativamente para a discussão dos resultados do estudo e revisaram e aprovaram a versão final do trabalho para publicação.

Editor responsável por esta seção:

Álvaro Nagib Atallah. Professor titular e chefe da Disciplina de Medicina de Urgência e Medicina Baseada em Evidências da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil; Diretor do Cochrane Brazil, São Paulo (SP), Brasil; Diretor de Saúde Baseada em Evidências e Economia Médica da Associação Paulista de Medicina, São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência:

Maria Eduarda dos Santos Puga  
 Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Centro Cochrane do Brasil  
 R. Sena Madureira, 1.500 — Vila Clementino — São Paulo (SP) — CEP 04021-001  
 E-mail: mespuga@unifesp.br e mespuga@yahoo.com.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesses: nenhum declarado.

Entrada: 14 de julho de 2025. Última modificação: 22 de agosto de 2025. Aceite: 14 de julho de 2025.

## CONTEXTUALIZAÇÃO

O zumbido é um dos sintomas otológicos mais comuns. Em tempos recentes, houve avanços significativos na compreensão desse sintoma que pode ser definido como a percepção consciente de um som na ausência de um estímulo auditivo externo.<sup>1</sup>

Trata-se de um sintoma médico comum que pode ser debilitante e envolve fatores de risco, como perda auditiva, exposição a medicamentos ototóxicos, traumatismo craniano e depressão. Não há tratamentos medicamentosos eficazes disponíveis, embora muitas pesquisas estejam em andamento sobre os mecanismos e possíveis tratamentos. A intervenção cirúrgica para qualquer doença otológica associada ao zumbido pode ser eficaz para a doença, mas o zumbido geralmente persiste. Os tratamentos disponíveis mais comuns incluem aparelhos auditivos, quando a perda auditiva é identificada (mesmo leve ou unilateral), terapia sonora de banda larga e aconselhamento. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é indicada para alguns pacientes, embora sua disponibilidade específica para zumbido ainda seja restrita. A base de evidências é mais forte para uma combinação de terapia sonora e aconselhamento baseado em TCC, ainda que os ensaios clínicos sejam limitados pela heterogeneidade de pacientes com zumbido.<sup>2</sup>

Felizmente, a maioria dos casos é idiopática e não esboça gravidade, mesmo que seja fortemente associada à perda auditiva sensorioneural. Causas menos comuns, mas potencialmente perigosas, envolvem tumores vasculares e neurinomas, que devem ser descartadas. Uma avaliação audiológica abrangente deve ser realizada para todos os pacientes que apresentam zumbido unilateral, que está presente há seis meses ou mais ou que é acompanhado por problemas auditivos. A neuroimagem não faz parte do exame padrão, a menos que o zumbido seja assimétrico ou unilateral, pulsátil, associado a anormalidades neurológicas focais ou associado à perda auditiva assimétrica. Quanto ao tratamento, até o momento, como mencionado anteriormente, a TCC é a única estratégia que demonstrou melhorar a qualidade de vida em pacientes com zumbido. A terapia sonora e a terapia de retraining do zumbido (conhecida como TRT) são opções de tratamento, mas as evidências são inconclusivas. O uso de melatonina, antidepressivos e treinamento cognitivo podem ajudar quando há distúrbios do sono, transtornos de humor e deficiências cognitivas, respectivamente.<sup>3</sup>

Considerando os mecanismos fisiopatológicos que envolvem o sintoma, uma hipótese sugere que o zumbido é uma forma de epilepsia sensorial, decorrente, em parte, da hiperatividade neuronal em regiões auditivas do cérebro, como o núcleo coclear e o colículo inferior. Embora atualmente não

haja tratamento medicamentoso eficaz para esse sintoma, medicamentos antiepilépticos são usados em alguns casos como uma possível opção de tratamento. Há publicações crescentes na literatura que sugerem que medicamentos canabinoides, ou seja, agonistas do receptor canabinoide, também podem ter efeitos antiepilépticos, pelo menos em alguns casos e em algumas partes do cérebro. Foi relatado que os receptores canabinoides CB1 e o canabinoide endógeno, 2-araquidonilglicerol (2-AG), são expressos no núcleo coclear e que estão envolvidos na regulação da plasticidade neural. Nesse contexto, os agonistas do receptor canabinoide provavelmente são pró ou antiepilépticos no núcleo coclear e, portanto, em tese, os canabinoides e a própria cannabis poderiam melhorar ou piorar o zumbido.<sup>4</sup>

A vinculação da cannabis como possível opção terapêutica no tratamento do zumbido tem sido objeto de discussão em publicações na internet. Entretanto, é incerta a evidência para recomendação do consumo de cannabis medicinal para essa finalidade. Nesse contexto, o presente estudo procurou as melhores evidências disponíveis e amparadas na ciência quanto ao uso da cannabis para o tratamento do zumbido.

