

BOLETIM 2026

ZUMBIDO: O SOM FANTASMA (PARTE V) ASPECTOS PSICOLÓGICOS – VOLUME 2

Lisiane Holdefer, Piotr Henryk Skarzynski e Milaine Dominici Sanfins



ŚWIATOWE CENTRUM SŁUCHU
INSTYTUTU FIZJOLOGII I PATOLOGII SŁUCHU

Journal of
**Hearing
Science**




MEDINCUS

ZUMBIDO: O SOM FANTASMA (PARTE V) ASPECTOS PSICOLÓGICOS - VOLUME 2

**Lisiane Holdefer, Piotr Henryk Skarzynski
e Milaine Dominici Sanfins**

Neste boletim daremos continuidade ao volume 1 publicado no mês Dezembro/2025 que reportou sobre os aspectos psicológicos relacionados ao zumbido. Convidamos você a ler os boletins anteriores sobre zumbido para que a leitura atual seja mais proveitosa.



ZUMBIDO E O SONO: NOITES EM VIGÍLIA

A insônia é uma das queixas mais recorrentes entre pessoas com zumbido crônico. A presença constante do som impede que o cérebro ative adequadamente os mecanismos de relaxamento, necessários para a transição entre vigília e sono. A ausência de silêncio no ambiente interno — mesmo quando o externo está calmo — pode provocar um estado de excitação fisiológica persistente (Andersson et al., 2009).

