

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**HABILIDADES COGNITIVAS EM IDOSAS USUÁRIAS DE  
BENZODIAZEPÍNICOS**

Dissertação de Mestrado

MÔNICA GIARETTON BICCA

Mestranda

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Irani de Lima Argimon

Orientadora

Porto Alegre, janeiro de 2007.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**HABILIDADES COGNITIVAS EM IDOSAS USUÁRIAS DE  
BENZODIAZEPÍNICOS**

MÔNICA GIARETTON BICCA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Irani de Lima Argimon

Orientadora

Porto Alegre, janeiro de 2007.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação ( CIP )**

B583h Bicca, Mônica Giaretton  
Habilidades cognitivas em idosas usuárias de benzodiazepínicos /  
Mônica Giaretton Bicca. – Porto Alegre, 2006.  
96 f. : il.

Diss. (Mestrado em Psicologia Clínica) – Fac. de Psicologia,  
PUCRS.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Irani de Lima Argimon.

1. Psicologia. 2. Idosos - Psicologia. 3. Idosos – Atividades  
Cognitivas. 4. Benzodiazepinas. I. Argimon, Irani de Lima.

CDD 155.67

Ficha Catalográfica elaborada por  
Vanessa Pinent  
CRB 10/1297

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Mônica Giaretton Bicca

**HABILIDADES COGNITIVAS EM IDOSAS USUÁRIAS DE  
BENZODIAZEPÍNICOS**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

**Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Irani de Lima Argimon**

Presidente

**Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Margareth da Silva Oliveira**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

**Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

*Ao Kuka, meu amado marido, que faz a  
minha vida cheia de amor, carinho, paciência e  
dedicação.*

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Prof. Dr<sup>a</sup> Irani de Lima Argimon, pelo exemplo de vida, de energia, de dedicação e pelos ensinamentos durante a maior parte da minha caminhada profissional.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa “Avaliação e Intervenção Psicológica no Ciclo Vital” da PUCRS, pelos bons momentos. Em especial à Sabrina Gomes de Souza e Guilherme Wendt, Bolsistas de Iniciação Científica, pela disposição e incentivo.

À colega, amiga, parceira e “ombro” Analise Vivan, por todos os momentos de carinho, atenção e alegria. Sem teu apoio seria mais difícil!

À colega de Mestrado Luciana Timm pela convivência e apoio em momentos felizes e também de angústias.

A estudante de psicologia Patrícia Scheeren pela dedicação, carinho e disponibilidade.

Aos meus colegas de Mestrado em Psicologia Clínica por compartilhar os conhecimentos, as dúvidas e alegrias desta etapa.

Às psicólogas Amanda Bicca e Ana Paula Costa e as estudantes de psicologia Fernanda Paulo, Flávia Mattos e Ana Hertzog, pelo auxílio e dedicação na coleta de dados.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, às Secretárias e aos Professores da Área Clínica

Aos Professores da Comissão Examinadora Dr<sup>a</sup> Irani Iracema de Lima Argimon, Dr<sup>a</sup>. Margareth Oliveira e Dr. Alfredo Cataldo Neto por terem aceitado o convite para

examinarem este estudo.

Ao grande mestre Ricardo Wainer pelo incentivo na busca deste Mestrado.

À psicóloga e colega Renata Brasil Araújo, pelo exemplo de amizade e profissionalismo.

A minha família, que soube entender minha ausência e incentivou-me ao longo deste período.

Ao meu grande amor, Kuka.

Às instituições asilares que autorizaram a coleta de dados e aos idosos que participaram do estudo, contribuindo para o desenvolvimento desta pesquisa.

A CAPES por viabilizar financeiramente a realização deste estudo.

MUITO OBRIGADA!

## SUMÁRIO

RESUMO .....	8
APRESENTAÇÃO .....	9
1 Projeto de Dissertação de Mestrado: <b>“Habilidades Cognitivas em Idosas Dependentes de Benzodiazepínicos”</b> .....	12
2 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS .....	51
3 Artigo de Revisão de Literatura: <b>“Habilidades Cognitivas e Uso de Benzodiazepínicos em Idosas”</b> .....	53
4 Artigo Empírico: <b>“Habilidades Cognitivas e Uso de Benzodiazepínicos em Idosas Institucionalizadas”</b> .....	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	93



## RESUMO

A expectativa de vida da população vem aumentando sensivelmente, trazendo um desafio aos profissionais da área da saúde no que se refere ao entendimento de sua dinâmica, de seus problemas e limitações. O envelhecimento pressupõe algumas alterações, dentre elas as que se referem às habilidades cognitivas, que podem ser potencializadas pelo uso de substâncias psicoativas. Com o objetivo de estudar esta temática foi elaborada esta dissertação que está composta por dois artigos, sendo um de revisão teórica e um empírico. No artigo teórico foi realizada uma revisão sistemática com o objetivo de investigar as características das publicações indexadas nos últimos 5 anos que versam sobre o tema habilidades cognitivas, benzodiazepínicos e idosos. Foram cruzadas as palavras-chave nos sistemas Medline, PsycInfo e LILACS. Os *abstracts* dos artigos foram classificados a partir das dimensões de análise: sistema de indexação, ano de publicação, idioma original, tipo de delineamento, cruzamento de variáveis, resultados e conclusões dos estudos. O tratamento dos dados realizou-se por meio de análise das frequências percentuais. Os resultados demonstraram que vem sendo feitos estudos relacionados ao uso de benzodiazepínicos, habilidades cognitivas e idosos, entretanto, poucos chegam a conclusões definitivas e universais. O segundo artigo, empírico, responde ao projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação, e objetivou comparar as habilidades cognitivas de idosas usuárias de benzodiazepínicos e não usuárias desta medicação. O delineamento foi de um estudo quantitativo e transversal. Os instrumentos utilizados foram: Ficha de Dados Sociodemográficos, Breve Entrevista Internacional de Neuropsiquiatria Modificada, Mini-Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica, Span de Números, Teste de Fluência Verbal - Categoria Animal, Teste de Evocação Seletiva Livre e com Pistas (Buschke). A análise dos dados foi realizada através de procedimentos estatísticos, via programa SPSS. Não foram encontradas associações significativas em relação à memória, atenção e linguagem entre os grupos de idosas que usam benzodiazepínicos e o grupo de idosas que não usam esta medicação.

Palavras-chave: habilidades cognitivas, benzodiazepínicos, idosos.

Área conforme classificação do CNPq:

Área de Conhecimento: Ciências Humanas

7.07.00.00 – 1 – Psicologia

Subárea conforme classificação do CNPq:

7.07.07.00 – 6 – Psicologia do Desenvolvimento Humano

7.07.10.00 -7 – Tratamento e Prevenção Psicológica

## APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado está inserida no Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção Psicológica no Ciclo Vital, coordenado pela Professora Dr<sup>a</sup> Irani de Lima Argimon, integrante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.

Na perspectiva do desenvolvimento humano, uma das etapas do ciclo vital é a do idoso, na qual a pessoa vive um processo de adaptação às limitações em decorrência da idade. A passagem para este período sugere algumas alterações físicas, psicológicas, sociais e cognitivas.

Mishara e Riedel (1995) consideram o envelhecimento como uma série de estágios que se organizam e se relacionam a características físicas, psicológicas, materiais e sociais. Estes autores diferenciam estágio e estado, sendo os estágios uma ordem já estabelecida e o estado advindo de alterações contingenciais não esperadas, como exemplo o uso de substâncias psicoativas.

Hulse (2002) pontua que o estereótipo de pessoas mais velhas não os apresenta usando drogas psicoativas, mas eles são de fato consumidores de drogas legitimamente prescritas, como os hipnóticos e os benzodiazepínicos. Refere também que os idosos são os maiores consumidores de prescrições e medicamentos vendidos sem receitas médicas, sendo a polifarmácia comum nessa faixa etária. As mudanças fisiológicas que acompanham o processo de envelhecimento e a polifarmácia podem influenciar negativamente a capacidade funcional, a habilidade psicomotora e principalmente a habilidade cognitiva (incluindo

atenção e memória) nos idosos, o que aumenta o risco de acidentes, ferimentos, isolamento e institucionalização.

Considerando que o uso de benzodiazepínicos pode exercer influência nas habilidades cognitivas de idosas, foi desenvolvida esta dissertação a partir do Projeto de Mestrado “Habilidades Cognitivas em Idosas Dependentes de Benzodiazepínicos”.

Nessa dissertação foram elaborados dois artigos sobre a temática, conforme a Resolução nº 002/2004 de 25/03/2004 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, sendo um artigo de revisão teórica, intitulado “Habilidades Cognitivas e Uso de Benzodiazepínicos em Idosos”, e o outro, um artigo empírico: “Habilidades Cognitivas e Uso de Benzodiazepínicos em Idosas Institucionalizadas”. O artigo teórico objetivou realizar uma revisão sistemática sobre o tema cognição e uso de benzodiazepínicos através de buscas nas bases de dados Medline, PsycInfo e LILACS no período de 2002 a 2006, com as palavras-chave idosos ou velhice, cognição ou habilidades cognitivas, benzodiazepínicos. Foram identificados e analisados 60 *abstracts* em seis dimensões de análise: sistema de indexação, ano de publicação, idioma original, tipo de delineamento, cruzamento de variáveis, resultados e conclusões dos estudos.

O artigo empírico responde ao projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação e teve como objetivo comparar as habilidades cognitivas de idosas usuárias de benzodiazepínicos e idosas não usuárias desta medicação.

Os artigos estão formatados de acordo com as normas da APA e posteriormente serão adaptados às normas exigidas pelas revistas às quais serão submetidos para publicação.

Após a apresentação do projeto de Mestrado encontra-se, em Apêndice, a aprovação do Projeto de Pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. Logo após a apresentação dos dois artigos constam as Considerações Finais as Referências Bibliográficas da apresentação.

Espera-se que esta dissertação possibilite do ponto de vista teórico e empírico contribuir para os estudos relacionados à terceira idade.

## **1. PROJETO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Mônica Giaretton Bicca

**HABILIDADES COGNITIVAS EM IDOSAS DEPENDENTES DE  
BENZODIAZEPÍNICOS**

Projeto de pesquisa para a Dissertação apresentado ao curso de Mestrado da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Profa. Dra. Irani de Lima Argimon

Orientadora

Porto Alegre, agosto de 2005.

## SUMÁRIO

<b>I Introdução</b> .....	15
<b>II Método</b> .....	23
Problema.....	23
Delineamento .....	23
Hipóteses .....	23
Participantes .....	24
Critérios de Inclusão .....	25
Critérios de Exclusão .....	25
Instrumentos .....	26
Procedimento de Coleta dos Dados .....	27
Procedimento de Análise dos Dados .....	28
Estudo Piloto .....	28
<b>III Procedimentos Éticos</b> .....	29
<b>IV Cronograma</b> .....	30
<b>V Orçamento</b> .....	31
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	32
<b>Apêndices</b> .....	35
Apêndice 1 – Ficha de Dados Sócio-demográficos .....	36
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	38
<b>Anexos</b> .....	40
Anexo A – Mini Exame do Estado Mental.....	41
Anexo B – Escala de Depressão Geriátrica.....	43
Anexo C – Teste de Evocação de Buschke.....	45
Anexo D – Span de Números.....	47
Anexo E – Fluência Verbal, categoria animal.....	49

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (1984) determina como limite inferior da faixa etária relacionada à velhice a idade de 65 anos, esta é considerada uma fase normal do ciclo vital, considerada um processo biológico natural, não-patológico, caracterizado por uma série de alterações morfofisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acontecem no organismo ao longo da vida. Sabe-se que o envelhecimento biológico é um processo que antecede alguns limites, na realidade, a chamada terceira idade apresenta características biopsicossociais, com efeitos que incidem sobre o indivíduo e a sociedade de forma especial (Busse & Blazer, 1989).

Conforme Bee (1997), existem dois tipos de idosos, os idosos jovens com idade entre 65 e 75 anos e os idosos mais velhos, com mais de 75 anos. A autora explica essas duas categorias a partir da premissa de que tanto a função física quanto a mental mostrarem um declínio mais acentuado por volta dos 75 anos. Também, em relação à cognição, cita que dos 65 anos aos 75 anos, as mudanças podem ser sutis ou até inexistentes, como é o caso do vocabulário avaliado tanto na linguagem falada quanto na escrita.

Papalia e Olds (2000), falam que o declínio da saúde mental e cognitivo não é típico na terceira idade e que a doença mental é mais comum no adulto jovem do que no adulto mais velho. Uma afirmação desses autores refere-se ao aspecto do desenvolvimento onde dizem que “as pessoas podem e efetivamente continuam a adquirir novas informações e habilidades, e são capazes de lembrar e usar bem aquelas que já conhecem”.



Mishara e Riedel (1995) consideram o envelhecimento como uma série de estágios que se organizam e se relacionam a características físicas, psicológicas, materiais e sociais. Estes autores diferenciam estágio e estado, sendo os estágios uma ordem já estabelecida e o estado advindo de alterações contingenciais não esperadas, como exemplo o uso de substâncias psicoativas.