## OBJETIVOS

Avaliar as evidências relativas à associação entre o uso de cannabis e o zumbido em humanos.

## MÉTODOS

Trata-se de revisão de escopo. Procedeu-se a busca em quatro bases eletrônicas de dados, sendo: MEDLINE via PubMed (1966-2025) – [www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov), Cochrane Library (2025), EMBASE (1974-2025) e Portal Regional BVS (1982-2025). Não houve limitação de data ou restrição geográfica para a pesquisa. A data da última pesquisa foi 8 de julho de 2025.

O vocabulário oficial identificado foi extraído do Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) – <http://decs.bvs.br/> e no Medical Subject Headings (MeSH) – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>. Foram utilizados os descritores e termos: “cannabinoids” AND “tinnitus”. A metodologia adotada para o desenvolvimento da estratégia de busca seguiu o *Handbook da Cochrane*, bem como a padronização para estratégias de alta sensibilidade.<sup>5</sup>

A estratégia de busca utilizada para a pesquisa nos bancos eletrônicos de dados é apresentada no **Quadro 1**.

O planejamento para escalonamento de evidências envolveu a seleção dos estudos com o maior nível de evidência, sendo priorizadas, na ordem, as revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados (ECR) e não randomizados, os

ensaios clínicos (randomizados ou não), os estudos coorte, os estudos caso-controle e os estudos de séries de casos, seguindo a parametrização da pirâmide de nível de evidência. Os desfechos de análise foram a melhora clínica (redução do zumbido) e a ocorrência de eventos adversos. O método de síntese envolveu a combinação de estudos semelhantes em uma revisão narrativa. Os resultados de estudos individuais foram resumidos na **Tabela 1**. Foram considerados apenas os estudos publicados na íntegra.

## RESULTADOS

A estratégia de busca recuperou em julho de 2025 um total de 229 referências, sendo 206 no PubMed, 0 na Cochrane Library, 12 no EMBASE e 11 no Portal BVS. Depois de eliminadas as duplicidades e as referências não relacionadas ao escopo dessa análise, foram selecionados quatro estudos (3 estudos transversais e 1 coorte). A grande maioria das publicações disponíveis na literatura científica abrange estudos *in vitro*, estudos em modelo animal, artigos de revisão narrativa e artigos de opinião.

A **Tabela 1** apresenta os estudos incluídos nesta revisão, bem como suas características e achados.

## DISCUSSÃO

A possível associação entre o uso de cannabis e o zumbido é bastante interessante, tanto no que tange à ocorrência do sintoma quando do uso recreativo da cannabis quanto seu uso terapêutico para o controle do zumbido. Estudos em animais revelaram que a expressão do receptor canabinoide no

núcleo coclear variou com a sintomatologia do zumbido, e o uso de agentes canabinoides aumentou ou não teve efeito no comportamento relacionado ao zumbido. Há muitos conflitos nos estudos realizados, que apresentaram resultados conflitantes entre o uso de cannabis e o zumbido na população em geral. Os dados clínicos são muito escassos, embora um pequeno estudo de coorte tenha demonstrado uma relação dose-dependente entre o consumo de tetrahydrocannabinol e a frequência de episódios de zumbido em pacientes em tratamento para câncer.<sup>6</sup>

A cannabis corresponde a um termo genérico para a droga psicoativa derivada de plantas da família *Cannabis*, incluindo *Cannabis sativa* e *Cannabis indica*. A *cannabis* contém mais de 400 substâncias químicas diferentes com moléculas biologicamente ativas conhecidas como fitocannabinoides; aproximadamente 120 fitocannabinoides diferentes foram identificados, muitos dos quais modulam diretamente o sistema canabinoide endógeno. Dois dos fitocannabinoides são melhor compreendidos, sendo o delta-9-tetraidrocanabinol (THC) e o canabidiol (CBD). O THC é o principal constituinte psicoativo da *cannabis*, associado à sensação de euforia que os usuários experimentam. Também possui propriedades antieméticas, anti-inflamatórias, analgésicas e antioxidantes. O CBD é um canabinoide não psicoativo e está associado a efeitos anticonvulsivantes, ansiolíticos e sedativos. Há também uma crescente de evidências para o uso de THC e CBD para o tratamento da dor crônica, dor neuropática relacionada à lesão da medula espinal e dor refratária associada ao câncer avançado.<sup>6-8</sup>