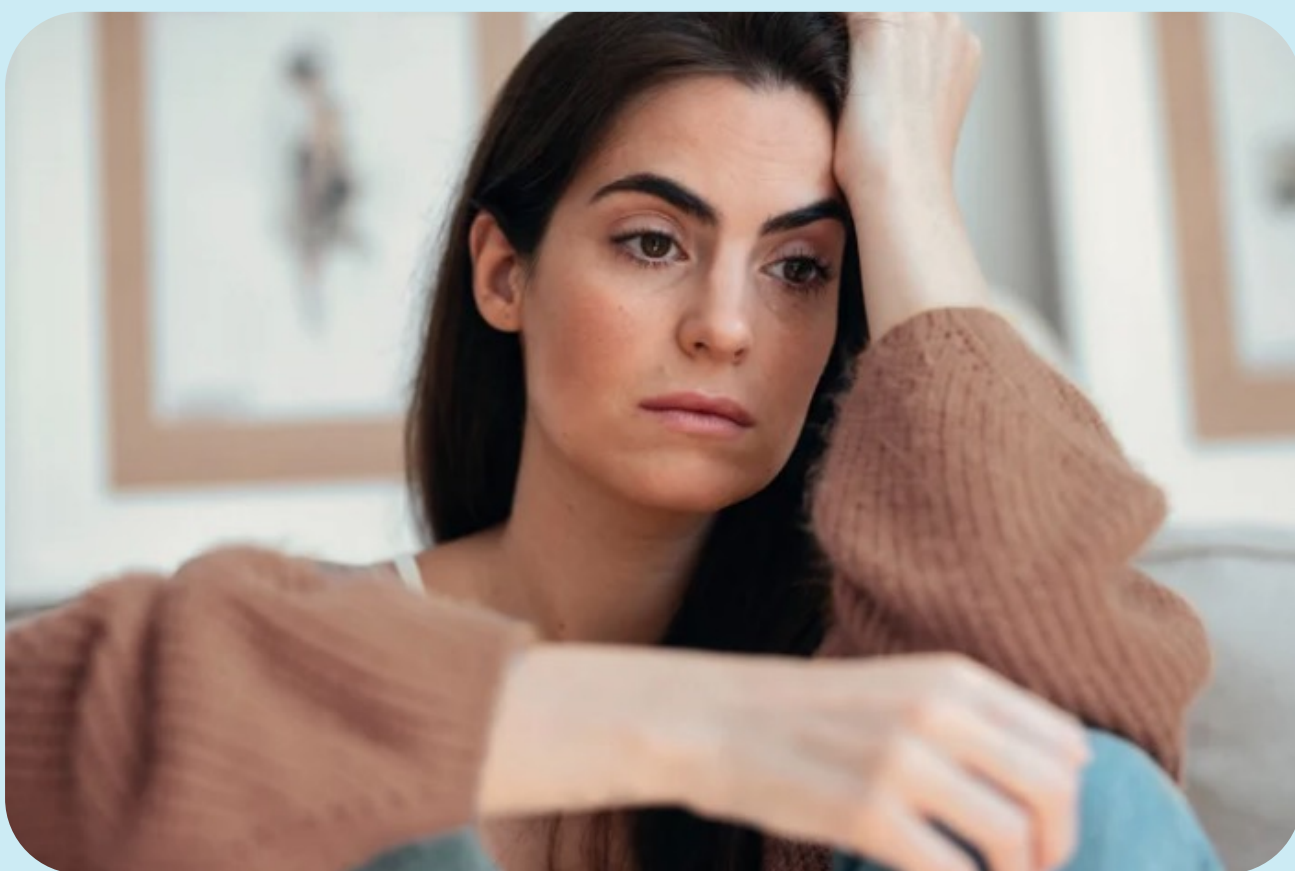


Além disso, a ansiedade noturna e o medo de “não conseguir dormir” geram uma antecipação negativa que, por si só, já atrasa o início do sono. A insônia leva a um aumento do estresse oxidativo, desequilíbrios hormonais e piora da percepção do próprio zumbido — formando mais um ciclo vicioso.

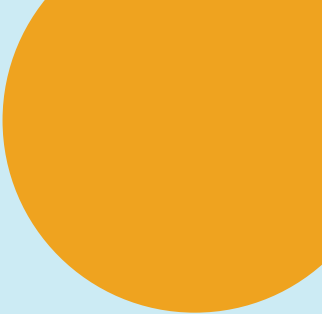


DÉFICITS DE MEMÓRIA E ATENÇÃO: UM CÉREBRO SOBRECARREGADO

Estudos com testes neuropsicológicos apontam que pacientes com zumbido severo podem apresentar déficits sutis, mas reais, em funções executivas como memória de trabalho, atenção seletiva e velocidade de processamento (Trevis et al., 2016).



Essas alterações cognitivas não são causadas diretamente pelo zumbido em si, mas pelo esforço contínuo do cérebro em lidar com ele. A mente precisa alocar recursos atencionais para monitorar, controlar ou evitar o som — o que consome energia mental e reduz a capacidade de foco em outras tarefas. É como se o cérebro estivesse sempre rodando um programa em segundo plano, consumindo recursos preciosos.



O impacto emocional do zumbido também contribui:

- pensamentos ruminativos;
- estresse elevado;
- sono fragmentado.

Que afetam negativamente o funcionamento cognitivo.

Com isso, o paciente se vê mais distraído, esquecido e mentalmente esgotado — o que alimenta ainda mais a frustração.

AS MARCAS CEREBRAIS: O ZUMBIDO COMO ESTADO CEREBRAL PERSISTENTE

Neurocientificamente, o zumbido é compreendido como resultado de uma reorganização cortical: quando há perda auditiva periférica, o cérebro tenta “compensar” essa ausência de estímulo aumentando a sensibilidade das áreas auditivas centrais. Esse fenômeno, chamado de ganho central, pode acabar gerando atividade neuronal espontânea — o “som” do zumbido (Eggermont & Roberts, 2015).

O problema não é apenas auditivo. O zumbido passa a recrutar áreas cerebrais de atenção (córtex parietal), de significado e valor emocional (sistema límbico) e de controle de saliência (rede de modo padrão). Isso o transforma em uma experiência psicofisiológica multidimensional, que não pode ser “desligada” simplesmente com um tampão de ouvido.

Mesmo com os avanços nas estratégias de tratamento, ainda não há uma solução definitiva que garanta a eliminação completa do zumbido subjetivo. No entanto, alguns métodos podem ajudar a reduzir o desconforto e melhorar a qualidade de vida. Estima-se que aproximadamente 1% a 3% da população sofra de zumbido grave o suficiente para causar comprometimento emocional e funcional.



