

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ENFERMAGEM**

JANAINA SINARA DA ROSA

**AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DOS BENZODIAZEPÍNICOS SOBRE A COGNIÇÃO
DE IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOMBRIO - SC**

CRICIÚMA

2018

JANAINA SINARA DA ROSA

**AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DOS BENZODIAZEPÍNICOS SOBRE A COGNIÇÃO
DE IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOMBRIO - SC**

Trabalho de Conclusão do Curso,
apresentado para obtenção do grau de
Bacharel em Enfermagem no Curso de
Enfermagem da Universidade do Extremo Sul
Catarinense, UNESC.

Orientadora: Dra. Samira da Silva Valvassori

Co-orientadora: MSc. Samira Menegas

CRICIÚMA

2018

JANAINA SINARA DA ROSA

**AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DOS BENZODIAZEPÍNICOS SOBRE A COGNIÇÃO
DE IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOMBRIO - SC**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de enfermeira, no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em Neurociências.

Criciúma, 13 de Novembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Samira da Silva Valvassori

Prof^a. Samira da Silva Valvassori – Doutorado em Ciências da Saúde - (UNESC) –
Orientador

Neiva Junkes Hoepers

Prof^a. Neiva Junkes Hoepers – Mestrado em Ciências da saúde - (UNESC)

Maria Saete Salvaro

Prof^a. Maria Saete Salvaro – Mestrado em Educação - (UNESC)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe Lourdes, que me deu apoio e incentivo nas horas difíceis, sem sua sabedoria e seus ensinamentos eu não teria chegado até aqui.

Agradeço minha irmã Geisa e minha sobrinha Maria Eduarda, que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo, entenderam que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

Agradeço minha orientadora Samira Valvassori por ter acendido a chama do interesse em mim na primeira aula que tivemos e por ter tido paciência e confiança durante todo o processo de construção desse trabalho.

Agradeço minha co-orientadora Samira Menegas por ter se juntado a tarefa de fazer este estudo acontecer e por sabiamente pôr minhas ideias em palavras.

Agradeço aos meus amigos, por entenderem minhas ausências constantes e por me apoiarem e incentivarem a não desistir, o apoio de vocês foi de grande importância.

Agradeço a todas as pessoas que direta, ou indiretamente, contribuíra para a realização desse estudo. Saibam que cada um de vocês está guardado em meu coração.

Embora seja curta a vida que nos é dada pela natureza, é eterna a memória de uma vida bem empregada. **Cícero**

RESUMO

Introdução: Diante do acelerado envelhecimento da população, surge a necessidade de uma assistência de saúde preparada para lidar com as particularidades dessa fase da vida. Com o aumento da longevidade ocorrem transtornos e sinais que levam ao dano cognitivo, como a perda de memória. Por isso, muitos idosos utilizam benzodiazepínicos em função de transtornos do sono ou ansiedade. Alguns estudos sugerem que os benzodiazepínicos podem prejudicar a memória. **Objetivo:** Avaliar parâmetros de cognição em idosos que utilizam benzodiazepínicos de um município do Extremo Sul de Santa Catarina. **Metodologia:** Trata-se de um estudo piloto caso-controle, que avaliou a memória dos idosos que utilizam benzodiazepínicos que frequentam uma Estratégia de Saúde da Família, através da avaliação cognitiva de Montreal (MoCA). **Resultados:** Não houve alteração cognitiva nos idosos que utilizam benzodiazepínicos, quando comparados com o grupo controle. **Conclusão:** Segundo os dados apresentados no presente estudo os benzodiazepínicos não alteram a memória dos idosos. Entretanto, mais estudos com outros testes cognitivos são necessários para melhor descrever os efeitos dos benzodiazepínicos sobre a memória dos idosos.

Palavras-chave: Memória, Idoso, Cuidados de Enfermagem, Atenção Integral.

ABSTRACT

Introduction: Given the accelerated aging of the population, there is a need for healthcare prepared to deal with the particularities of this phase of life. With increased longevity occur mental disorders and signs that lead to cognitive damage, such as memory loss. Therefore, many elderly patients use benzodiazepines due to sleep disorders or anxiety. Some studies suggest that benzodiazepines can impair memory.