Os modelos mais amplamente aceitos para a fisiopatologia do zumbido envolvem a hiperexcitabilidade

**Quadro 1.** Estratégia de busca realizada em 8 de julho de 2025

Estratégias de busca/bases de dados	Resultados
<b>PUBMED</b> ("cannabinoids"[Supplementary Concept] OR "cannabinoids"[All Fields] OR "cannabinoids"[MeSH Terms]) AND ("tinnitus"[MeSH Terms] OR "tinnitus"[All Fields])	206
<b>COCHRANE LIBRARY</b> #1 MeSH descriptor: [cannabinoids] explode all trees #2 (tinnitus) #3 #1 AND #2 = 1	0
<b>EMBASE</b> #1 'cannabinoids' #2 'tinnitus' #3 #1 AND #2 = 12	12
<b>PORTAL REGIONAL BVS</b> #1 mh:(cannabinoids) #2 mh: "Tinnitus" #3 #1 AND #2 = 11	11

Tabela 1. Estudos incluídos na revisão e síntese

Autor	Desenho/ano	Intervenção	Resultados e conclusões
Qian et al. <sup>7</sup>	Estudo transversal (2020) n = 2.705 adultos (20-69 anos)	Objetivo: avaliar as associações entre o uso de cannabis e a prevalência, gravidade e taxa de ocorrência de zumbido.  Metodologia: Foram avaliados 2.705 adultos não institucionalizados que foram submetidos a testes audiométricos e responderam a questionários sobre audição, uso de drogas, estado de saúde atual e histórico médico.  Desfecho de análise: Ocorrência de zumbido.	Resultados: O uso de cannabis pelo menos uma vez por mês durante 12 meses foi significativamente associado à experiência de zumbido (P < 0,001). Indivíduos que usaram cannabis foram mais propensos à ocorrência de zumbido considerando covariáveis, como idade, sexo, perda auditiva audiométrica, histórico de exposição ao ruído, depressão, ansiedade, tabagismo, uso de salicilato, doença cardiovascular, hipertensão e diabetes (OR = 1,75, 95%IC = 1,02–3,01, P = 0,043). Não houve associações entre a gravidade ou frequência da ocorrência de zumbido e a quantidade ou frequência do uso de cannabis. O uso de outras substâncias, como álcool, cocaína, metanfetamina e heroína, não foi associado ao zumbido.  Conclusão: O uso regular de cannabis está associado à prevalência de zumbido. No entanto, não foi observada resposta à dose entre o uso de cannabis e o zumbido. A relação entre o uso de cannabis e o zumbido é complexa e provavelmente modulada por fatores psicossociais.
Mavedatnia et al. <sup>8</sup>	Estudo transversal (2023) n = 45 adultos	Objetivo: Avaliar pacientes com zumbido sobre suas perspectivas e padrões de uso de cannabis.  Metodologia: pacientes com queixa primária de zumbido em uma clínica terciária de neurotologia responderam a um questionário de 18 itens avaliando percepção, atitudes e padrões de uso de cannabis.  Desfecho de análise: melhora do zumbido.	Resultados: 45 pacientes completaram a pesquisa (idade média de 54,5 anos, sendo 31 mulheres e 14 homens); 96% dos pacientes relataram que considerariam a cannabis como tratamento para seu zumbido. Os pacientes consideraram o uso de cannabis para sintomas auditivos (91%) e sintomas relacionados ao zumbido, como queixas emocionais (60%), distúrbios do sono (64%) e distúrbios funcionais (56%); 36% dos pacientes já haviam usado cannabis e 22% dos pacientes relataram uso de cannabis no momento do estudo; 80% dos pacientes que estavam usando cannabis ativamente relataram que ela ajudou com os sintomas relacionados ao zumbido, como tontura, ansiedade, dor corporal e distúrbios do sono. A maioria dos pacientes prefere usar formulações comestíveis (62%), comprimidos (58%) e cremes (47%) de cannabis. Os pacientes estavam preocupados com o custo (29%), potenciais implicações para a saúde física (53%) e efeitos colaterais psicossociais (60%) da cannabis. Mais da metade dos pacientes aprenderam sobre a cannabis por meio de um amigo ou familiar, e apenas 22% dos pacientes aprenderam sobre a cannabis por meio de um médico ou enfermeiro.  Conclusão: O uso de cannabis é comum entre pacientes com zumbido, sendo que usuários relataram alívio dos sintomas. A maioria dos pacientes consideraria seu uso como um possível tratamento para aliviar os sintomas relacionados ao zumbido e estaria interessada em aprender mais sobre seu uso. Ao compreender como a cannabis é percebida por pacientes com zumbido, os profissionais de saúde podem fornecer educação adequada ao paciente.
Han et al. <sup>9</sup>	Estudo transversal (2010) n = 29.195 adultos	Objetivo: Avaliar a associação do uso de drogas ilícitas com diferentes condições de saúde, incluindo zumbido, utilizando dados da Pesquisa Nacional sobre Uso de Drogas e Saúde.  Metodologia: avaliação por questionário sobre o uso de cannabis e outras drogas ilícitas ao longo da vida de 29.195 participantes com idades entre 35 e 49 anos.  Desfecho de análise: ocorrência de zumbido em usuário de cannabis.	Resultados: Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre zumbido e uso de cannabis. Estudo de alto risco de viés condicionado ao desenho de estudo.  Conclusão: Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre zumbido e uso de cannabis.
Noyes et al. <sup>10</sup>	Coorte (1975) n = 34 adultos	Objetivo: Avaliar os efeitos analgésicos de diferentes doses de THC e codeína em pacientes com câncer.  Metodologia: seguimento após administração de 10 mg ou 20 mg de THC.  Desfecho de análise: ocorrência de zumbido.	Resultados: Onze pacientes de um total de 34 pacientes da coorte relataram zumbido como um evento adverso após a administração de 10 mg ou 20 mg de THC, em comparação com três pacientes que relataram zumbido no grupo placebo. Os dados também mostram uma provável relação dose-resposta, com pacientes que receberam a concentração mais alta de THC relatando zumbido com mais frequência. Como o objetivo do estudo era avaliar os efeitos analgésicos, nenhuma análise estatística foi realizada comparando o grupo com zumbido e sem zumbido, nem a gravidade do zumbido caracterizada.  Conclusão: O zumbido pode ser um efeito adverso do uso de THC em humanos em um ambiente controlado.