Envelhecer, segundo Stuart-Hamilton (2002), pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Sendo que estas são graduais, naturais e conforme as características genéticas e, principalmente, o modo de vida de cada um. É neste período que as habilidades cognitivas declinam de maneira mais perceptível, e que se torna mais visível a tendência à lentificação dos processos cognitivos, motores e perceptivos.

Para Vieira (1996), cognição é o termo global empregado para descrever o funcionamento mental, que implica a habilidade para sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamento, e a capacidade para produzir respostas às solicitações e estímulos externos.

A função cognitiva mais estudada é a memória e, sendo o declínio desta uma das maiores preocupações referidas por idosos. Ainda, outras funções prejudicadas pelo avanço da idade são a capacidade de manter a atenção, a concentração e a fluência verbal. Gorman e Campbell (1995) acreditam que o déficit cognitivo em idosos é uma lentidão leve, generalizada, na qual há perda de precisão, sendo este prejuízo mais acentuado do que os apresentados por pessoas mais jovens.

Em um artigo de revisão, Charchat-Fichman, Caramelli, Sameshima e Nitrini (2005) propõem que o declínio da capacidade cognitiva decorre dos processos fisiológicos do envelhecimento normal ou de um estágio de transição para as demências. Em um estudo longitudinal, Bennett, Wilson, Schneider e Evans (2002) sustentam que a maior parte da população idosa não apresenta declínio ou prejuízo cognitivo, apresentando uma trajetória

estável e benigna. Entretanto, o declínio cognitivo é observado nos indivíduos que apresentam diagnóstico de Doença de Alzheimer e naqueles que evoluirão para uma demência (Elias, Beiser, Wolf, Au & White, 2000).

Usualmente, o envelhecimento está associado à lentidão de raciocínio e a dificuldades de memória, desta maneira, acredita-se que os idosos têm dificuldades em compreender e lembrar situações novas ou que lhe são apresentadas rapidamente. Ainda há uma desinformação ou desconhecimento a respeito de o que é um envelhecimento cognitivo normal e como distingui-lo de um envelhecimento patológico (Parente & Taussik, 2002).

Papalia e Olds (2000) referem que o processamento mais lentificado de informações pode fazer com que as pessoas com mais idade não entendam quando informações são apresentadas de forma rápida ou sem muita clareza, entretanto, em idosos saudáveis as mudanças no cérebro geralmente são modestas e fazem pouca diferença no funcionamento. A cognição pode ser afetada quando existe um problema relacionado ao Sistema Nervoso Central, piorando a capacidade de aprender e lembrar.

Hansson e Hagberg (2005) testaram 100 suecos idosos em um estudo feito através de marcadores de memória, comparando aspectos não cognitivos – qualidade de vida, hábitos de vida, saúde, personalidade e autonomia – com outros da performance da memória de curto prazo, semântica e episódica. O resultado obtido através de um modelo equacional estruturado mostrou que os hábitos de vida e a personalidade são preditores para a memória de curto prazo, enquanto a memória semântica e episódica estão ligadas a autonomia e aos hábitos de vida.

Argimon e Stein (2005) mencionam a escassez de estudos longitudinais com idosos acima dos 80 anos, possivelmente pela perda amostral característica dessa faixa etária. As autoras realizaram um estudo longitudinal de três anos com o propósito de analisar as modificações cognitivas de idosos em idade muito avançada. A amostra, randômica, foi com

66 indivíduos na primeira etapa (1998) e com 46 indivíduos na segunda etapa (2001). As autoras referem que houve um pequeno declínio no desempenho cognitivo no período de três anos e que este não foi suficiente para acarretar mudanças significativas no seu padrão cognitivo. Consideram atividades de lazer e mais anos de escolaridade fatores preditivos de menor variação no desempenho cognitivo.

Schaie (1996) observou em um estudo longitudinal da população acima de 60 anos que nenhum dos indivíduos apresentou um declínio geral em todas as habilidades cognitivas examinadas. A constatação é de que o declínio desencadeado pela idade é maior nas tarefas que exigem rapidez, atenção, concentração e raciocínio indutivo.

Aliado a este fenômeno biopsicossocial que afeta tanto o idoso, as limitações cognitivas podem ser potencializadas e/ou aceleradas através do uso de benzodiazepínicos.

Os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais consumidos no mundo, estima-se que, em 2001, foram consumidas 6,96 bilhões de doses diárias de benzodiazepínicos como hipnóticos no mundo, um número bastante significativo, se considerarmos que a população mundial deste ano era de 6.135 bilhões de pessoas (Higgins, Cooper-Stanbury & Williams, 2000).

A dependência de benzodiazepínicos pode desenvolver-se em dias ou em semanas, sendo que os principais sintomas de descontinuação do uso são opostos ao efeito terapêutico esperado – alívio da insônia, depressão, ansiedade e dor - ou são uma intensificação da recorrência dos sintomas originais (Poyares, Guilleminault, Ohayon & Tufik, 2004; Freitas, Py, Xavier & Gorzoni, 2002).

Hulse (2002) pontua que o estereótipo de pessoas mais velhas não os apresenta usando drogas psicoativas, mas eles são de fato consumidores de drogas legitimamente prescritas, como os hipnóticos e os benzodiazepínicos. Refere também que os idosos são os maiores consumidores de prescrições e medicamentos vendidos sem receitas médicas, sendo

a polifarmácia comum nessa faixa etária. As mudanças fisiológicas que acompanham o processo de envelhecimento e a polifarmácia podem influenciar negativamente a capacidade funcional, a habilidade psicomotora e principalmente a habilidade cognitiva (incluindo atenção e memória) nos idosos, o que aumenta o risco de acidentes, ferimentos, isolamento e institucionalização.

Também, Poyares, Pinto, Tavares e Barros-Vieira (2005) sugerem que o uso de benzodiazepínicos em idosos deve ser racional, uma vez que há indícios, por exemplo, do aumento do risco de mortalidade com seu uso crônico e, deveriam ser avaliados o padrão e razões de uso, dos efeitos do uso crônico e das estratégias utilizadas pelos clínicos e usuários para cessar seu uso.

Uma pesquisa feita em Berlim (Linden, Bar & Helmchen, 2004) examinou a prevalência do uso de drogas psicotrópicas em idosos. Os participantes submeteram-se a exames psicológicos e físicos e informaram sobre o uso da medicação. Também foram colhidas informações com os chamados “médicos de família” e realizada inspeção na casa dos participantes. Do total de participantes, 24,8% usavam psicotrópicos antes da testagem, destes, 64,8% usavam há mais de um ano e 19,8% eram usuários de benzodiazepínicos.

Pesquisas epidemiológicas indicam que a prática do uso de benzodiazepínicos difere bastante em relação à eficácia e efetividade, bem como das recomendações internacionalmente aceitas. Eles estão entre os medicamentos mais prescritos a idosos e as mulheres os utilizam em uma proporção duas vezes maior que os homens. Baseando-se nesta idéia as autoras avaliaram o padrão de uso desta medicação em um centro de convivência de mulheres com mais de 60 anos. Foi utilizado um questionário padrão, com perguntas fechadas e testado através de um estudo piloto (não incluídos na análise). A prevalência do uso naquele período foi estimada em 21,3% e a prevalência de uso diário por 12 meses ou mais foi de 7,4% (Huf, Lopes & Rozenfeld, 2000).

Foi realizado um estudo transversal em uma casa de repouso em Quebec com o objetivo de determinar a prevalência de problemas mentais entre os idosos que faziam uso de benzodiazepínicos. Através de entrevistas semidirigidas com 216 sujeitos chegou-se aos seguintes resultados: 20% eram abusadores crônicos e  $\frac{3}{4}$  faziam uso há pelo menos um ano. Outrossim, treze sujeitos eram deprimidos e ansiosos e 18 eram insones. Com base nessas entrevistas, os autores concluíram que a insônia é a característica que está mais associada ao uso de benzodiazepínicos, embora o prejuízo seja generalizado e, principalmente, reflete no estado mental destas pessoas (Voyer, Landreville, Moisan & Tousignant, 2005).

Também em Quebec foi realizado um estudo longitudinal de 5 anos envolvendo idosos e o uso de benzodiazepínicos. Bartlett, Abrahamowicz, Tamblyn e Grad (2003) avaliaram 78.367 pessoas com mais de 66 anos entre o ano de 1989 e 1994, a duração contínua do uso, a dosagem e a troca do uso do medicamento listado entre 11 possíveis foram analisados. A média de duração de uso continuado, segundo o coeficiente de Spearman, foi de 75,5 dias; a dosagem estava entre o esperado para a faixa etária, embora 8,6% excediam esta marca. 28,8% trocaram a medicação pelo menos uma vez e, 8,2% ingeriam mais de uma medicação concomitantemente. Em mulheres houve a associação entre o início tardio de consumo da medicação e o aumento da dose diária ingerida. Os dados acima sugerem que o uso deste psicotrópico é freqüente na população canadense, ainda, há um aumento na dosagem principalmente em mulheres e que a duração da ingestão traz preocupação aos médicos deste país.

Os benzodiazepínicos, embora sejam drogas relativamente seguras, têm tido restrições em sua utilização cada vez maiores, devido à incidência de seus efeitos colaterais, além de poder acarretar a depressão e a distímia (Janicak, Davis, Preskorn & Ayd Jr., 2001). A administração prolongada desta droga, mesmo que em baixa dosagem, induz prejuízos persistentes nas funções cognitivas e psicomotoras (Gorenstein, 1993).

De acordo com Paprocki (1990), o consumo crescente de benzodiazepínicos pode ser resultado de um período turbulento que caracteriza as últimas décadas da humanidade: a diminuição da tolerância ao estresse, a introdução de novas drogas e ainda, os hábitos de prescrição inadequada por parte dos médicos. No caso de idosos, isto também pode ser observado e, o problema é exacerbado pelo fato de que os idosos podem não estar conscientes dos riscos associados a essas drogas, o que os leva a ignorar o fato dos benzodiazepínicos estarem associados a uma possível deterioração da atenção e das capacidades cognitivas (Stuart-Hamilton, 2002).

Um estudo recente (Auchewski, Andreatini, Galduróz & Lacerda, 2004) apresentou os principais efeitos colaterais que comprometem o usuário de benzodiazepínicos (diminuição da atividade psicomotora, prejuízo na memória e o desenvolvimento de dependência) e a qualidade da orientação médica sobre os efeitos colaterais: foram entrevistados 120 pacientes com mais de 48 anos que procuraram esta medicação em farmácias dos principais centros do país, os resultados obtidos através de um questionário de perguntas abertas foi que 13% relataram ter sido orientado sobre os três tipos principais de efeitos colaterais, 27% a respeito de pelo menos dois e 40% sobre pelo menos um, enquanto que 19% não receberam nenhuma orientação.

Segundo pesquisa feita em Paris (Paterniti, Dufouil & Alperovitch, 2002), 1389 idosos com idade entre 60 e 70 anos foram acompanhados durante 4 anos em um estudo de *follow-up*. Neste, foram divididos entre usuários crônicos, abusadores e de uso esporádico de benzodiazepínicos. Os resultados, apontados através de testagem cognitiva (MINI e Dígitos), mostraram que o uso crônico de benzodiazepínicos se torna um fator de risco para o déficit cognitivo, já que o desempenho deste grupo foi bem menor do que o dos outros, independentemente da idade, educação, cultura e sexo.

Em um estudo longitudinal, Curran, Collins, Fletcher, Kee, Woods e Iliffe (2004) acompanharam 192 pessoas usuárias crônicas de benzodiazepínicos, com 65 anos ou mais, durante 52 semanas e propuseram a retirada desta substância. Foi verificado que 80% dos participantes que se abstiveram conseguiram melhorar significativamente suas capacidades cognitivas, humor e apresentaram mais facilidade para dormir.

Verdoux, Lagnaoui e Begaud (2005) revisaram a bibliografia buscando saber sobre a possibilidade do uso de benzodiazepínicos ser um fator de risco para a aceleração do declínio cognitivo e/ou demência em idosos. Para isso, usaram os arquivos de busca da Medline relacionados ao uso desta substância e a mudança da performance cognitiva. Somente sete artigos encaixaram-se nesses critérios sendo que: dois acreditam que há baixo nível de relação entre as variáveis, dois não admitem associação entre as categorias e três referem que há um aumento da probabilidade de aceleração no declínio cognitivo aliado ao uso de benzodiazepínicos. Os autores acreditam que a discrepância das idéias se dê possivelmente por questões metodológicas, especialmente em relação à definição de cognição e de exposição à droga. Ainda, devido ao fato de grande parte da população fazer uso indiscriminado deste psicotrópico, fica difícil mensurar as conseqüências para a saúde da população.

Tendo em vista a relevância do tema, a presente pesquisa tem como objetivo geral identificar as habilidades cognitivas em idosas dependentes de benzodiazepínicos e as idosas não dependentes. Como objetivos específicos pretende-se avaliar as habilidades cognitivas em idosas dependentes de benzodiazepínicos e as idosas não dependentes no que tange à memória, atenção e fluência verbal neste grupo.

## **II MÉTODO**

### **Problema**

Existe diferença nas habilidades cognitivas em idosas dependentes de benzodiazepínicos e idosas não dependentes?

### **Delineamento**

Será realizado um estudo com metodologia quantitativa, transversal e de comparação entre dois grupos.