Reações emocionais relacionadas não são exclusivas do zumbido. Pessoas com hiperacusia (aumento da tolerância a sons) ou misofonia (aversão intensa a sons específicos) também relatam uma variedade de desconfortos emocionais sempre que percebem sons internos ou são expostas a gatilhos externos. Nesses casos, podem ocorrer:

- Ansiedade;
- Depressão ou tristeza;
- Irritabilidade persistente;
- Sentimentos de desesperança diante dos sons;
- Sentimentos de impotência ou perda de controle;
- Surtos de estresse;
- Raiva, hostilidade ou até mesmo pânico;
- Sentimento de ameaça ou falta de saída;
- Impaciência, repulsa e, em alguns casos, até ressentimento em relação aos sons ou às situações que os desencadeiam.



Curiosamente, a gravidade desses sintomas não está diretamente relacionada às propriedades físicas do som, como sua intensidade ou frequência. Pesquisas sugerem que o fator mais relevante é o significado que o som tem para o indivíduo e o impacto que ele tem em sua vida.

Por exemplo, estudos com pacientes com zumbido demonstraram que a intensidade sonora percebida não está diretamente relacionada à gravidade dos sintomas depressivos. O que realmente determina o nível de sofrimento é o quanto o paciente sente que o som interfere em sua vida diária, atividades e bem-estar. Resultados semelhantes foram observados em estudos sobre hiperacusia: o nível de sofrimento psicológico não pode ser explicado apenas pelo limiar de desconforto auditivo (LSA).

Essas descobertas reforçam uma premissa central da teoria cognitiva, que sustenta que não são eventos ou estímulos que geram nossas emoções, mas sim nossa interpretação delas.





Dentro dessa lógica, é habitual que pensamentos automáticos distorcidos apareçam, alimentando o ciclo de dor. Entre os principais estão:

- **Catastrofização, com reflexões como:**

- “Não consigo suportar viver dessa forma.”

- “Esse som vai me deixar louco.”

- “Minha sensibilidade me afastará do mundo.”

- **Conclusões apressadas, do tipo:**

- “Se um som me incomoda tanto, ele deve estar prejudicando minha audição.”

- **Autoculpa, manifestada por ideias como:**

- “A responsabilidade disso tudo é minha.”

- “Se não consigo suportar certos sons, deve haver algo muito errado comigo.”

- **Julgamento dos outros e generalizações, como:**

- “As pessoas fazem barulho apenas para me irritar.”

- “Quem faz barulho não se importa com os demais.”





Esses pensamentos distorcidos não apenas aumentam o sofrimento, como também favorecem comportamentos disfuncionais—especialmente aqueles de evitação e proteção excessiva. São tentativas de minimizar o desconforto, mas que, a longo prazo, acabam perpetuando o problema.

Entre os comportamentos mais observados estão:

- **No zumbido:** evitar ambientes silenciosos por temor de que o som interno se torne insuportável.
- **Na hiperacusia:** restringir saídas, usar protetores auriculares de forma excessiva e reduzir a convivência social.
- **Na misofonia:** adotar estratégias como ouvir música para mascarar os sons desagradáveis, sair rapidamente de locais ou reagir de maneira agressiva — verbalmente ou imitando o som.



Embora essas atitudes proporcionem um alívio momentâneo, acabam reforçando no cérebro a ideia de que o som é uma ameaça real. Isso impede o desenvolvimento de um processo denominado habituação, que ocorre quando o sistema nervoso aprende a ignorar estímulos repetitivos e inofensivos.

Pesquisas utilizando neuroimagem funcional confirmam que há uma hiperatividade em áreas cerebrais ligadas à regulação das emoções — como a amígdala, a ínsula e o sistema límbico — em indivíduos afetados por zumbido, hiperacusia e misofonia. Ao serem expostos aos sons que os incomodam, essas pessoas apresentam uma resposta emocional exagerada, revelando uma alteração no processamento desses estímulos.

Isso faz com que o cérebro passe a tratar o som como algo ameaçador, aumentando sua percepção, tornando-o mais intrusivo e quase impossível de ignorar. **Como consequência, surgem dificuldades como:**

- Atenção excessiva e involuntária ao zumbido;
- Incapacidade de filtrar ruídos no ambiente (característica da hiperacusia);
- Reações emocionais intensas e automáticas frente aos sons gatilho (na misofonia).