OR = odds ratio (razão de chances); THC = tetra-hidrocanabinol.

neuronal, um mecanismo que também é observado na epilepsia, e daí surgiu a possibilidade potencial do papel dos canabinoides no tratamento do zumbido por meio de seus efeitos anticonvulsivantes.<sup>6-8</sup>

Esta revisão procurou rastrear os bancos de dados da literatura científica, buscando possíveis evidências da associação entre cannabis e zumbido. Não houve restrição na busca para tratamento do zumbido com cannabis, o que também envolveu a procura da relação entre o uso recreativo de cannabis e o zumbido.

A magnitude da literatura científica embasa a relação entre cannabis e zumbido em modelos de estudo *in vitro* e modelos animais. Não há estudos clínicos com evidência para conclusão tanto da efetividade terapêutica da cannabis medicinal, quanto da prevalência de zumbido em usuários de cannabis.

Apenas 4 estudos puderam ser incluídos na revisão, sendo três estudos transversais e um estudo coorte de pequena amostragem.

Qian et al.<sup>7</sup> realizaram um estudo transversal em 2020 que envolveu 2.705 adultos entre 20 e 69 anos de idade. O estudo procurou avaliar as associações entre o uso de cannabis e a prevalência, gravidade e taxa de ocorrência de zumbido. Os participantes realizaram testes audiométricos e responderam a questionários sobre audição, uso de drogas, estado de saúde atual e histórico médico. O uso de cannabis pelo menos uma vez por mês durante 12 meses foi significativamente associado à experiência de zumbido ( $P < 0,001$ ). Indivíduos que usaram cannabis foram mais propensos à ocorrência de zumbido considerando covariáveis, como idade, sexo, perda auditiva audiométrica, histórico de exposição ao ruído, depressão, ansiedade, tabagismo, uso de salicilato, doença cardiovascular, hipertensão e diabetes ( $OR = 1,75$ ,  $95\%IC = 1,02-3,01$ ,  $P = 0,043$ ). Não houve associações entre a gravidade ou frequência da ocorrência de zumbido e a quantidade ou frequência do uso de cannabis. O uso de outras substâncias, como álcool, cocaína, metanfetamina e heroína, não foi associado ao zumbido.