### **Hipóteses**

H1.1. As idosas que usam benzodiazepínicos têm menos habilidade cognitiva do que as idosas que não usam.

H1.2. As idosas que usam benzodiazepínicos têm mais habilidade cognitiva do que as idosas que não usam.

H1.0. Não existe diferença na habilidade cognitiva entre as idosas que usam benzodiazepínicos e as que não usam.

H2.1. As idosas que usam benzodiazepínicos têm menos memória do que as idosas que não usam.

H2.2. As idosas que usam benzodiazepínicos têm mais memória do que as idosas que não usam.



H2.0. Não existe diferença na memória das idosas que usam benzodiazepínicos e das que não usam.

H3.1. As idosas que usam benzodiazepínicos têm menos atenção do que as idosas que não usam.

H3.2. As idosas que usam benzodiazepínicos têm mais atenção do que as idosas que não usam.

H3.0. Não existe diferença na atenção das idosas que usam benzodiazepínicos e das que não usam.

H4.1. As idosas que usam benzodiazepínicos têm menos fluência verbal do que as idosas que não usam.

H4.2. As idosas que usam benzodiazepínicos têm mais fluência verbal do que as idosas que não usam.

H4.0. Não existe diferença na fluência verbal das idosas que usam benzodiazepínicos e das que não usam.

### **Participantes**

Será utilizada, nesta pesquisa, uma amostra por conveniência, composta por 96 (noventa e seis) idosas institucionalizadas com idade superior a 60 anos de idade, tendo em vista o critério definido para o início da terceira idade pela Organização Mundial da Saúde para países em desenvolvimento.

### **Critérios de Inclusão**

A amostra deverá ser constituída por pessoas somente do sexo feminino, visto que a literatura indica maior prevalência do uso de benzodiazepínicos em mulheres (Cebrid, 2003), e com idade superior a 60 anos.

No Grupo 1 devem preencher critérios de dependência de benzodiazepínicos segundo CID-10 (OMS, 1993), estes critérios são: um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância; dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo; um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância ou uso da mesma com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência; evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; abandono progressivo de prazeres ou interesses em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos; persistência no uso da substância a despeito da evidência clara de conseqüências nocivas.

No Grupo 2 as idosas não podem fazer uso de benzodiazepínicos.

### **Critérios de Exclusão**

Os critérios de exclusão da presente pesquisa serão a presença de transtornos psicológicos graves como transtorno de ansiedade e transtornos psicóticos, detectados através dos resultados da MINI – Breve Entrevista Internacional de Neuropsiquiatria Modificada (Amorim, 2000; Sheehan, Lecrubier, Sheehan, Amorim, Janavs & Weiller, 1998).

## **Instrumentos**

Para a presente pesquisa serão utilizados os seguintes instrumentos:

1. Entrevista estruturada com objetivo de definir o perfil sócio-demográfico da amostra estudada, tais como idade, escolaridade, estado civil, dados culturais, hábitos de qualidade de vida, uso de medicações e para avaliar os critérios de exclusão (Apêndice 1).
2. Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) de Folstein, Folstein e McHugh (1975) para fazer um rastreamento inicial do estado mental e avaliar a presença de déficits cognitivos. Ele é composto por questões subdivididas em sete categorias, organizadas de forma a avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore deste teste pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos, com ponto de corte de 24 (Anexo A).
3. Escala de Inteligência de Adultos de Wechsler III, subteste de Span de Números (WAIS III, 2004), para medir a atenção. Este, compreende duas tarefas diferentes de dígitos, na ordem direta e indireta. É usado para medir memória de trabalho, sendo o escore total o “valor bruto”, ou seja, o somatório dos acertos da ordem direta e indireta (Anexo D).
4. Teste de Fluência Verbal, Categoria Animal, de Spreen e Benton validada por Brucki, Malheiros, Okamoto e Bertolucci (1997). Este avalia a capacidade de evocar palavras de uma categoria semântica sob condições dirigidas e o escore corresponde ao número total de nomes de animais produzidos em um minuto (Anexo E).
5. Teste de Evocação Seletiva Livre e com Pistas (Buschke) - Para mensurar a memória de retenção, armazenamento e evocação será utilizado o proposto por Buschke e Fuld (1974), que consiste na apresentação de uma prancha com 16 figuras a serem memorizadas. O sujeito é orientado a apontar para cada um dos itens, conforme for

solicitado, por uma categoria e dar o nome correspondente. Depois de identificar cada figura, a prancha é retirada e é solicitado que o sujeito verbalize o nome de todos os itens que consiga lembrar. As lembranças livres e com pistas são então re-testadas após um período de 30 minutos, sem a apresentação da prancha. O escore é obtido através do número total de estímulos recordados, sendo a pontuação máxima de 96 lembranças (Anexo C).

6. Breve Entrevista Internacional de Neuropsiquiatria Modificada (M.I.N.I.) (Sheehan et. al., 1998), consta de uma breve entrevista estruturada para a triagem dos principais quadros psicopatológicos. Seus critérios diagnósticos são semelhantes àqueles encontrados no DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - APA) e na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – OMS, 1993, 10º edição). A atual versão foi validada com amostras de diferentes países, sendo que no Brasil, foi validado por Amorim (2000).

### **Procedimentos de Coleta dos Dados**

Primeiramente será realizado um contato inicial com as instituições que abrigam idosas, após, será marcada uma reunião com os profissionais responsáveis pela mesma na qual serão explicados os objetivos e procedimentos da pesquisa e viabilizada a possibilidade de realização do estudo com as idosas que recebem acompanhamento nestas instituições. Posteriormente, será realizado o encontro com as idosas quando serão explicados os objetivos da pesquisa, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Os instrumentos da pesquisa serão aplicados em local e data a combinar com as mesmas. Serão entrevistadas apenas as idosas que atendem os critérios de inclusão citados anteriormente e que aceitarem participar do estudo.

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora e alunos de iniciação científica do curso de Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, devidamente treinados pela pesquisadora.

Os instrumentos de coleta de dados serão aplicados de forma individual e em local apropriado na seguinte ordem: M.I.N.I, MMSE, Span de Números, Teste de Fluência Verbal-Categoria Animal e Teste de Evocação Seletiva Livre e Com Pistas.

### **Procedimento de Análise dos Dados**

Será utilizada uma estatística descritiva dos dados para uma análise exploratória e descrever o perfil do grupo em estudo (média, desvio, padrão, frequência e percentual).

Na análise inferencial será utilizado o teste T de Student para comparação dos dois grupos quando trabalharmos com escore. Ao trabalhar com os níveis utilizaremos o teste Qui-quadrado com os resíduos padronizados ajustados.

Caso não seja possível utilizar os testes acima mencionados será utilizado Mann-Whitney e Fischer respectivamente. O banco de dados será estruturado e analisado no software estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 11.5. O nível de significância será o de 5%.

### **Estudo Piloto**

Com o objetivo de alcançar resultados mais confiáveis será realizado um estudo piloto com uma amostra de 10 idosas, seguindo todos os procedimentos de coleta de dados, possibilitando possíveis ajustes que se façam necessários.

### **III PROCEDIMENTOS ÉTICOS**

Este projeto será previamente submetido ao Comitê de Ética da PUCRS.

As idosas que farão parte desta pesquisa receberão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), convidando-as a participar deste estudo e, caso seja aceita a participação, deverão assinar este Termo em duas vias sendo que uma será devolvida à pesquisadora e outra ficará com a participante da pesquisa.

Esta pesquisa não apresentará riscos de nenhuma índole às participantes. Como benefício aponta-se a possibilidade, quando necessário, encaminhar as idosas que apresentarem déficit cognitivo para reabilitação cognitiva, atendimento psicológico ou o mais pertinente.

#### IV CRONOGRAMA

Atividades	2005					2006											
	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisão de Literatura																	
Encaminhamento Comitê de Ética																	
Preparação dos Instrumentos																	
Treinamento dos Avaliadores																	
Aplicação do Estudo Piloto																	
Análise dos Dados do Piloto																	
Coleta de Dados																	
Tabulação dos Dados																	
Análise dos Dados																	
Redação Final																	
Entrega da Dissertação																	
Defesa																	

## V ORÇAMENTO

TÍTULO DA PESQUISA: Déficit Cognitivo em Idosas Dependentes de Benzodiazepínicos

Itens a serem financiados	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)	Fonte viabilizadora
<b>Material de consumo:</b>				
Caneta	6	0,65	3,90	(4)
Lápis	6	0,10	0,60	(4)
Apontador	1	0,20	0,20	(4)
Borracha	6	0,10	0,60	(4)
Disquete 3 ½	10	10,00	10,00	(4)
Cartucho para impressora	4	16,50	66,00	(4)
Folhas de ofício	500	14,50	14,50	(4)
Fotocópias	450	0,11	49,50	(4)
<b>Subtotal</b>			<b>145,30</b>	
<b>Material permanente:</b>				
Computador Pentium	1			(5)
Impressora HP 692	1			(5)
Estabilizador	1			(5)
Artigos COMUT	2	46,70	93,40	(4)
<b>Subtotal</b>			<b>93,40</b>	
<b>Total geral</b>			<b>238,70</b>	

---

Mônica Giaretton Bicca / Matrícula 05190481-1

- (1) Patrocinador
- (2) Agência de fomento (anexar comprovante)
- (3) Serviço
- (4) Pesquisador (a pesquisadora é bolsista da CAPES)
- (5) Outros (serão utilizados materiais pertencentes ao Grupo de Pesquisa coordenado pela Profª Drª Irani L. Argimon, PUCRS).



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 3, 106-115.

Argimon, I. & Stein, L. (2005) Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Caderno de Saude Pública*, 21(1), 64-72.

Auchewski, L., Andreatini, R., Galduróz, J. & Lacerda, R. (2004). Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 24-31.

Bartlett, G., Abrahamowicz, M., Tamblyn, R. & Grad, R. (2003). Longitudinal patterns of new benzodiazepine use in the elderly. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 13(10), 669-82.

Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bennet, D. A., Wilson, R. S., Schneider, J. A. & Evans, D. A. (2002). Natural history of mild cognitive impairment in older persons. *Neurology*, 59(2), 198-205.

Brucki, S. M., Malheiros, S., Okamoto, I. & Bertolucci, P. (1997). Dados normativos para o uso do teste Fluência Verbal (categoria animal), em nosso meio. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 55, 56-61.

Buschke, H. & Fuld, P. A. (1974). Evolution of storage, retention and retrieving in disordered memory and learning. *Neurology*, 11, 1019-1025.

Busse, E. W. & Blazer, D. (1989). *Geriatric psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press.

*Cebriad: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas*. (2003). Departamento de Psicobiologia, boletim 47. São Paulo: UNIFESP.

Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima, K. & Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 79-82.

Curran, H. V., Collins, R., Fletcher, S. Kee, S. Woods, B. & Iliffe, S. (2004). Older adults and withdrawal from benzodiazepine hipnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychol Med*, 33, 1223-1237.

Elias, M. F., Beiser, A., Wolf, P. A., Au, R. & White, R. F. (2000). The preclinical phase of Alzheimer disease: a 22-year prospective study of the Framingham Cohort. *Arch neurology*, 57(6), 808-813.

Folstein, M. F., Folstein, S. E. & Mchugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Freitas, E. Py, L., Xavier, F. & Gorzoni, M. (2002). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Gorenstein, C. (1993). Os benzodiazepínicos são realmente inócuos? *Rev. ABP-APAL*, 5(4), 153-154.

Gorman, W. F. & Campbell, C. D. (1995). Mental acuity of the normal elderly. *Journal of Okla State Med. Asso.*, 88, 119-123.

Hansson, J. A. & Hagberg, B. (2005). Determinant factors contributing to variations in memory performance in centenarians. *J Aging Hum Dev*, 60(1), 19-51.

Higgins, K., Cooper-Stanbury, M. & Williams. (2000). *Statistics on drug use in Australia in 1998*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Huf, G., Lopes, C. & Rozenfeld, S. (2000). O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Caderno de Saúde Pública*, 16(2), 351-362.

Hulse, G. (2002). Alcohol, drugs and much more in later life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 34-41.

Janicak, P.G., Davis, J. M., Preskorn, S. H. & Ayd Jr., F. J. (2001). Treatment with antiaxiety and sedative hypnotic agents. In P. G. Janicak, J. M. Davis, S. H. Preskorn, F. J. Ayd Jr. & M. Pavuluri. *Principles and practice of psychopharmacotherapy*. (3a ed.). (pp. 471-512). Lippincott: Williams & Wilkins.

Linden, M., Bar, T. & Helmchen, H. (2004). Prevalence and appropriateness of psychotropic drug use in old age: results from the Berlim Aging Study (BASE). *Psychogeriatr*, 16(4), 461-480.

Mishara, B. L. & Riedel, R. G. (1995). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Ediciones Morata.

OMS - Organización Mundial de la Salud. (1984). *Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de los ancianos: informe de un grupo científico de la OMS sobre a epidemiologia del envejecimiento*. Genebra: OMS, Série de informes técnicos, 706.

OMS- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Papalia, D. & Olds, S. (2000). *Desenvolvimento humano* (7a ed.). São Paulo: Artes Médicas.