Esse padrão também impede que o cérebro ative seus mecanismos naturais de habituação, mantendo o som constantemente em evidência e, consequentemente, perpetuando o desconforto.

Entender o zumbido como um fenômeno multifatorial é o primeiro passo para uma abordagem terapêutica mais compassiva e eficaz. O sofrimento que ele causa não está apenas no som, mas na interação entre predisposições individuais, traços de personalidade, experiências emocionais e estado biológico.



VULNERABILIDADES E SENSIBILIZAÇÃO: POR QUE O ZUMBIDO AFETA MAIS UNS DO QUE OUTROS?

A maioria das pessoas com perda auditiva não desenvolve zumbido crônico incapacitante. Isso indica que há fatores moduladores envolvidos — e eles costumam ser psicológicos e neurobiológicos.

Pessoas com histórico de trauma emocional com altos níveis de estresse crônico ou transtornos de personalidade tendem a desenvolver uma resposta cerebral mais intensa ao zumbido, também se observam maiores índices de sofrimento em indivíduos com baixa resiliência emocional, intolerância à ambiguidade e traços obsessivos-compulsivos.

Além disso, a experiência subjetiva de impotência frente ao zumbido (“não posso fazer nada”, “isso vai durar para sempre”) está diretamente relacionada à severidade dos sintomas. A psicoeducação, nesse ponto, pode atuar como ferramenta terapêutica central, ajudando o paciente a compreender o que está acontecendo com seu corpo e mente — e o que pode ser feito para reduzir o impacto.



O PAPEL DAS ABORDAGENS PSICOTERAPÊUTICAS: CÉREBRO QUE APRENDE, MENTE QUE SE ADAPTA

Entre os tratamentos mais eficazes para o zumbido com sofrimento emocional associado está a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Evidências provenientes de ensaios clínicos randomizados e estudos retrospectivos não controlados indicam que a TCC é uma intervenção eficaz e bem aceita no manejo do zumbido. Os estudos mostram que a TCC pode reduzir significativamente a intensidade percebida do zumbido, melhorar a qualidade de vida e diminuir os sintomas de ansiedade e depressão (Cima et al., 2012).

Isso ocorre porque a TCC atua diretamente sobre os mecanismos cerebrais de interpretação, reavaliação cognitiva, reestruturação de pensamentos automáticos e modulação da atenção. Ao mudar a forma como o paciente reage ao som, o cérebro gradualmente reaprende a não atribuir a ele tanto peso emocional — permitindo a habituação.

Outras abordagens complementares, como mindfulness, neurofeedback, técnicas de biofeedback, treinamento de atenção e terapia de aceitação e compromisso (ACT), também têm mostrado benefícios, especialmente quando associadas a práticas de regulação emocional, sono e autocuidado.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é considerada, atualmente, a abordagem com maior suporte científico para o manejo do zumbido associado a sofrimento emocional. Diferente das abordagens centradas no som, a TCC trabalha com os pensamentos, emoções, crenças e comportamentos que mantêm ou amplificam a percepção negativa do zumbido.



FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO ZUMBIDO

O modelo cognitivo assume que a forma como interpretamos um evento (no caso, o zumbido) influencia diretamente nossa resposta emocional e comportamental. No zumbido, o som inicialmente neutro passa a ser interpretado como ameaçador, descontrolado ou insuportável, o que ativa um estado de alarme contínuo. Esse estado alimenta emoções como ansiedade, raiva, tristeza e desesperança — além de dificultar a habituação.

A TCC busca identificar e modificar esses padrões disfuncionais, com foco em:

- Reestruturação cognitiva (mudança de pensamentos automáticos negativos);
- Treinamento de atenção (desfocalização do zumbido);
- Estratégias de enfrentamento e tolerância;
- Redução de comportamentos de evitação ou hipervigilância;
- Estabilização emocional.



EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS: O QUE DIZEM OS ESTUDOS?