Mavedatnia et al.<sup>8</sup> realizaram estudo transversal em que avaliaram 45 adultos com idade média de 54,5 anos, sendo 31 mulheres e 14 homens. No geral, 96% dos pacientes relataram que considerariam a cannabis como tratamento para seu zumbido. Os pacientes consideraram o uso de cannabis para sintomas auditivos (91%) e sintomas relacionados ao zumbido, como queixas emocionais (60%), distúrbios do sono (64%) e distúrbios funcionais (56%); 36% dos pacientes já haviam usado cannabis e 22% dos pacientes relataram uso de cannabis no momento do estudo; 80% dos pacientes que estavam usando cannabis ativamente relataram que ela ajudou com os sintomas relacionados ao zumbido, como tontura, ansiedade, dor corporal e distúrbios do sono. A maioria dos pacientes

prefere usar formulações comestíveis (62%), comprimidos (58%) e cremes (47%) de cannabis. Os pacientes estavam preocupados com o custo (29%), potenciais implicações para a saúde física (53%) e efeitos colaterais psicossociais (60%) da cannabis. Mais da metade dos pacientes aprenderam sobre a cannabis por meio de um amigo ou familiar e apenas 22% dos pacientes aprenderam sobre a cannabis por meio de um médico ou enfermeiro. Os autores consideraram que o uso de cannabis é comum entre pacientes com zumbido, sendo que usuários relataram alívio dos sintomas. A maioria dos pacientes consideraria seu uso como um possível tratamento para aliviar os sintomas relacionados ao zumbido e estaria interessada em aprender mais sobre seu uso. Ao compreender como a cannabis é percebida por pacientes com zumbido, os profissionais de saúde podem fornecer educação adequada ao paciente.

Han et al.<sup>9</sup> realizaram um estudo transversal para avaliar a associação do uso de drogas ilícitas com diferentes condições de saúde, incluindo zumbido. Os autores utilizaram dados de pesquisa nacional e avaliaram 29.195 adultos entre 35 e 49 anos de idade, por meio de questionário sobre o uso de *cannabis* e outras drogas ilícitas ao longo da vida. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre zumbido e uso de *cannabis*. O estudo apresentou alto risco de viés condicionado ao seu desenho.

O estudo realizado por Noyes et al.<sup>10</sup> foi uma coorte de baixa amostragem ( $n = 34$  participantes) para avaliar os efeitos analgésicos de diferentes doses de THC e codeína em pacientes com câncer. Onze pacientes relataram zumbido como evento adverso após a administração de 10 mg ou 20 mg de THC. Os dados também mostraram uma provável relação dose-resposta, com pacientes que receberam a concentração mais alta de THC relatando zumbido com mais frequência. Como o objetivo do estudo era avaliar os efeitos analgésicos, nenhuma análise estatística foi realizada comparando o grupo com zumbido com o grupo sem zumbido, nem a gravidade do zumbido caracterizada. Os autores concluíram que o zumbido pode ser um efeito adverso do uso de THC em humanos em um ambiente controlado.

Desde a aprovação dos canabinoides para o tratamento de condições médicas, os medicamentos canabinoides têm sido utilizados para dor crônica e epilepsia. A noção de que os canabinoides possuem propriedades antiepilépticas por meio da redução da hiperatividade neuronal poderia, em tese, implicar que os canabinoides poderiam ter um efeito semelhante nos receptores de CBD localizados em áreas auditivas do cérebro, como o núcleo coclear, o que poderia beneficiar o tratamento do zumbido.<sup>11</sup>

Os sintomas do zumbido estão intimamente associados à ansiedade, depressão, menor duração do sono e maior

número de dias de trabalho perdidos e esses fatores devem ser considerados no processo de avaliação e diagnóstico de pacientes com zumbido, o que, evidentemente, impacta na terapêutica dos casos desses pacientes.<sup>12</sup>