Paprocki, J. (1990). O emprego de ansiolíticos benzodiazepínicos pelo clínico geral e por especialistas não psiquiatras. *Rev ABP-APAL*, 64(5), 305-312.

Parente, M. A. & Taussik, I. (2005). *Neuropsicologia: distúrbios de memória e esquecimentos benignos*. Recuperado em 22 jul. 2005: <http://www.comciencia.br>

Paterniti, S., Dufouil, C. & Alperovitch, A. (2002). Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: The Epidemiology of Vascular Aging Study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22, 285-293.

Poyares, D., Guilleminault, C., Ohayon, M. M. & Tufik, S. (2004). Chronic benzodiazepine usage and withdrawal in insomnia patients. *J Psychiatric Res*, 38(3), 327-334.

Poyares, D., Pinto, L., Tavares, S. & Barros-Vieira, S. (2005). Hipnoindutores e insônia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 2-7.

Schaie, K. (1996). Intellectual development in adulthood. In J. E. Birren, K. Schaie (Org.), *Handbook of the psychology and aging*. (pp. 266-286). San Diego: Academic Press.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J. & Weiller, E. (1998). The Mini International Neuropsychiatry Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and CID-10. *Journal of clinical psychiatry*, 59(20), 22-33.

Stuart-Hamilton, I. (2002). *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.

Verdoux, H., Lagnaoui, R. & Begaud, B. (2005). Is benzodiazepine use a risk factor for cognitive decline and dementia? A literature review of epidemiological studies. *Psychol Med*, 35(3), 307-315.

Vieira, E. B. (1996). *Manual de Gerontologia: Um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter.

Voyer, P., Landreville, P., Moisan, J. & Tousignant, M. (2005). Insomnia, depression and anxiety disorders and their association with benzodiazepine drug use among the community-dwelling elderly: implications for mental health nursing. *J Psychiatr Nurs Res*, 10(2), 1093-1116.

WAIS III. *Escala de Inteligência Wechsler para adultos: Manual, adaptação e padronização de uma amostra brasileira por Elisabeth do Nascimento*. (2004). São Paulo: Casa do Psicólogo.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1**

### **FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

## FICHA DE DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: **1** masculino **2** femininoEstado civil: **1** casado/companheiro **2** solteiro **3** viúvo **4** separado **5** outro \_\_\_\_\_

Desde quando reside em instituição asilar: \_\_\_\_\_

Anos de escolaridade: \_\_\_\_\_

Sabe ler: **1** não **2** simSabe escrever: **1** não **2** sim

Profissão: \_\_\_\_\_

Sua renda provém de: **1** pensão **2** aposentadoria **3** ajuda de terceiros **4** outro \_\_\_\_\_Religião: \_\_\_\_\_ Praticante: **1** não **2** sim

Como ocupa o tempo ocioso:

- |                            |                                |
|----------------------------|--------------------------------|
| <b>1</b> Leitura           | <b>9</b> Cinema                |
| <b>2</b> Música            | <b>10</b> Damas                |
| <b>3</b> Palavras Cruzadas | <b>11</b> Caminhada            |
| <b>4</b> Bingo             | <b>12</b> Atividades manuais   |
| <b>5</b> Televisão         | <b>13</b> Atividades na igreja |
| <b>6</b> Futebol           | <b>14</b> Bailes               |
| <b>7</b> Bocha             | <b>15</b> Outra                |
| <b>8</b> Cartas            |                                |

Como está a saúde: 1. Boa 2. Regular 3. Má

Utiliza alguma medicação? 1. Não. 2. Sim. Qual (is)? 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Qual é a dosagem? 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Quem indicou? .....

Para que serve? .....

.....

Faz exames de rotina com seu médico? .....

Observações:

## **APÊNDICE 2**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezada participante:

Estamos solicitando sua autorização para que você possa participar da presente pesquisa, que tem como objetivo estudar as capacidades cognitivas (condições de memória, atenção e de comunicação) em idosas que usam benzodiazepínicos. Esta pesquisa está relacionada a uma dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica desenvolvida na PUCRS. Tal estudo prevê a participação de idosas com idade superior a 60 anos. Para tanto é necessário que você responda a algumas perguntas sobre a sua pessoa e também gostaria que respondesse questões de alguns instrumentos de avaliação das capacidades de memória, atenção e fluência verbal. Esta atividade levará aproximadamente 60 minutos, e está sob a coordenação da pesquisadora responsável pelo estudo. Os dados de identificação das participantes serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição do pesquisador responsável pelo estudo e os resultados da pesquisa serão publicados em forma de artigos e/ou em eventos científicos mantendo o anonimato das idosas pesquisadas. Os protocolos utilizados na pesquisa serão guardados por 5 anos na sala da Orientadora e após serão incinerados. Sinta-se a vontade para fazer qualquer pergunta que julgue necessária, a qualquer momento. É seu direito retirar-se da pesquisa quando quiser, sem que isto implique qualquer prejuízo a sua pessoa. De qualquer forma, apesar das informações acima, caso venham a existir quaisquer danos à sua saúde emocional, causados diretamente pela pesquisa, você terá direito a acompanhamento especializado e à indenização, conforme prevê a lei.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome da participante) fui informada dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvida, do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através dos telefones (51) 91142407 da Mestranda Mônica Giaretton Bicca e da Professora Irani de Lima Argimon (51) 33203633sub-ramal 221. O telefone do Comitê de Ética em Pesquisa PUCRS é (51)33203345. Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial.

Consinto em participar desta pesquisa e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

---

Assinatura da Participante

---

Local e data

---

Mestranda Mônica Giaretton Bicca  
Matrícula: 05190481

---

Prof. Orientadora Irani Lima Argimon  
Matrícula : 030554



## **ANEXOS**

**ANEXO A**

**MINI EXAME DO ESTADO MENTAL**

**MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MMSE)**

(material elaborado para fins de pesquisa)

Instruções: “Agora gostaria de perguntar-lhe questões para avaliar a sua memória e concentração. Algumas delas serão fáceis e outras mais difíceis.”

<p><b>ORIENTAÇÃO:</b>  1) Qual o ano / estação / mês / dia / dia da semana? (0-5): _____  2) Onde estamos / estado / cidade / zona da cidade / endereço? (0-5): _____</p>
<p><b>MEMÓRIA IMEDIATA:</b>  3) “Vou lhe dizer o nome de três objetos. Repita. Guarde porque lhe será perguntado.”  <b>CANECA – TAPETE – TIJOLO</b> (0-3): _____</p>
<p><b>ATENÇÃO E CÁLCULO:</b>  4) “Sete seriado.” <b>100 / 93 / 86 / 79 / 72 / 65</b> (0-5): _____</p>
<p><b>MEMÓRIA EVOCAÇÃO:</b>  5) Quais os três objetos que pedi para recordar? (0-3): _____</p>
<p><b>LINGUAGEM:</b>  6) Nomeação: <b>RELÓGIO / CANETA</b> (0-2): _____  <b>NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.</b> (0-1): _____  7) Leia o escrito e faça o que manda: <b>Feche os olhos.</b> (0-1): _____  8) Vou dar uma folha de papel: <b>Pegue com a mão direita; dobre ao meio; coloque no chão.</b> (0-3): _____  9) Escreva uma <b>frase</b> completa. (0-1): _____  10) Copie o <b>desenho.</b> (0-1): _____</p>

A . Resultado do MMSE: ( )

**ANEXO B**

**ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA**

### GDS – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

1. Em geral, você está satisfeito(a) com sua vida?	sim / não
2. Você abandonou várias de suas atividades ou interesses?	sim / não
3. Você sente que sua vida está vazia?	sim / não
4. Você se sente aborrecido(a) com frequência?	sim / não
5. Você está de bom humor durante a maior parte do tempo?	sim / não
6. Você teme que algo de ruim aconteça com você?	sim / não
7. Você se sente feliz durante a maior parte do tempo?	sim / não
8. Você se sente desamparado(a) com frequência?	sim / não
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	sim / não
10. Você acha que apresenta mais problemas de memória do que antes?	sim / não
11. Atualmente, você acha maravilhoso estar vivo(a)?	sim / não
12. Você considera inútil a forma em que se encontra agora?	sim / não
13. Você se sente cheio(a) de energia?	sim / não
14. Você considera sem esperança a situação em que se encontra?	sim / não
15. Você considera que a maioria das pessoas está melhor do que você/	sim / não

Total	
-------	--

As seguintes respostas valem 1 ponto:

- |         |         |         |          |          |
|---------|---------|---------|----------|----------|
| (1) não | (4) sim | (7) não | (10) sim | (13) não |
| (2) sim | (5) não | (8) sim | (11) não | (14) sim |
| (3) sim | (6) sim | (9) sim | (12) sim | (15) sim |

## **ANEXO C**

### **TESTE DE EVOCAÇÃO DE BUSCHKE (TEB)**

### TESTE DE EVOCÇÃO DE BUSCHKE (TEB)

Instruções: “Agora eu vou lhe mostrar um cartão com alguns desenhos. Por favor, eu gostaria que o Sr (a) me respondesse a cada pergunta que vou lhe fazer, apontando para cada figura conforme a sua resposta.”

1. Qual é uma ave? (coruja)
2. Qual serve para carregar coisas? (cesta)
3. Qual é uma fruta? (abacaxi)
4. Qual é um tipo de roupa? (meia)
5. Qual é um doce? (bolo)
6. Qual serve para fumar? (cachimbo)
7. Qual é uma jóia? (colar)
8. Qual é um tipo de construção? (casa)
9. Qual serve para iluminar? (abajur)
10. Qual é um meio de transporte? (trem)
11. Qual é uma ferramenta? (alicate)
12. Qual é um instrumento musical? (violão)
13. Qual é usado na cozinha? (liquidificador)
14. Qual é um artigo de esporte? (bola)
15. Qual é usado para escrever? (lápis)
16. Qual previne roubo? (cadeado)

“Bem... agora eu gostaria que o Sr (a) olhasse com atenção para estes desenhos (sujeito com o cartão nas mãos) e os memorizasse, pois eu vou escondê-los e lhe perguntar por eles.”

#### TESTE DE MEMÓRIA

	V1		V2		V3		V4		V5		V6		Vmt	
	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P
Abacaxi														
Abajur														
Alicate														
Bola														
Bolo														
Cachimbo														
Cadeado														
Casa														
Cesta														
Colar														
Coruja														
Lápis														
Liquidificador														
Meia														
Trem														
Violão														
<b>Livre</b>	L		L		L		L		L		L		L	
<b>Pistas</b>	P		P		P		P		P		P		P	
<b>Livres &amp; com Pistas</b>	T		T		T		T		T		T		T	

- a ( ) Qual o **SOL** ? (somatório de evocações Livres nas 6 verificações)?
- b ( ) Qual o **SOLP** ? (somatório de evoc. Livres + com Pistas nas 6 verif. )
- c ( ) Qual o **Lpmax** ? Número de vezes das 6 verificações que teve T = 16?
- d ( ) Qual a **LT**? ( Lembrança tardia )  $LT = 6L - mtL$
- e ( ) Qual a **LT%** ? ( LT percentual )  $LT\% = ( mtL / 6L ) \times 100$

## **ANEXO D**

### **SPAN DE NÚMEROS (SN)**



### SPAN DE NÚMEROS (SN)

Instruções: “Eu vou dizer alguns números. Ouça cuidadosamente e quando eu terminar, diga-os exatamente como eu”.

#### ORDEM DIRETA

Escore  
2,1 ou 0

5-8-2	
6-9-4	
6-4-3-9	
7-2-8-6	
4-2-7-3-1	
7-5-8-3-6	
6-1-9-4-7-3	
3-9-2-4-8-7	
5-9-1-7-4-2-8	
4-1-7-9-3-8-6	
5-8-1-9-2-6-4-7	
3-8-2-9-5-1-7-4	
2-7-5-8-6-2-5-8-4	
7-1-3-9-4-2-5-6-8	
<b>Total (máx.=14)</b>	

Instruções: “Agora eu vou dizer mais alguns números, mas desta vez, quando eu parar, quero que você os diga de trás para diante. Por ex.: se eu digo 7-1-9, o que você diria?” (Se o sujeito responder corretamente diga certo vamos começar, caso erre diga da forma esperada)

#### ORDEM INVERSA

Escore  
2,1 ou 0

2-4	
5-8	
6-2-9	
4-1-5	
3-2-7-9	
4-9-6-8	
1-5-2-8-6	
6-1-8-4-3	
5-3-9-4-1-8	
7-2-4-8-5-6	
8-1-2-9-3-6-5	
4-7-3-9-1-2-8	
9-4-3-7-6-2-5-8	
7-2-8-1-9-6-5-3	
<b>Total (máx.=14)</b>	

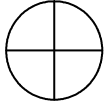
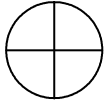
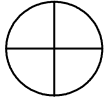
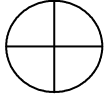
Total= OD \_\_\_\_ +OI \_\_\_\_ = \_\_\_\_ (TOTAL BRUTO)

## **ANEXO E**

### **FLUÊNCIA VERBAL, categoria animal**

### FLUÊNCIA VERBAL, categoria animal

Instruções: “Gostaria que o Sr.(a) falasse o mais rápido que puder o nome de diferentes animais. Pode ser qualquer animal, conhecido ou desconhecido. Para isso, o Sr.(a) terá um tempo curto, mas não precisa se preocupar que eu irei controlá-lo. Pronto? Então vamos começar.”