01. **Cima et al.** (2012) conduziram um estudo randomizado controlado publicado na The Lancet, com 492 participantes, comparando TCC personalizada com cuidados usuais (informações e suporte). O grupo que recebeu TCC apresentou melhora significativa nos escores de sofrimento relacionado ao zumbido, ansiedade, depressão e impacto funcional, com efeitos duradouros em follow-up de 12 meses.
02. **Martinez-Devesa et al.** (2010) realizaram uma revisão sistemática da Cochrane Library e concluíram que a TCC melhora a qualidade de vida de pessoas com zumbido, especialmente nos domínios emocionais. Embora não altere a percepção objetiva do som, reduz o incômodo e o sofrimento subjetivo.
03. **Zenner et al.** (2017) propõem um modelo neuropsicológico integrativo onde o zumbido é visto como um distúrbio de rede cerebral. A TCC, nesse contexto, intervém sobre a rede de saliência e o sistema límbico, ajudando a ressignificar o zumbido e reduzir sua carga emocional.
04. Em uma meta-análise recente, **Fuller et al.** (2020) confirmaram que a TCC reduz significativamente a gravidade dos sintomas de zumbido, especialmente em comparação com tratamentos passivos, como medicamentos ou aconselhamento isolado.



APLICAÇÃO PRÁTICA: COMO A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ATUA NO PACIENTE COM ZUMBIDO

Um protocolo típico de TCC para zumbido inclui de 6 a 12 sessões, adaptadas à intensidade do sofrimento e às comorbidades. Os principais elementos incluem:

- **Educação psicoacústica e neuropsicológica:** explicação sobre os mecanismos do zumbido, habituação, plasticidade cerebral e papel das emoções.
- **Mapeamento de pensamentos disfuncionais:** por exemplo, “Nunca mais vou ter paz”, “Esse som vai me enlouquecer”, “Ninguém entende”.
- **Reestruturação cognitiva:** substituição de pensamentos catastróficos por interpretações mais realistas e funcionais.
- **Treinamento de atenção:** técnicas de mudança de foco, atenção dividida, exercícios com sons ambientes ou sons neutros.
- **Manejo de estresse e regulação emocional:** respiração diafragmática, mindfulness, autocompaixão.
- **Exposição gradual a sons anteriormente evitados:** quando há também hiperacusia ou misofonia associada.



INTEGRAÇÃO COM NEUROCIÊNCIA

A TCC modula diretamente áreas cerebrais envolvidas na reação emocional ao som, como o córtex pré-frontal dorsolateral, a amígdala e o córtex cingulado anterior. A prática repetida de reavaliação cognitiva e regulação emocional favorece a dessensibilização do sistema límbico, permitindo que o som do zumbido passe a ser percebido como irrelevante — mesmo que ainda esteja presente.

LIMITES E CONSIDERAÇÕES

A TCC não promete eliminar o som do zumbido, mas tem eficácia comprovada na redução do sofrimento psicológico e melhora funcional. É mais eficaz quando aplicada em pacientes com sofrimento emocional relevante, especialmente aqueles com traços de ansiedade, TOC ou depressão leve a moderada. Pode ser combinada com outras abordagens como TRT, dispositivos de som ou farmacoterapia, se necessário.