Objective: To evaluate the parameters of cognition in elderly patients using benzodiazepines from a city in the South of Santa Catarina, Brazil. **Methodology:** This is a pilot case-control study that evaluated the memory of the elderly using benzodiazepines who attend a Family Health Strategy through the Montreal Cognitive Assessment (Moca). **Results:** No cognitive alteration in the elderly used benzodiazepines, when compared with the control group. **Conclusion:** According to data presented here, benzodiazepines do not alter the cognition of the elderly. However, further studies with other memory tests are needed to better describe the effects of benzodiazepines on the memory of the elderly.

Keywords: Memory, Elderly, Nursing Care, Integral Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Primeiro teste feito no MoCA, que avalia função visuoespacial/executiva.	28
Figura 2: Segundo teste feito no MoCA, que avalia habilidades viso-construtivas....	29
Figura 3 : Terceiro teste feito no MoCA, que avalia habilidades viso-construtivas....	30
Figura 4: Quarto teste feito no MoCA, que avalia habilidades de nomeação.	30
Figura 5: Quinto teste feito no MoCA , que avalia memória.	31
Figura 6: Sexto teste feito no MoCA, que avalia atenção.....	32
Figura 7: Sétimo teste feito no MoCA , que avalia vigilância.....	32
Figura 8: Oitavo teste feito no MoCA, que avalia vigilância.	33
Figura 9: Nono teste feito no MoCA, que avalia vigilância.	33
Figura 10: Décimo teste feito no MoCA , que avalia fluência verbal.	34
Figura 11: Décimo primeiro teste feito no MoCA, que avalia fluência verbal.	35
Figura 12: Décimo segundo teste feito no MoCA , que avalia evocação tardia.	35
Figura 13: Décimo terceiro teste feito no MoCA, que avalia orientação.	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – <i>Perfil sócio demográfico da amostra avaliada.</i>	37
Tabela 2 – Caracterização da amostra avaliada.....	38
Tabela 3 – Análise estatística das variáveis analisadas (<i>Montreal Cognitive Assessment</i>)	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 ENVELHECIMENTO	14
2.2 ENVELHECIMENTO E MEMÓRIA.....	15
2.3 BENZODIAZEPINICOS E MEMÓRIA	17
2.4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	19
2.5 AVALIAÇÃO COGNITIVA DE MONTREAL - MoCA	20
2.5.1 Funções executivas	21
2.5.2 Capacidade visuoespacial:	22
2.5.3 Memória de trabalho	23
2.5.4 Atenção e concentração	23
2.5.5 Orientação temporal e espacial	24
2.5.6 Linguagem	24
3 OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4 METODOLOGIA	27
4.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
4.2 LOCAL DO ESTUDO	27
4.3 AMOSTRA DO ESTUDO	27
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	28
4.5 DESENHO EXPERIMENTAL.....	28
4.5.1 Perfil sócio demográfico	28
4.5.2 Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCa)	28
4.5.2.1 Alternância de trilha.....	28
4.5.2.2 Habilidades Viso-Construtivas (Cubo).....	29
4.5.2.3 Habilidades Viso-Construtivas (Relógio)	29
4.5.2.4 Nomeação	30
4.5.2.5 Memória	31
4.5.2.6 Atenção - <i>Span de dígitos direto</i>	31
4.5.2.7 Atenção - <i>Span de dígitos indireto</i>	32
4.5.2.8 Vigilância	32
4.5.2.9 Sete Seriado.....	32

4.5.2.10 Replicação de sentença	33
4.5.2.11 Fluência Verbal	34
4.5.2.12 Abstração	34
4.5.2.13 Evocação Tardia.....	35
4.5.2.13 Orientação	35
4.5.2.14 Resultado Total	36
4.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	36
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	37
6 DISCUSSÃO	42
7 CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICE	56
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO	57
ANEXOS	58
ANEXO A – Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa.....	59
ANEXO B – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido	62
ANEXO C – Montreal Cognitive Assent (MoCA)	66

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial, estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) preveem que no ano de 2050 haverá cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo (OPAS/OMS, 2016). O envelhecer traz consigo uma maior fragilidade, diminuição da independência, da autonomia e da sociabilidade. Os idosos também têm maior chance de desenvolver doenças degenerativas e transtornos mentais, principalmente transtornos de ansiedade e de humor (ALVIM et al., 2017). A associação entre o aumento da expectativa de vida e o aumento de doenças relacionadas ao envelhecimento resultam em uma sobrecarga na área da saúde e, por consequência, um aumento no consumo de medicamentos (ARAÚJO, 2015). Aumentando também a necessidade da elaboração de políticas públicas voltadas exclusivamente a promoção e prevenção da saúde dessa população (LIMA E COSTA et al., 2000; DANTAS et al., 2017).