Intervalos de tempo	Animais
 0 a 15”	_____ _____
 16 a 30”	_____ _____
 31 a 45”	_____ _____
 46 a 60”	_____ _____

Total de palavras

0 – 15” ⇒ \_\_\_\_\_

16 – 30” ⇒ \_\_\_\_\_

31 – 45” ⇒ \_\_\_\_\_

46 – 60” ⇒ \_\_\_\_\_

A. Total de palavras geradas em 1 minuto: (    )

## **2. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS**



Ofício nº 028/2006-CEP

Porto Alegre, 03 janeiro de 2006.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "Habilidades cognitivas em idosas dependentes de benzodiazepínicos".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Caio Coelho Marques  
COORDENADOR EM EXERCÍCIO

Ilmo(a) Sr(a)  
Mest Mônica Giaretton Bicca  
N/Universidade

### **3. ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA**

#### **HABILIDADES COGNITIVAS E USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS**

## HABILIDADES COGNITIVAS E USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSOS

Mônica Giaretton Bicca

Irani de Lima Argimon

### Resumo

A população mundial está vivendo mais e com isso acaba estimulando os estudos ligados à Gerontologia. Ainda sabe-se pouco sobre o universo do idoso e, principalmente, no que se refere ao uso de substâncias psicoativas e suas conseqüências. O objetivo deste estudo foi verificar as características das publicações indexadas nos últimos 5 anos que versam sobre os temas idosos, habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos. Foram cruzadas as palavras-chave nas bases de dados Medline, PsycInfo e Lilacs. Os *abstracts* dos artigos foram revisados e classificados a partir de seis dimensões de análise: base de dados, ano de publicação, país de origem, tipo de delineamento, cruzamento de variáveis e resultados e conclusões dos estudos. O tratamento dos dados foi realizado por meio de análise das freqüências percentuais. Os resultados mostraram alguns estudos envolvendo as palavras-chave e a preocupação em avaliar o uso de substâncias psicoativas na terceira idade.

**Palavras-chave:** idosos ou velhice, cognição ou habilidades cognitivas, benzodiazepínicos.

## **COGNITIVE HABILITY AND USE OF BENZODIAZEPINIC DRUGS IN ELDERLY PEOPLE**

Mônica Giaretton Bicca

Irani de Lima Argimon

### **Abstract**

The world's population is living longer and this fact encourages the study of Gerontology. We still know very little about the universe of older people, mainly as regards the use of psychoactive substances and their consequences. The aim of this study is to verify the characteristics of publications that were indexed in the last five years on the subject elderly people, cognitive skills and the use of benzodiazepinic drugs. Key words from the Medline, PsycInfo and Lilacs databases have been cross-referenced. The paper abstracts have been reviewed and sorted based on six analysis dimensions: data base, issue year, country of origin, type of delineation, variables cross reference and results and study conclusions. The data was treated based on the assessment of percentage frequencies. The results show some studies involving the key words and concern with assessment of the use of psychoactive substances in the third age.

**Key words:** older people or old age, cognition or cognitive skills, benzodiazepinic drugs.



## INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1984), a expectativa de vida da população do mundo inteiro está aumentando e passará a ser de 73 anos no ano de 2025. No Brasil, a esperança é que se possa chegar a 74 anos neste mesmo período. Com a crescente expectativa de vida e o envelhecimento da população, a sociedade demonstra grande interesse em estudos ligados à Gerontologia.

Esta mesma Organização considera pessoas idosas aquelas com mais de 65 anos, dado válido para habitantes de países desenvolvidos. Para países em desenvolvimento, caso do Brasil, a dita terceira idade inicia a partir dos 60 anos.

Alguns profissionais da saúde, especialmente os gerontologistas, afirmam que o limite do ciclo da vida humana é de 110 a 120 anos, porém, parece difícil pensar que as pessoas cheguem aos 100 anos. Desta forma, novas pesquisas têm sugerido que a morte dos “velhos mais velhos” é adiável.

Viver mais está sendo um intuito do ser humano, assim, um desafio que cresce é a obtenção de melhor qualidade de vida nestes anos conquistados a mais. Esclarecer os fatores que contribuem para o chamado “envelhecimento tardio” também estão em pauta nos dias atuais, já que muitos problemas que costumavam ser considerados parte da idade avançada são atribuídos não ao envelhecimento propriamente dito, mas a fatores de estilo de vida ou a doenças, entre as quais psicológicas que acompanham o indivíduo.

Busse e Blazer (1989) e Horn e Meer (1987) definem o envelhecimento primário como um processo gradual e inevitável da deterioração corporal que começa mais cedo na vida e continua com o passar dos anos e, o secundário como resultado de doenças ou abusos, fatores que são evitáveis e dentro do controle das pessoas.

A terceira idade apresenta características peculiares e seu atendimento representa um aumento de cuidados já previstos e dispensados a outros grupos etários, assim como a implementação de estratégias a serem utilizadas para avaliar as questões características desta fase (OMS, 1984).

Conforme Bee (1997), existem dois tipos de idosos, os idosos jovens com idade entre 65 e 75 anos e, os idosos mais velhos, com mais de 75 anos. A autora explica estas duas categorias a partir da premissa de que tanto a função física quanto a mental mostrarem um declínio mais acentuado por volta dos 75 anos. Também, em relação à cognição, cita que dos 65 anos aos 75 anos, as mudanças podem ser sutis ou até inexistentes.

Para La Rue (citado por Trentini, 2001), grande parte das mudanças no envelhecimento é imperceptível no dia-a-dia, já que ocorrem gradualmente. O envelhecimento psicológico, geralmente, causa mudanças significativas e perceptíveis apenas entre os idosos acima dos 80 anos, sendo uma das principais queixas o declínio cognitivo, principalmente a perda da memória.

Usualmente, o envelhecimento está associado à lentidão de raciocínio e a dificuldades de memória, desta maneira, acredita-se que os idosos têm dificuldades em compreender e lembrar situações novas ou que lhes são apresentadas rapidamente. Ainda há uma desinformação ou desconhecimento a respeito de o que é um envelhecimento cognitivo normal e como distingui-lo de um envelhecimento patológico (Parente & Taussik, 2002).

Aliado a este fenômeno que afeta tanto o idoso, as limitações cognitivas podem ser potencializadas e/ou aceleradas através do uso de benzodiazepínicos. Hulse (2002) pontua que o estereótipo de pessoas mais velhas não os apresenta usando drogas psicoativas, mas eles são de fato consumidores de drogas legitimamente prescritas, como os hipnóticos e os benzodiazepínicos. Refere também que os idosos são os maiores consumidores de prescrições e medicamentos vendidos sem receitas médicas, sendo a polifarmácia comum nesta faixa

etária. As mudanças fisiológicas que acompanham o processo de envelhecimento e a polifarmácia podem influenciar negativamente a capacidade funcional, a habilidade psicomotora e, principalmente, a habilidade cognitiva (incluindo atenção e memória) nos idosos, o que aumenta o risco de acidentes, ferimentos, isolamento e institucionalização.

Os benzodiazepínicos, embora sejam drogas relativamente seguras, têm tido restrições em sua utilização cada vez maiores devido à incidência de seus efeitos colaterais, além de poder acarretar a depressão e a distímia (Janicak, Davis, Preskorn & Ayd Jr., 2001). A administração prolongada desta droga, mesmo que em baixa dosagem, induz prejuízos persistentes nas funções cognitivas e psicomotoras (Gorenstein, 1993).

Considerando que a população mundial está com maior expectativa de vida, é de fundamental importância que se estude para poder melhorar a condição geral destes anos, em especial a habilidade cognitiva. Este trabalho tem como objetivo verificar as características das publicações indexadas nos últimos cinco anos que versam sobre idosos, habilidades cognitivas e benzodiazepínicos.

## MÉTODOS

Através de uma revisão sistemática (Coutinho, 2003), foi realizada a análise de publicações inseridas nas bases de dados Medline, PsycInfo e Lilacs a partir de um levantamento de *abstracts* dos últimos cinco anos. Foram cruzados os descritores idoso ou velhice, cognição e benzodiazepínicos (*old people or aged or elder and cognition or cognitive ability and benzodiazepines*).

Foram identificados 60 *abstracts* de artigos através da busca realizada, sendo que todos eram de publicações em periódicos. Para delinear um quadro de síntese, os *abstracts* foram classificados da seguinte forma:

- Bases de dados;
- Ano de publicação;
- Idioma original;
- Tipo de delineamento;
- Cruzamento de variáveis;
- Resultados;
- Conclusões do estudo.

O tratamento dos dados foi realizado através de análise das frequências percentuais.

## RESULTADOS

A primeira análise engloba a distribuição dos *abstracts* de acordo com as bases de dados investigadas. O Medline teve a maioria das publicações (59), seguido do PsycInfo (1), porém no Lilacs não foram encontradas publicações sobre o tema (Tabela 1).

INSERIR TABELA 1

Alguns dos *abstracts* encontrados não tratavam do tema referente a este artigo, abordavam questões referentes a outros tipos de medicação, a procedimentos cirúrgicos, a psicopatologias específicas, entre outros. Sendo assim, dos 60 *abstracts* investigados, foram excluídos 32, modificando o número total de 60 para 28.

No que se refere ao ano de publicação, examinando os 28 *abstracts*, o ano de 2003 teve maior concentração de estudos, com um total de 9 *abstracts*, conforme pode ser visto na Tabela 2.

INSERIR TABELA 2

Entre os 28 artigos publicados, 10 foram produzidos nos Estados Unidos, sendo que 9 estavam na base de dados do Medline e, 1, no Psycinfo. Os demais artigos foram produzidos no Reino Unido, Canadá, França, Japão, Alemanha, Holanda, Austrália e Polônia (Tabela 3).

INSERIR TABELA 3

A quarta dimensão de análise envolve os tipos de delineamentos utilizados. A tabela 4 mostra os delineamentos usados nas publicações, distribuídos em: estudo transversal, estudo de coorte, ensaio clínico randomizado e revisão teórica. A maioria dos estudos utilizou o delineamento transversal.

INSERIR TABELA 4

Em relação ao cruzamento de variáveis apresentadas nos estudos, abordado na quinta dimensão, houve uma diversidade de produções teóricas enfocando os temas uso de benzodiazepínicos e sua relação com as funções cognitivas. A partir da análise dos artigos, foram criadas duas categorias:

**Categoria A** – Uso de Benzodiazepínicos. Relacionada ao uso desta substância psicoativa.

**Categoria B** - Cognição e Efeitos dos Benzodiazepínicos. Associada aos possíveis efeitos da ação dos benzodiazepínicos sobre as habilidades cognitivas de idosos.

Na sexta dimensão, que analisou os resultados e conclusões dos estudos, observou-se que nem todos os *abstracts* continham estes itens. As sínteses e conclusões que foram identificadas são apresentadas a seguir, de acordo com as categorias agrupadas na análise das variáveis.

### **Categoria A – Uso de Benzodiazepínicos**

- Idosos costumam minimizar o uso de substâncias psicoativas, mesmo as lícitas. Uma forma de obter informações mais precisas é através de *screenings*, que são consideradas boas ferramentas para detectar o uso de psicotrópicos (Rockett, Putnam, Jia & Smith, 2006).

- Idosas com co-morbidades clínicas e psiquiátricas e que usam muitos tipos de medicação formam o grupo que mais recebe prescrição de benzodiazepínicos. Este também é o grupo que tem mais efeitos colaterais advindos da medicação (quedas, diminuição da habilidade cognitiva, sedação, entre outros), provavelmente por sua ação farmacocinética e farmacodinâmica (Rockett et al., 2006).

- Os benzodiazepínicos são as drogas prescritas com a maior frequência para o tratamento de ansiedade em idosos e estudos sobre o uso nesta população são raros (Madhusoodanan & Bogunovic, 2004). Os autores deste estudo pontuam também o risco de dependência em usuários crônicos e de complicações médicas advindos da utilização deste tipo de psicofármaco.

- Idosos são os principais usuários de benzodiazepínicos (Curran, Collins, Fletcher, Kee, Woods & Iliffe, 2004). São substâncias usadas com frequência como estratégia terapêutica para pacientes idosos que sofrem de insônia, agitação psicomotora e ansiedade (Li Pi Shan & Ashworth, 2004).

- O uso de benzodiazepínicos é difundido em vários locais e culturas, especialmente em mulheres (Lejoyeux, Delaroque, McLoughlin & Ades, 2003).

- Existem evidências de maior prevalência de uso e abuso de benzodiazepínicos por idosos, no entanto, ainda não fica claro o motivo deste acontecimento. Uma hipótese se

deve às reações de abstinência que facilitam o uso contínuo (Pomara, Willoughby, Ritchie, Sidtis, Greenblatt & Nemeroff, 2005).

### **Categoria B - Cognição e Efeitos dos Benzodiazepínicos**

- A utilização de benzodiazepínicos está associada com o aumento de risco de acelerar o declínio cognitivo. Conseguir determinar se o uso crônico desta substância realmente afeta a cognição pode ser considerada uma questão de saúde pública, podendo ser melhor explorada por estudos epidemiológicos e farmacológicos (Pomara et al., 2005).