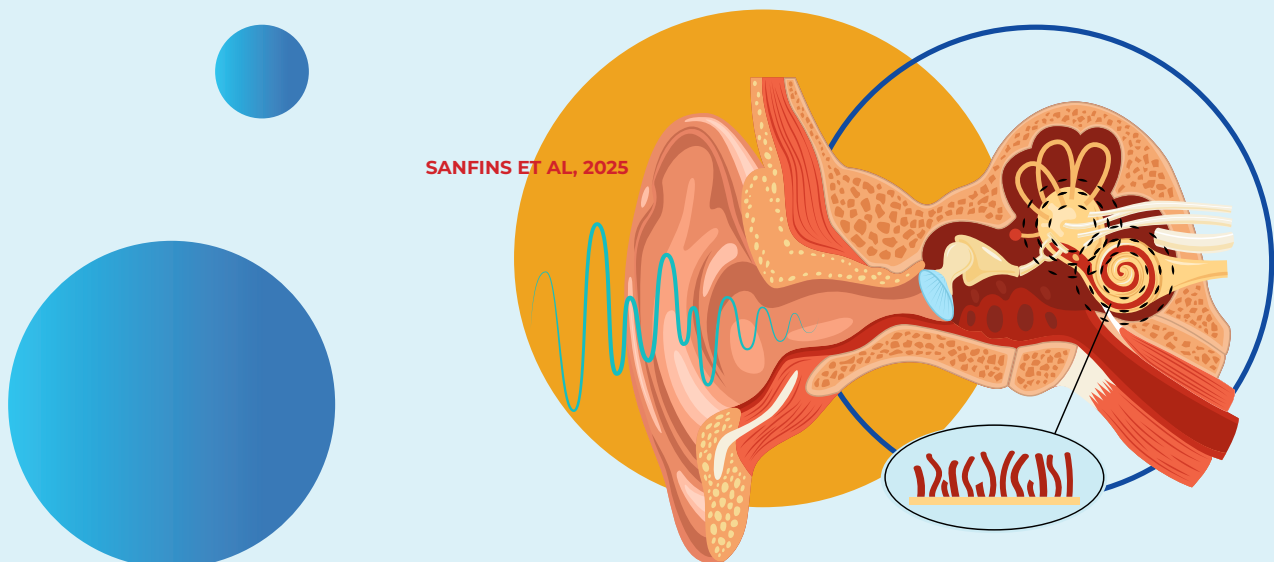
Quiz: Zumbido e Aspectos Psicológicos - modulo 2

1. Qual é a principal razão, conforme o texto, pela qual o zumbido crônico pode causar déficits de memória e atenção?

- a) As distorções cognitivas, como a catastrofização, causam diretamente os déficits de atenção e memória.
- b) O zumbido, por si só, danifica as áreas cerebrais responsáveis pela memória e atenção.
- c) O esforço contínuo do cérebro em lidar com o som consome recursos atencionais e energéticos, sobrecarregando a mente e dificultando o foco em outras tarefas.
- d) O som constante do zumbido impede que o cérebro ative os mecanismos de relaxamento necessários para o sono, levando à insônia e, conseqüentemente, à perda de memória.
- e) O zumbido faz com que o cérebro passe a tratar o som como algo ameaçador, aumentando sua percepção e tornando-o mais intrusivo.

2. O que o texto descreve como 'ganho central' no contexto da neurociência do zumbido?

- a) A capacidade do cérebro de aumentar a intensidade do som percebido, mesmo que a perda auditiva periférica seja mínima.
- b) Um processo de adaptação cerebral que permite que o indivíduo ignore o som do zumbido com o tempo.
- c) A capacidade da Terapia Cognitivo-Comportamental de reduzir o sofrimento psicológico em pacientes com zumbido crônico.
- d) Um fenômeno de reorganização cortical em que o cérebro, ao detectar uma perda de estímulo periférico, aumenta a sensibilidade das áreas auditivas centrais, gerando o som do zumbido.
- e) A hiperatividade em áreas cerebrais ligadas à regulação das emoções, como a amígdala e a ínsula.



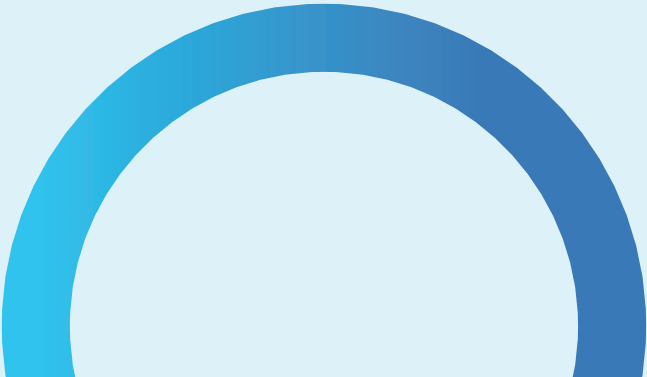
3. Um paciente com zumbido relata o seguinte pensamento: 'Se não consigo suportar certos sons, deve haver algo muito errado comigo.' De acordo com o texto, qual tipo de distorção cognitiva essa afirmação representa?