Há muitos mecanismos fisiopatológicos conhecidos relacionados ao zumbido e, certamente, muitos outros ainda desconhecidos. O conhecimento completo da fisiopatologia do zumbido é considerado fundamental no escopo do seu tratamento. Existem cerca de 300 condições que podem estar associadas à gênese do zumbido. É claro que é fundamental correlacionar o sintoma à doença de base o máximo possível, tratando-a e, conseqüentemente, tentando reduzir o impacto da sensação sonora que atormenta o paciente. Nesse contexto, há de se esperar a inexistência de um tratamento único, uma fórmula mágica que neutralize o sintoma.<sup>13</sup>

No que tange a relação entre cannabis e zumbido, não há evidência na literatura relativa à associação entre o uso recreativo de cannabis e a ocorrência de zumbido, tão

pouco que o uso de cannabis medicinal traga benefícios no tratamento do zumbido. Nesse último cenário, sugere-se a realização de estudos prospectivos de qualidade para elucidação das questões clínicas pendentes diante da ausência de evidência.

## CONCLUSÃO

Há um escasso material na literatura científica relativo à associação entre cannabis e zumbido. Os estudos têm resultados divergentes mesmo para ocorrência de zumbido quando do uso recreativo da cannabis. A utilização de cannabis medicinal para tratamento de zumbido carece de estudos clínicos, não havendo evidência no momento que suporte a indicação de cannabis para controle do zumbido. Nesse contexto, sugere-se a realização de estudos prospectivos de qualidade para elucidação das questões clínicas pendentes diante da ausência de evidência.

## REFERÊNCIAS

1. Esmaili AA, Renton J. A review of tinnitus. *Aust J Gen Pract.* 2018;47(4):205-8. PMID: 29621860; <https://doi.org/10.31128/ajgp-12-17-4420>.
2. Baguley D, McFerran D, Hall D. Tinnitus. *Lancet.* 2013;382(9904):1600-7. PMID: 23827090; [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60142-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60142-7).
3. Dalrymple SN, Lewis SH, Philman S. Tinnitus: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician.* 2021;103(11):663-71. PMID: 34060792.
4. Smith PF, Zheng Y. Cannabinoids, cannabinoid receptors and tinnitus. *Hear Res.* 2016;332:210-6. PMID: 26433054; <https://doi.org/10.1016/j.heares.2015.09.014>.
5. Higgins JPT, Green S, (editors). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions 5.1.0* Oxford: The Cochrane Colaboration; 2011. Disponível em: <http://handbook-5-1.cochrane.org/>. Acessado em 2025 (22 ago).
6. Narwani V, Bourdillon A, Nalamada K, Manes RP, Hildrew DM. Does *cannabis* alleviate tinnitus? A review of the current literature. *Laryngoscope Investig Otolaryngol.* 2020;5(6):1147-55. PMID: 33364406; <https://doi.org/10.1002/lio2.479>.
7. Qian ZJ, Alyono JC. An association between marijuana use and tinnitus. *Am J Otolaryngol.* 2020;41(1):102314. PMID: 31732310; <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2019.102314>.
8. Mavedatnia D, Levin M, Lee JW, et al. Cannabis use amongst tinnitus patients: consumption patterns and attitudes. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2023;52(1):19. PMID: 36823672; <https://doi.org/10.1186/s40463-022-00603-8>.
9. Han B, Gfroerer JC, Colliver JD. Associations between duration of illicit drug use and health conditions: results from the 2005-2007 national surveys on drug use and health. *Ann Epidemiol.* 2010;20(4):289-97. PMID: 20171900; <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2010.01.003>.
10. Noyes R, Brunk SF, Avery DA, Canter AC. The analgesic properties of delta-9-tetrahydrocannabinol and codeine. *Clin Pharmacol Ther.* 1975;18(1):84-9. PMID: 50159; <https://doi.org/10.1002/cpt197518184>.
11. Luetzenberg FS, Babu S, Seidman MD. Alternative Treatments of Tinnitus: Alternative Medicine. *Otolaryngol Clin North Am.* 2020;53(4):637-50. PMID: 32362562; <https://doi.org/10.1016/j.otc.2020.03.011>.
12. Bhatt JM, Bhattacharyya N, Lin HW. Relationships between tinnitus and the prevalence of anxiety and depression. *Laryngoscope.* 2017;127(2):466-9. PMID: 27301552; <https://doi.org/10.1002/lary.26107>.
13. Person OC, Angelico Junior FV, Altoé J, et al. What do Cochrane systematic reviews say about therapeutic tinnitus interventions? *ABCS Health Sci.* 2022;47:e022301 <https://doi.org/10.7322/abcshs.2020111.1565>.