- Pessoas sob o efeito de benzodiazepínicos apresentam declínio na sua performance cognitiva ao serem comparadas quando não estão sob o efeito da mesma droga (Nakazono et al., 2005).

- Apesar da ampla prescrição desta medicação, existem poucos estudos que avaliam a alteração da habilidade cognitiva depois de muito tempo de uso da substância. A literatura disponível apresenta resultados diversos bem como uma variedade metodológica que dificulta chegar a denominadores mais conclusivos (Barker, Greenwood, Jackson & Crowe, 2004).

- Uma revisão teórica sugere que usuários de longo tempo (média de 9,9 anos) apresentam prejuízos significativos em todas as funções cognitivas em comparação com não usuários (Barker et al., 2004).

- A observação de que usuários crônicos de benzodiazepínicos têm declínio cognitivo potencializado leva à implicação de melhor informar a população sobre esta droga. Também, é preciso haver mais estudos e com melhor delineamento (Barker et al., 2004).

- É consenso que existem poucos estudos sobre os efeitos de drogas psicotrópicas na população idosa. No entanto, existem evidências baseadas em estudos que

demonstram que realmente há prejuízo cognitivo, quando usadas. (Allard, Artero & Ritchie, 2003).

- Quando usados cronicamente, os benzodiazepínicos, além de deteriorar as funções cognitivas de idosos, podem prejudicar o sono. A retirada desta substância pode melhorar a capacidade cognitiva e restabelecer o padrão de sono (Curran et al., 2004).

## DISCUSSÃO

A partir dos resultados desta revisão sistemática, é importante ressaltar que as publicações indicam o interesse de vários pesquisadores em relação ao uso de benzodiazepínicos e as implicações de sua utilização na cognição de idosos. No entanto, é quase consenso entre os mesmos a necessidade de haver mais estudos com melhor delineamento, para que se possa chegar a resultados mais conclusivos.

A maioria das publicações nestas bases de dados teve como idioma principal a língua inglesa, seguido por um número menos expressivo em outros idiomas e, infelizmente, não foi encontrado nenhuma publicação na língua portuguesa. Este fato mostra a necessidade de mais publicações de outros países, o que poderia ajudar a esclarecer questões pertinentes ao tema deste artigo.

Através da revisão sistemática realizada, merece destaque o fato da maioria dos artigos ser feita com metodologia transversal. Os estudos de coorte foram apenas cinco, o que de certa forma dificulta a investigação, as implicações e a associação do uso de benzodiazepínicos e habilidades cognitivas.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da revisão sistemática deste estudo teve um foco limitado em buscar publicações que se referiam aos idosos, benzodiazepínicos e habilidades cognitivas.

Os estudos têm procurado estabelecer relações entre estas três variáveis, entretanto, poucos conseguem chegar a conclusões que afirmam uma ligação positiva e progressiva das mesmas.

Neste trabalho, observou-se que os *abstracts* nem sempre apresentam de forma clara a metodologia empregada, os instrumentos utilizados, os resultados e conclusões dos estudos, podendo, desta forma, limitar a revisão teórica.

Também é importante ressaltar que este estudo limitou-se a busca em algumas bases de dados e que não foram encontrados estudos nacionais, limitando ainda mais a temática abordada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allard, J., Artero, S. & Ritchie. (2003). Consumption of psychotropic medication in the elderly: a re-evaluation of its effects on cognitive performance. *J geriatr psychiatry*, 18(10), 874-878.

Barker, M., Grennwood, K., Jackson, M. & Crowe, S. (2004). Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *CNS Drugs*, 18(1), 37-48.

Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Busse, E. W. & Blazer, D. (1989). *Geriatric psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press.

Coutinho, E. S. F. (2003). Meta-análise. In R. A. Medronho, D. M. Carvalho, V. V. Bloch, R. R. Luiz, & G. L. Werneck (Orgs.). *Epidemiologia* (pp. 447-55). São Paulo: Atheneu.

Curran, H., Collins, R., Fletcher, S., Kee, S., Woods, B. & Iliffe, S. (2004). Older adults and withdrawal from benzodiazepines hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychol Med*, 33(7), 46-52.

Freitas, E. Py, L., Xavier, F. & Gorzoni, M. (2002). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Gorenstein, C. (1993). Os benzodiazepínicos são realmente inócuos? *Rev. ABP-APAL*, 5(4), 153-154.

Horn, J. C. & Meer, J. (1987). The vintage years. *Psychology Today*, May: 76-90.

Hulse, G. (2002). Alcohol, drugs and much more in later life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 34-41.

Janicak, P.G., Davis, J. M., Preskorn, S. H. & Ayd Jr., F. J. (2001). Treatment with antiaxiety and sedative hypnotic agents. In P. G. Janicak, J. M. Davis, S. H. Preskorn, F. J. Ayd Jr. & M. Pavuluri. *Principles and practice of psychopharmacotherapy*. (3a ed.) (pp. 471-512). Lippincott: Williams & Wilkins.

Lejoieux, M., Delaroque, F., McLoughlin, M. & Ades, J. (2003). Alcohol dependence among french inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry*, 11(3), 360-364.

Li Pi Shan, R. & Ashworth, N. (2004). Comparison of lorazepam and zopiclone for insomnia in patients with stroke and brain injury: a randomized, crossover, double-blinded trial. *Am J Phys Med Rehabil.*, 83(3), 421-427.

Madhusoodan, S. & Bogunovic, O. (2004). Safety of benzodiazepines in the geriatric population. *Expert Opin Drug Saf.*, 3(5), 485-493.

Nakazono, K., Watanabe, Y., Nakaya, S., Asami, Y., Masuhara, K., Itoh, F. et al. (2005). Impairment state of cognitive performance and the affecting factors in outpatients following gastrointestinal endoscopy after single-dose diazepam. *Yakugaku Zasshi*, 125(3), 307-314.

OMS - Organización Mundial de la Salud.(1984). *Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de los ancianos: informe de un grupo científico de la OMS sobre a epidemiologia del envejecimiento*. Genebra: OMS, Série de informes técnicos, 706.

Parente, M. A. & Taussik, I. (2002). *Neuropsicologia: distúrbios de memória e esquecimentos benignos*. Recuperado em 22 jul. 2005: <http://www.comciencia.br>

Pomara, N., Willoughby, L., Ritchie, J., Sidtis, J., Greenblatt, D. & Nemeroff, C. (2005). Sex-related elevation in cortisol during chronic treatment with alprazolam associated with enhanced cognitive performance. *Psychopharmacology*, 182(3), 414-419.

Rockett, I., Putnam, S., Jia, H. & Smith, G. (2006). Declared and undeclared substance use among emergency department patients: a population-based study. *Addiction*, 101(5), 706-712.

Trentini, C. (2001). *Habilidades Cognitivas em Idosos Viúvos*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Agradecimentos: A CAPES por viabilizar financeiramente este estudo.

Tabela 1

Distribuição dos Artigos Localizados nas Bases de Dados

<b>Bases de Dados</b>	<b>Artigos</b>	<b>Total (%)</b>
Medline	59	98,4
PsycInfo	1	1,6
Lilacs	0	0
Total	60	100

Tabela 2

Distribuição dos Artigos Localizados nas Bases de Dados, por Ano de Publicação

<b>Ano de Publicação</b>	<b>Artigos</b>	<b>Total (%)</b>
2002	3	10,7
2003	9	32,2
2004	7	25
2005	7	25
2006	2	7,1
Total	28	100

Tabela 3

Distribuição dos Artigos Localizados nas Bases de Dados, por País de Origem

<b>País de Origem</b>	<b>Artigos</b>	<b>Total (%)</b>
Estados Unidos	10	35,8
Canadá	5	17,9
Japão	4	14,3
França	3	10,8
Reino Unido	2	7,2
Austrália	1	3,5
Holanda	1	3,5
Alemanha	1	3,5
Polônia	1	3,5
Total	28	100

Tabela 4

Distribuição dos Artigos Localizados nas Bases de Dados, por Tipo de Delineamento

<b>Tipo de Delineamento</b>	<b>Artigos</b>	<b>Total (%)</b>
Estudo transversal	12	42,8
Estudo de coorte	5	17,9
Ensaio clínico randomizado	6	21,4
Revisão teórica	5	17,9
Total	28	100

#### **4. ARTIGO EMPÍRICO**

**HABILIDADES COGNITIVAS E USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSAS  
INSTITUCIONALIZADAS**

## **HABILIDADES COGNITIVAS E USO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS**

### **Resumo**

O objetivo desta pesquisa foi verificar as habilidades cognitivas em idosas usuárias de benzodiazepínicos e as idosas não usuárias deste tipo de medicação. Participaram do estudo, 123 idosas institucionalizadas. O delineamento foi de um estudo quantitativo e transversal. Os instrumentos utilizados foram: Ficha de Dados Sociodemográficos, Breve Entrevista Internacional de Neuropsiquiatria Modificada, Mini-Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica, Span de Números, Teste de Fluência Verbal - Categoria Animal, Teste de Evocação Seletiva Livre e com Pistas (Buschke). Não foram encontradas associações significativas entre as habilidades cognitivas em idosas usuárias de benzodiazepínicos e as idosas não usuárias deste tipo de medicação.

**Palavras-chave:** habilidades cognitivas, benzodiazepínicos, idosas.



## **COGNITIVE SKILLS AND THE USE OF BENZODIAZEPINIC DRUGS IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY WOMEN**

### **Abstract**

The aim of this research is the verification of cognitive skills in elderly women using benzodiazepinic drugs and non-users of this medication. The study consisted of 123 institutionalized elderly women. The study was delineated as quantitative and transversal. The instruments used were: Sociodemographic Data Chart, Brief International Interview of Modified Neuropsychiatry, Mini-Exam of the Mental State, Geriatric Depression Scale, Numbers Span, Verbal Fluency Test - Category Animal, Test of Selective Evocation, Free and with Leads (Buschke). No significant associations were found between the cognitive skills in benzodiazepinic using elderly women and the ones who do not use this medication.

**Key words:** cognitive skills, benzodiazepinic, elderly women.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (1984) determina como início da terceira idade a idade de 65 anos para países desenvolvidos e, 60 anos, para países em desenvolvimento. Esta é considerada uma fase normal do ciclo vital, vista como um processo biológico natural, não-patológico, caracterizado por uma série de alterações morfofisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acontecem no organismo ao longo da vida. Sabe-se que o envelhecimento biológico é um processo que antecede alguns limites. Na realidade, a chamada terceira idade apresenta características biopsicossociais, com efeitos que incidem sobre o indivíduo e a sociedade de forma especial (Busse & Blazer, 1989).

Envelhecer, segundo Stuart-Hamilton (2002), pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo, que são graduais, naturais, conforme as características genéticas e, principalmente, o modo de vida de cada um. É neste período que as habilidades cognitivas declinam de maneira mais perceptível, e que se torna mais visível a tendência à lentificação dos processos cognitivos, motores e perceptivos.

Para Vieira (1996), cognição é o termo global empregado para descrever as habilidades cognitivas ou o funcionamento mental, que implica a habilidade para sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamento e a capacidade para produzir respostas às solicitações e estímulos externos.

Em relação à capacidade cognitiva, em um artigo de revisão, Charchat-Fichman, Caramelli, Sameshima e Nitrini (2005) propõem que o declínio da capacidade cognitiva decorre dos processos fisiológicos do envelhecimento normal ou de um estágio de transição para as demências. Em um estudo longitudinal, Bennett, Wilson, Schneider e Evans (2002) sustentam que a maior parte da população idosa não apresenta declínio ou prejuízo cognitivo, apresentando uma trajetória estável e benigna.

Usualmente, o envelhecimento está associado à lentidão de raciocínio e a dificuldades de memória, desta maneira, acredita-se que os idosos têm dificuldades em compreender e lembrar situações novas ou que lhes são apresentadas rapidamente. Ainda há uma desinformação ou desconhecimento a respeito de o que é um envelhecimento cognitivo normal e como distingui-lo de um envelhecimento patológico (Parente & Taussik, 2002).

Argimon e Stein (2005) mencionam a escassez de estudos longitudinais com idosos acima dos 80 anos, possivelmente pela perda amostral característica desta faixa etária. As autoras realizaram um estudo longitudinal de três anos com o propósito de analisar as modificações cognitivas de idosos em idade muito avançada. A amostra, randômica, foi com 66 indivíduos na primeira etapa (1998) e com 46 indivíduos na segunda etapa (2001). As autoras referem que houve um pequeno declínio no desempenho cognitivo no período de três anos e que este não foi suficiente para acarretar mudanças significativas no seu padrão cognitivo. Neste estudo, as autoras consideram atividades de lazer e mais anos de escolaridade fatores preditivos de menor variação no desempenho cognitivo.

Aliado a este fenômeno biopsicossocial que afeta tanto o idoso, as limitações cognitivas podem ser potencializadas e/ou aceleradas através do uso de benzodiazepínicos. Os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais consumidos no mundo, estima-se que em 2001 foram consumidos 6,96 bilhões de doses diárias de benzodiazepínicos como hipnóticos no mundo, um número bastante significativo (Higgins, Cooper-Stanbury & Williams, 2000).