- a) Autoculpa
- b) Conclusão apressada
- c) Ruminação
- d) Julgamento dos outros e generalização
- e) Catastrofização

4. Qual é o principal objetivo da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento do zumbido, segundo o texto?

- a) Reduzir o sofrimento psicológico e melhorar a qualidade de vida, permitindo que o cérebro se habitue ao som, mesmo que ele ainda esteja presente.
- b) Aumentar a tolerância do paciente a sons altos para prevenir a hiperacusia.
- c) Intervir diretamente na rede de saliência do cérebro para que o som seja ignorado imediatamente.
- d) Eliminar o som do zumbido de forma garantida.
- e) Mediar o paciente para alterar os níveis de neurotransmissores.

5. Segundo o texto, a severidade dos quadros emocionais associados ao zumbido, hiperacusia e misofonia está mais relacionada a qual fator?

- a) A intensidade e frequência do som percebido.
 - b) O nível de estresse crônico do indivíduo, que causa diretamente o zumbido.
 - c) A baixa resiliência emocional, que impede o paciente de aceitar a condição.
 - d) O histórico de traumas emocionais na infância.
 - e) O significado que o som assume para o indivíduo e o impacto que ele gera em sua vida diária.
- 

REFERÊNCIAS CONSULTADAS:

01. Garcia MV, Skarzynski PH, Sanfins MD. Tinnitus: The phantom sound (part I). MEDINCUS. 2023 Feb;1. DOI: 10.13140/RG.2.2.14473.52325.
02. Sanfins MD, Soares A, Skarzynski PH. Tinnitus: The phantom sound (part II) – Auditory Evoke Potentials of short latency. MEDINCUS. 2023 Jun;5. DOI: 10.13140/RG.2.2.13437.54243.
03. Skarzyska MB, Skarzynski PH, Sanfins MD. Tinnitus: The phantom sound (part III) – Pharmacological Treatment of Tinnitus. MEDINCUS. 2023 Jul;6. DOI: 10.13140/RG.2.2.11663.15526.
04. Andersson G, Lyttkens L, Hirvela C. Cognitive-behavioral treatment of tinnitus: A meta-analytic review. Psychology and Health. 2009;24(1):57-78. DOI: 10.1080/08870440801934988.
05. Cima RFF, Maes IHL, Joore MA. Specialized treatment based on cognitive behavioral therapy versus usual care for tinnitus: A randomized controlled trial. The Lancet. 2012;379(9830):1951-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60219-5.
06. Crossley E, Cavanna AE, El-Deredy W, O'Daly O, Cima R. Obsessive-compulsive symptoms in chronic tinnitus. Journal of Psychiatric Research. 2020;123:40-6. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.01.002.
07. Eggermont JJ, Roberts LE. The neuroscience of tinnitus. Trends in Neurosciences. 2015;38(8):676-85. DOI: 10.1016/j.tins.2015.06.008.
08. Fuller TE, Cima RFF, Langguth B, Mazurek B, Vlaeyen JWS, Hoare DJ. Cognitive behavioural therapy for tinnitus. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020;1:CD012614. DOI: 10.1002/14651858.CD012614.pub2.
09. Martinez-Devesa P, Perera R, Theodoulou M, Waddell A. Cognitive behavioural therapy for tinnitus. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010;9:CD005233. DOI: 10.1002/14651858.CD005233.pub3.
10. Langguth B, Landgrebe M, Kleinjung T, Sand PG, Hajak G. Tinnitus and depression. The World Journal of Biological Psychiatry. 2007;12(7):489-500. DOI: 10.1080/15622970701511252.
11. Pattyn T, Van Den Eede F, Vanneste S, Cassiers L, Veltman DJ, Van De Heyning P. Tinnitus and anxiety disorders: A review. Hearing Research. 2016;333:255-65. DOI: 10.1016/j.heares.2015.09.006.
12. Schlee W, Mueller N, Hartmann T, Morita Y, Langguth B, Hirata Y. Mapping cortical hubs in tinnitus. BMC Biology. 2009;7:80. DOI: 10.1186/1741-7007-7-80.
13. Simoens VL, Hébert S. Cortisol profile and psychological distress in tinnitus sufferers. Ear and Hearing. 2012;33(1):1-11. DOI: 10.1097/AUD.0b013e31822f305f.
14. Trevis KJ, McLachlan NM, Wilson SJ. A systematic review and meta-analysis of psychological functioning in chronic tinnitus. Clinical Psychology Review. 2016;47:16-29. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.05.003.
15. Zenner HP, Delb W, Kröner-Herwig B, Jäger B, Perez I. A multidisciplinary systematic review of the treatment for chronic idiopathic tinnitus. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2017;274(5):2079-91. DOI: 10.1007/s00405-017-4519-9.
16. Zöger S, Svedlund J, Holgers KM. Relationship between tinnitus severity and psychiatric disorders. Psychosomatics. 2006;47(4):282-8. DOI: 10.1176/appi.psy.47.4.282.