A dependência de benzodiazepínicos pode desenvolver-se em dias ou em semanas, sendo que os principais sintomas de descontinuação do uso são opostos ao efeito terapêutico esperado – alívio da insônia, depressão, ansiedade e dor - ou são uma intensificação da recorrência dos sintomas originais (Poyares, Guilleminault, Ohayon & Tufik, 2004; Freitas, Py, Xavier & Gorzoni, 2002).

Uma pesquisa feita em Berlim (Linden, Bar & Helmchen, 2004) examinou a prevalência do uso de drogas psicotrópicas em idosos. Os participantes submeteram-se a exames psicológicos e físicos e informaram sobre o uso da medicação. Também foram colhidas informações com os chamados “médicos de família” e realizada inspeção na casa dos participantes. Do total de participantes, 24,8% usava psicotrópicos antes da testagem, destes, 64,8% usava há mais de um ano e 19,8% era usuário de benzodiazepínicos.

Pesquisas epidemiológicas indicam que a prática do uso de benzodiazepínicos difere bastante em relação à eficácia e efetividade, bem como das recomendações internacionalmente aceitas. Eles estão entre os medicamentos mais prescritos a idosos e as mulheres os utilizam em uma proporção duas vezes maior que a utilizada pelos homens. Baseando-se nesta idéia, Huf, Lopes e Rozenfeld (2000) avaliaram o padrão de uso desta medicação em um centro de convivência de mulheres com mais de 60 anos. Foi utilizado um questionário padrão, com perguntas fechadas e testado através de um estudo piloto (não incluídos na análise). A prevalência do uso naquele período foi estimada em 21,3% e a prevalência de uso diário por 12 meses ou mais foi de 7,4%.

De acordo com Paprocki (1990), o consumo crescente de benzodiazepínicos pode ser resultado de um período turbulento que caracteriza as últimas décadas da humanidade: a diminuição da tolerância ao estresse, à introdução de novas drogas e, ainda, os hábitos de prescrição inadequada por parte dos médicos. No caso de idosos, isto também pode ser observado e o problema é exacerbado pelo fato de que os idosos podem não estar conscientes dos riscos associados a estas drogas, o que os leva a ignorar o fato dos benzodiazepínicos estarem associados a uma possível deterioração da atenção e das capacidades cognitivas (Stuart-Hamilton, 2002).

Em um estudo recente, Auchewski, Andreatini, Galduróz e Lacerda (2004) apresentaram os principais efeitos colaterais que comprometem o usuário de benzodiazepínicos, tais como diminuição da atividade psicomotora, prejuízo na memória e o desenvolvimento de dependência e a qualidade da orientação médica sobre os efeitos colaterais. Foram entrevistados 120 pacientes com mais de 48 anos que procuraram esta medicação em farmácias dos principais centros do país. Os resultados obtidos através de um questionário de perguntas abertas foram os seguintes: 13% dos entrevistados relataram que foram orientados sobre os três tipos principais de efeitos colaterais, 27%, a respeito de pelo menos dois, e, 40%, sobre pelo menos um, enquanto que, 19%, não receberam nenhuma orientação.

Tendo em vista a relevância do tema, a presente pesquisa tem como objetivo geral identificar as habilidades cognitivas em idosas dependentes de benzodiazepínicos e as idosas não dependentes. Como objetivos específicos, pretende-se avaliar as habilidades cognitivas em idosas usuárias de benzodiazepínicos e as idosas não usuárias no que tange à memória, atenção e fluência verbal neste grupo.

## **MÉTODO**

### **a) Delineamento**

Foi realizado um estudo transversal, utilizando-se uma metodologia quantitativa.

### **b) Participantes**

Participaram do estudo, 123 idosas institucionalizadas, com idade igual ou superior a 60 anos, de escolaridade e níveis socioeconômicos diversos, residentes em instituições asilares na cidade de Porto Alegre. Como critérios de inclusão, as participantes do Grupo 1

deveriam ser usuárias de benzodiazepínicos e as participantes do Grupo 2 não poderiam fazer uso de benzodiazepínicos. Foram excluídas do estudo idosas com a presença de transtornos psicológicos graves como transtornos psicóticos, sintomas graves de depressão.

### **c) Instrumentos**

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: Ficha de Dados Sociodemográficos, Breve Entrevista Internacional de Neuropsiquiatria Modificada, Mini-Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica, Span de Números, Teste de Fluência Verbal - Categoria Animal, Teste de Evocação Seletiva Livre e com Pistas (Buschke), que serão descritos a seguir.

A Ficha de Dados Sociodemográficos consiste de itens incluindo idade, sexo, estado civil, tempo de residência em instituição asilar, anos de escolaridade, profissão, proveniência da renda, religião, atividades de lazer, informações sobre saúde, sobre o uso de benzodiazepínico e dosagem utilizada.

A MINI, versão é utilizada em mais de 30 idiomas, validada no Brasil por Amorim (2000), utilizada para verificar os critérios de exclusão, consiste em uma breve entrevista estruturada para a triagem dos principais quadros psicopatológicos. Permite a formulação de diagnósticos compatíveis com os critérios do DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – APA) e da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – OMS).

O Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) de Folstein, Folstein e McHugh (1975) foi utilizado para fazer um rastreamento inicial do estado mental e avaliar a presença de déficits cognitivos. Ele é composto por questões subdivididas em sete categorias, organizadas de forma a avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos),

lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore deste teste pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos, com ponto de corte de 24.

A GDS, desenvolvida por Yesavage, Brink e Rose (1983), foi utilizada para identificar os sintomas depressivos das idosas. O instrumento consiste em 15 questões, com alternativas de resposta sim e não, em que escores inferiores a 5 são considerados normais, de 5 a 10 indicam depressão leve a moderada e, acima de 10, indicam depressão grave.

A Escala de Inteligência de Adultos de Wechsler III, subtteste de Span de Números (WAIS III, 2004), é utilizada para avaliar a atenção. Este, compreende duas tarefas diferentes de dígitos, na ordem direta e inversa. É usado para medir memória de trabalho, sendo o escore total o “valor bruto”, ou seja, o somatório dos acertos da ordem direta e inversa.

O Teste de Fluência Verbal, Categoria Animal, de Spreen e Benton, validado por Brucki, Malheiros, Okamoto e Bertolucci (1997) avalia a capacidade de evocar palavras de uma categoria semântica sob condições dirigidas e o escore corresponde ao número total de nomes de animais produzidos em um minuto.

O Teste de Evocação Seletiva Livre e com Pistas (Buschke), para mensurar a memória de retenção, armazenamento e evocação, será utilizado o proposto por Buschke e Fuld (1974), que consiste na apresentação de uma prancha com 16 figuras a serem memorizadas. A participante é orientada a apontar para cada um dos itens, conforme for solicitado, por uma categoria e dar o nome correspondente. Depois de identificar cada figura, a prancha é retirada e é solicitado que o participante verbalize o nome de todos os itens que consiga lembrar. As lembranças livres e com pistas são então re-testadas após um período de 30 minutos, sem a apresentação da prancha. O escore é obtido através do número total de estímulos recordados, sendo a pontuação máxima de 96 lembranças.

#### **d) Procedimentos**

Foi realizado o contato com algumas instituições asilares de Porto Alegre para explicar os objetivos da pesquisa e obter as autorizações necessárias.

Após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética da PUCRS, foi realizada a visita às instituições asilares. Alguns locais dispunham de atividades em grupo semanais, em que foram feitos os primeiros contatos. Em outros, as idosas receberam as informações individualmente. A partir de então, aquelas que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os instrumentos foram aplicados individualmente em salas ou outro local reservado na própria instituição. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por quatro alunos de graduação previamente treinados.

A análise quantitativa foi efetivada através de estatísticas descritivas, com o objetivo de traçar o perfil sociodemográfico e fazer o levantamento das estratégias utilizadas. Foram calculadas as médias, desvio padrão, frequências e percentuais.

Para testar as hipóteses da pesquisa, foi utilizado o teste Mann-Whitney e t de Student junto com os resíduos ajustados padronizados. Os dados foram tabulados a partir do programa SPSS 11.5. com o nível de significância de 5%.

## **RESULTADOS**

#### **a) Quanto às características sociodemográficas**

Das 123 idosas que constituíram a amostra, a idade variou entre 60 e 101 anos, tendo como média 79,73 anos (DP = 9,56). Os dois grupos não demonstraram diferença em relação à idade ou aos anos em que residem na instituição asilar ( $p = 0,846$ ).

O tempo mínimo de residência na instituição asilar foi de, no mínimo, 1 ano e, o



máximo, de 26 anos. A média ficou em 4,02 anos (DP = 4,38). Quanto ao tipo de instituição, 78,9% das idosas mora em casas asilares particular e, 21,1%, em uma instituição pública.

Em relação à escolaridade, o tempo médio de estudo entre as participantes foi de 5,98 anos (DP = 4,17), 80,5% sabem ler e 79,7% sabem escrever.

Na tabela 1, encontram-se as freqüências relacionadas à amostra. Esta é constituída somente por mulheres, sendo que a maioria delas é viúva (62,2 %), com renda proveniente de aposentadoria (52%).

#### INSERIR TABELA 1

Em relação à percepção da própria saúde, observou-se que de uma forma expressiva as idosas consideram-na no mínimo como regular (45,5%), dentre elas, 87% faz exames médicos rotineiramente.

Quanto à opção religiosa, observou-se como resposta positiva “ter uma religião”, sendo que 93,5% das idosas mencionaram ser de determinada religião. No entanto, quanto à prática efetiva de ir a missa, rezar e manter isto como uma rotina, este percentual é de 84,6%.

Em relação ao tempo ocioso ou utilizado para o lazer, verificou-se que a principal atividade das idosas foi a de assistir televisão (69,9%), seguida de música (60,2%) e atividades manuais (55,3%).

#### INSERIR TABELA 2

### **b) Quanto ao uso de benzodiazepínicos e habilidades cognitivas**

Considerando a relação existente entre a pontuação alcançada pelas idosas nos testes de memória e o uso de benzodiazepínicos, através do teste T de Student, não se encontrou

associação significativa ( $p = 0,846$ ).

Os resultados obtidos mediante o teste T de Student, relacionados ao uso de benzodiazepínicos e os escores dos testes de fluência verbal, também não tiveram associação positiva ( $p = 0,783$ ).

Da mesma forma, não houve associação significativa entre os escores dos testes de atenção e o uso de benzodiazepínicos ( $p = 0,233$ ).

INSERIR TABELA 3

## DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998), em um relatório sobre o uso de substâncias psicoativas, considerou o consumo destas substâncias potencialmente danoso à saúde e salientou que o conhecimento dos fatores que influenciam o início e a continuação do uso é incompleto. Este relatório corrobora o estudo de Barker, Greenwood, Jackson e Crowe (2004), que versam sobre a ampla prescrição desta medicação e a falta de estudos que avaliam a alteração da habilidade cognitiva depois de muito tempo de uso da substância.

As idosas que participaram deste estudo, em sua grande maioria, desempenham seu dia-a-dia de modo independente e autônomo, parecem ser clinicamente saudáveis para sua faixa etária e apresentam níveis de escolaridade e renda que correspondem aos índices das camadas médias da população, dados estes semelhantes aos encontrados em um estudo realizado por Dellaroza (2005).

No presente estudo, não foi evidenciado associação positiva entre o uso de benzodiazepínicos e dificuldade nas habilidades cognitivas de memória, atenção e linguagem, o que contraria a idéia de que os idosos usuários desta substância teriam algum tipo de

prejuízo. Este resultado vem ao encontro do estudo de Verdoux, Lagnaoui e Begaud (2005), que revisaram trabalhos buscando saber sobre a possibilidade do uso de benzodiazepínicos ser um fator de risco para a aceleração do declínio cognitivo e/ou demência em idosos. Para isto, usaram os arquivos de busca da Medline relacionados ao uso desta substância e à mudança da performance cognitiva. Somente sete artigos encaixaram-se nestes critérios, sendo que, do total, dois acreditam que há baixo nível de relação entre as variáveis, dois não admitem associação entre as categorias e três referem que há um aumento da probabilidade de aceleração no declínio cognitivo aliado ao uso de benzodiazepínicos. Os autores acreditam que a discrepância das idéias se dê possivelmente por questões metodológicas, especialmente em relação à definição de cognição e de exposição à droga. Ainda, devido ao fato de grande parte da população fazer uso indiscriminado deste psicotrópico, fica difícil mensurar as conseqüências para a saúde da população.

No que se refere às habilidades cognitivas, deve-se salientar que houve um decréscimo na memória de trabalho. As idosas tiveram desempenho abaixo do esperado e não conseguiram aproveitar as pistas. Este indício também é referido por Xavier, Ferraz, Argimon e Moriguchi (2001), que consideram a perda da memória como a primeira habilidade cognitiva a deteriorar. Argimon (2002) salienta que ainda não está definido na literatura o quanto o declínio da memória é apenas uma forma de envelhecimento cognitivo usual ou uma patologia que não pode ser vista como uma variante mais severa da normalidade.

Em relação ao Mini-Exame do Estado Mental, as idosas conservaram-se abaixo do ponto de corte que diferencia indivíduos com prejuízo cognitivo. Entretanto, quando comparados o desempenho no teste, a idade e os anos de escolaridade, elas conseguem ter um bom aproveitamento.

Lesak (1995) acredita que as mudanças cognitivas ao longo do envelhecimento acontecem nas esferas sensório-motoras, viso-espaciais, de atenção, memória e linguagem

sucessivamente. Na presente pesquisa, um aspecto evidenciado foi o bom desempenho nos escores do teste de fluência verbal, indicando que, para muitas, a linguagem ainda está preservada e em pleno funcionamento.

Sabe-se que diferentes variáveis entram em jogo quando são avaliadas as habilidades cognitivas da população idosa. Idade, escolaridade, estilo de vida, relacionamento interpessoal, atividades físicas, entre outras, vão contribuir para que o idoso possa estar mais saudável (Argimon, 2002). Outra variável que merece consideração é a de que, uma vez institucionalizado, o idoso recebe cuidados diuturnamente, que podem prevenir problemas e dificuldades que muitas vezes só seriam diagnosticados em fase avançada. Esta variável também pode ser observada em um estudo feito por Oliveira, Souza, Freitas e Ribeiro (2006) que mostra a qualidade do serviço oferecido por algumas instituições asilares.

É importante salientar que a maioria das participantes provém de instituições privadas, o que nos leva a pensar que adequadas condições de uso e monitoramento da medicação podem funcionar como um fator de proteção das habilidades cognitivas destas idosas. Também, de acordo com as características sociodemográficas das participantes, o envolvimento com atividades de lazer e atividades físicas pode estar relacionado com fatores de proteção das habilidades cognitivas destas idosas mesmo fazendo o uso de medicação. Estas idosas encontram várias opções de entretenimento como cinema, teatro, aulas de artesanato, missas, bingo e, principalmente, atividades que exercitam a mente. Este fator é amplamente discutido por Argimon e Stein (2005), que consideram as atividades mentais como protetivas ao declínio cognitivo.

Observou-se que há idosos mais jovens em instituições, desta forma, percebe-se que a institucionalização nem sempre é vista como um fator ruim pelas participantes deste estudo, já que se sentem amplamente cuidadas e acolhidas. Algumas dizem preferir estar sob o cuidado de uma equipe, onde estão sendo assistidas em tempo integral e podendo ficar

tranqüilas em relação a sua saúde e aos cuidados médicos; ainda, há aquelas que conseguem reproduzir parte de suas casas dentro do local.

Uma das limitações deste estudo foi a dificuldade de encontrar informações precisas quanto ao uso da medicação, especialmente no que se refere ao tempo de uso. Grande parte das idosas entrevistadas não soube informar desde quando utiliza benzodiazepínicos, informação esta que também não foi encontrada nos prontuários médicos. Esta limitação também foi encontrada por Linden et al. (2004) em um estudo sobre a prevalência do uso de benzodiazepínicos, em que as participantes não conseguiram dar informações mais consistentes sobre esta prática.

Sabe-se que o uso continuado de benzodiazepínicos dificilmente encontra indicação farmacológica, principalmente pelo fato de poder causar tolerância à medicação e dependência. Além do que, embora sejam drogas relativamente seguras, têm tido restrições em sua utilização cada vez maior, devido à incidência de seus efeitos colaterais (Janicak, Davis, Preskorn & Ayd Jr., 2001).

Poyares, Pinto, Tavares e Barros-Vieira (2005) sugerem que o uso de benzodiazepínicos em idosos deve ser racional, uma vez que há indícios, por exemplo, do aumento do risco de mortalidade com seu uso crônico, e deveriam ser avaliados o padrão e razões de uso, dos efeitos do uso continuado e das estratégias utilizadas pelos clínicos e usuários para cessar seu uso. No entanto, a idade, no presente estudo, que é um preditor importante do uso prolongado de benzodiazepínicos, parece ter sua importância diminuída quando a análise se restringe aos maiores de 60 anos, não tendo influência em nenhuma das variáveis.

No que se refere aos idosos institucionalizados examinados, verificou-se que os resultados deste trabalho comprovam a necessidade de mais estudos voltados à terceira idade, visto que este ainda é um assunto pouco abordado e de muita relevância. Estudos

epidemiológicos com a população específica de idosos institucionalizados podem proporcionar o conhecimento da prevalência e das características sociodemográficas de problemas comuns deste grupo.

Cabe lembrar que, por se tratar de idosas institucionalizadas na cidade de Porto Alegre, os achados deste estudo não podem ser generalizados.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dos resultados deste estudo, não foi possível encontrar associação entre as habilidades cognitivas em idosas usuárias e não usuárias de benzodiazepínicos. Há que se considerar, ainda, a falta de informações precisas sobre o uso dos benzodiazepínicos, principalmente em relação ao tempo de uso que pode ter interferido nos resultados.

No entanto, pode-se pensar que até o momento são poucos os estudos longitudinais que avaliam os fatores relacionados ao uso prolongado de benzodiazepínicos, e os estudos transversais apresentam grandes limitações neste sentido. Os achados desta pesquisa apontam para a necessidade de trabalhos em que os pacientes que iniciam o uso de benzodiazepínicos possam ser acompanhados ao longo do tempo, permitindo explorar melhor os fatores envolvidos.

Como atitude preventiva deve-se, levando em consideração a probabilidade de uso crônico e abuso do benzodiazepínico, conhecer as características do grupo de usuários para poder dirigir os trabalhos de forma mais eficaz.

A relação entre idade, atenção, memória, linguagem e o uso de substâncias psicoativas são muito complexas. É importante ficar atento para as alterações nestas variáveis ao longo da vida, visto que os avanços da idade juntamente com fatores externos podem afetar o desempenho cognitivo do indivíduo, bem como é de suma importância estudar mais sobre essa população específica.

Assim, é importante que haja uma atenção especial à figura do idoso. O respeito acerca de suas especificidades possibilitará uma melhor qualidade de vida desta população que é cada vez maior e tem demonstrado uma crescente preocupação em ter uma vida mais feliz.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 3, 106-115.

Argimon, Irani. (2002). *Desenvolvimento cognitivo na terceira idade*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Argimon, I. & Stein, L. (2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Caderno de Saude Pública*, 21(1), 64-72.

Auchewski, L., Andreatini, R., Galduróz, J. & Lacerda, R. (2004). Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 24-31.

Barker, M., Greenwood, K., Jackson, M. & Crowe, S. (2004). Cognitive effects of long-term benzodiazepine use. *CNS Drugs*, v. 18(1), 37-48.

Bennet, D. A., Wilson, R. S., Schneider, J. A. & Evans, D. A. (2002). Natural history of mild cognitive impairment in older persons. *Neurology*, 59(2), 198-205.

Brucki, S. M., Malheiros, S., Okamoto, I. & Bertolucci, P. (1997). Dados normativos para o uso do teste Fluência Verbal (categoria animal), em nosso meio. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 55, 56-61.

Buschke, H. & Fuld, P. A. (1974). Evolution of storage, retention and retrieving in disordered memory and learning. *Neurology*, 11, 1019-1025.

Busse, E. W. & Blazer, D. (1989) *Geriatric psychiatric*. Washington: American Psychiatric Press.

Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima, K. & Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 79-82.

Dellaroza, M. (2005). Projeto de Assistência Interdisciplinar ao Idoso em Atenção Primária. *Estação*: 1678-1317.

Folstein, M. F., Folstein, S. E. & Mchugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Higgins, K., Cooper-Stanbury, M. & Williams. (2000). *Statistics on drug use in Australia in 1998*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Huf, G., Lopes, C. & Rozenfeld, S. (2000). O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Caderno de Saúde Pública*, 16(2), 351-362.

Janicak, P.G., Davis, J. M., Preskorn, S. H. & Ayd Jr., F. J. (2001). Treatment with antiaxiety and sedative hypnotic agents. In P. G. Janicak, J. M. Davis, S. H. Preskorn, F. J. Ayd Jr. & M. Pavuluri. *Principles and practice of psychopharmacotherapy*. (3a ed.). (pp. 471-512). Lippincott: Williams & Wilkins.

Lezak, M. (1995). *Neuropsychological assessment*. (3a ed.). New York: Oxford Universities Press.

Linden, M., Bar, T. & Helmchen, H. (2004). Prevalence and appropriateness of psychotropic drug use in old age: results from the Berlim Aging Study (BASE). *Psychogeriatr*, 16(4), 461-480.

Oliveira, C., Souza, C., Freitas, T. & Ribeiro, C. (2006). Idosos e família: asilos ou casa. Recuperado em 04 jan. 2007: <http://www.psicologia.com.pt>

OMS - Organización Mundial de la Salud. (1984). *Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de los ancianos: informe de un grupo científico de la OMS sobre a epidemiologia del envejecimiento*. Genebra: OMS, Série de informes técnicos, 706.

Paprocki, J. (1990). O emprego de ansiolíticos benzodiazepínicos pelo clínico geral e por especialistas não psiquiatras. *Rev ABP-APAL*, 64(5), 305-312.

Parente, M. A. & Taussik, I. (2002). *Neuropsicologia: distúrbios de memória e esquecimentos benignos*. Recuperado em 22 jul. 2005: <http://www.comciencia.br>

Poyares, D., Guilleminault, C., Ohayon, M. M. & Tufik, S. (2004). *Chronic benzodiazepine usage and withdrawal in insomnia patients*. *J Psychiatric Res*, 38(3), 327-334.

Poyares, D., Pinto, L., Tavares, S. & Barros-Vieira, S. (2005). Hipnoindutores e insônia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 2-7.

Stuart-Hamilton, I. (2002). *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.

Verdoux, H., Lagnaoui, R. & Begaud, B. (2005). Is benzodiazepine use a risk factor for cognitive decline and dementia? A literature review of epidemiological studies. *Psychol Med*, 35(3), 307-315.



Vieira, E. B. (1996). *Manual de Gerontologia: Um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Editora Revinter.

*WAIS III. Escala de Inteligência Wechsler para adultos: Manual, adaptação e padronização de uma amostra brasileira por Elisabeth do Nascimento*. (2004). São Paulo: Casa do Psicólogo.

*WHO - World Health Organization*. (1998). *Drug Dependence*. Thirtieth Report of WHO Expert Committee. Geneva: WHO.

Yesavage, J., Brink, T. & Rose, T. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 17, 37-49.

Xavier, F., Ferraz, M., Argimon, I. & Moriguchi, E. (2001). A relevância clínica da percepção subjetiva da perda de memória por pessoas de idade. *Revista brasileira de Neurologia*, 37, 24-28.

Tabela 1

Dados Sociodemográficos das Idosas

<b>Variáveis</b>		<b>N (T=123)</b>	<b>%</b>
Estado Civil	Casado/com companheiro	12	9,8
	Solteiro	25	20,3
	Viúvo	77	62,6
	Separado	7	5,7
	Outro	2	1,6
Renda provém de	Pensão	32	26
	Aposentadoria	64	52
	Ajuda de terceiros	2	1,6
	Outra	6	4,9
	Mais de uma categoria	19	15,4
Como está a saúde	Boa	55	44,7
	Regular	56	45,5
	Má	12	9,8
Faz exames de rotina	Não	16	13
	Sim	107	87

Tabela 2

Atividades de Lazer das Idosas

<b>Lazer</b>	<b>N (T=123)</b>	<b>%</b>
Atividades mentais (leitura, bingo, cartas, damas, palavras cruzadas)	84	68,3
Atividades TV e rádio (novelas, filmes, música)	109	88,6%
Atividades manuais (crochê, tricô, artesanato)	24	19,5%
Atividades físicas (caminhada, ginástica, bocha)	39	31,7%
Atividades sociais (receber amigos, baile, grupos)	35	28,4%
Atividades religiosas	49	39,8

Tabela 3

Comparação das Médias das Variáveis Contínuas entre os Grupos que Usa e que Não Usa Benzodiazepínicos

	<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
MMSE	Não	94	22,11	9,47	- 0,971	0,334
	Sim	29	23,21	9,99		
SOL	Não	94	50,80	18,99	- 1,423	0,157
	Sim	29	56,62	20,14		
Span Total	Não	94	7,45	3,26	- 1,199	0,233
	Sim	29	8,28	3,21		
Fluência Verbal	Não	94	11,0	4,78	- 0,276	0,783
	Sim	29	11,20	4,39		

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A proposta deste trabalho foi a de comparar as habilidades cognitivas em idosas usuárias de benzodiazepínicos e as não usuárias desta substância, principalmente no que tange a atenção, memória e linguagem. Procurou-se investigar, ainda, se variáveis como idade, escolaridade, atividades de lazer e percepção geral da saúde contribuíam para um melhor entendimento dos escores encontrados.

Respondendo as hipóteses iniciais do projeto, o estudo empírico mostrou que não há diferença significativa nas habilidades cognitivas no grupo pesquisado, o de idosas institucionalizadas usuárias e não usuárias da medicação.

## REFERÊNCIAS

Hulse, G. (2002). Alcohol, drugs and much more in later life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 34-41.

Mishara, B. L. & Riedel, R. G. (1995). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Ediciones Morata.