Respostas corretas do Quiz

1. Resposta correta: c
2. Resposta correta: d
3. Resposta correta: d
4. Resposta correta: d
5. Resposta correta: d

Autores



LISIANE HOLDEFER

- Fonoaudióloga e Psicóloga
- Formação na Tinnitus Retraining Therapy
- Especialista em Audiologia e Acupuntura

- Pós Graduada em Terapia Cognitivo-Comportamental e em Saúde Mental Integrativa
- Mestre e Doutora em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília



PROF. DR. PIOTR HENRYK SKARZYNSKI

- Professor, Otorrinaringologista, Mestre e Doutor pela Medical University of Warsaw;
- Realiza trabalho científico, didático, clínico e organizacional no World Hearing Center of Institute of Physiology and Pathology of Hearing, Institute of Sensory Organs and Medical University of Warsaw.
- Especialista em otorrinolaringologia, otorrinolaringologia pediátrica, fonoaudiologia e saúde pública;
- Participou da 3ª Reunião de Consulta no Fórum Mundial de Audição da Organização Mundial de Saúde (OMS).
- Membro do Roster of Experts on Digital Health da OMS;
- Vice-Presidente e Representante Institucional do ISfTeH;- Presidente eleito do Conselho Consultivo Internacional da American Academy Otorology – Head and Neck Surgery (AAO-HNS);
- Membro do Departamento de Congressos e Reuniões da European Academy of Otolaryngology and Neuro-otology (EAONO), Representante Regional da Europa da

- International Society of Audiology (ISA), Vice-Presidente do Hearing Group, Auditor da European Federation of Audiology Societies (EFAS), membro do Facial Nerve Stimulation Steering Committee;
- Secretário do Conselho da Sociedade Polonesa de Otorrinolaringologistas, Foniátrics e Audiologistas. Membro da Comissão de Auditoria (2018–2019)
- Embaixador da Boa Vontade representando a Polônia no Encontro Anual e Experiência OTO da AAO-HNSF 2021 e, desde 2021, membro do Comitê de Dispositivos Auditivos Implantáveis e do Comitê de Educação em Otolaryngology e Neurotology da AAO-HNS;
- Comitê Consultor de Especialistas Internacionais do CPAM-VBMS, membro honorário da ORL Danube Society e membro honorário da Société Française d'OtoRhino-Laryngologie;
- Membro do Conselho do Centro Nacional de Ciências.



PROFA. DRA. MILAINE DOMINICI SANFINS

- Professora Adjunta da Disciplina dos Distúrbios de Audição do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP);
- Membro do grupo de pesquisa do Institute of Physiology and Pathology of Hearing and World Hearing Center, Kajetany, Poland.
- Professora do Curso de Pós-Graduação em Audiologia Clínica pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa do Hospital Albert Einstein.
- Pós-doutorado pelo World Hearing Center, Varsóvia, Polônia;
- Doutorado sanduíche pela Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP) e pela Università degli Studi di Ferrara/Italy;
- Especialista em Audiologia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia;
- Graduação e Mestre pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP);
- Membro da comissão de ensino e pesquisa da Academia Brasileira de Audiologia (2024-2026);
- Relatora do Comitê de Ética em Pesquisa de Universidade Federal de São Paulo;
- Revisora de artigos científicos e capítulos de livros na área de Audiologia, Eletrofisiologia, Neuroaudiologia e Neurociência;
- Instagram @misanfins / email: msanfins@uol.com.br e msanfins@unifesp.br