Na década de 60 iniciou-se na terapêutica clínica o uso de benzodiazepínicos, que é uma classe medicamentosa que na época apresentava maiores vantagens em relação ao uso de barbitúricos. Essa classe de medicamentos apresentava um menor risco de dependência, um bom potencial ansiolítico, além de menores índices de interação medicamentosa ou morte, mesmo quando consumidos em excesso (ALVARENGA et al., 2014). Porém, com o decorrer dos anos estudos relataram que o uso prolongado dessa classe de medicamentos em idosos pode acarretar efeitos colaterais como: sedação, aumento de lesões por quedas e acidentes de trânsito, aumento do declínio cognitivo, da amnesia e demência, e aumento de morbimortalidade (ALVARENGA et al., 2014; SOUTO et al., 2017; CUENTRO et al., 2014). Essas reações adversas estão relacionadas principalmente ao uso indiscriminado dos medicamentos, e conseqüentemente do acúmulo das substâncias, uma vez que o envelhecimento causa alterações fisiológicas que interferem na dinâmica de absorção da droga (BILLIOTI et al., 2015; SOUTO et al., 2017). E apesar da prescrição de benzodiazepínicos para idosos ser potencialmente inadequada e seu uso para idosos não ser recomendado por mais de quatro semanas, o acesso facilitado a essas medicações colabora para que ocorra o consumo em excesso (PASSOS NETO et al., 2016).

Nesse contexto avaliar a memória do idoso é de fundamental importância para o conhecimento dos prejuízos que o envelhecimento e o uso de medicamentos causam e nortear a criação de políticas públicas para a população idosa (BREGAMN et al., 2015). A Avaliação Cognitiva de Montreal - MoCA (do inglês *Montreal Cognitive Assessment*) é um instrumento breve, prático e eficaz. O MoCA é utilizado como um método de rastreio cognitivo através da avaliação dos domínios cognitivos como: habilidade visuoespacial, função executiva, linguagem, memória, atenção e orientação, cálculo e abstração (FREITAS et al., 2010; PARAIZO et al., 2016). Foi desenvolvida por Nasredine e colaboradores em 2005 e foi validada para ser uma ferramenta utilizada no Brasil em 2013 por Memória e colegas. Através desse instrumento é possível diferenciar se o idoso apresenta ou não comprometimento cognitivo, e ainda permite ao profissional identificar se esse Comprometimento Cognitivo é leve ou se o idoso está com Demência de Alzheimer. A memória pode ser definida como o conjunto de informações aprendido ao longo da vida. Como uma boa memória está diretamente relacionado às atividades de vida diária, ela permite que o idoso seja mais independente e ativo (JÚNIOR, FARIA, 2015; LASCA, 2013; IZQUEIRDO, 2011).

A ideia desse estudo surgiu baseada na experiência da autora como técnica de enfermagem em uma unidade de saúde, onde observou a grande demanda de pacientes idosos em uso crônico de benzodiazepínicos. Com essa experiência surgiu a questão norteadora, que é a existência, ou não, de disfunção cognitiva em pacientes idosos usuários de benzodiazepínicos em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família de Sombrio, SC. Com este estudo buscou-se avaliar os efeitos dos benzodiazepínicos sobre a cognição de idosos de uma Estratégia de Saúde da Família de Sombrio – SC, além de avaliar os dados sócio-demográficos dos idosos que utilizam benzodiazepínicos e ainda avaliar os efeitos dos benzodiazepínicos sobre a cognição de idosos, através da Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO

A população mundial está aumentando e o número de idosos vêm aumentando proporcionalmente. Previsões da OPAS/OMS, especulam que no ano de 2050 teremos cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo (OPAS/OMS, 2016; 1998; IBGE, 2010). Dantas e colaboradores (2017), observaram em seu estudo um acréscimo de mais de 50% no número de pessoas envelhecidas em pouco mais de uma década, onde o número de idosos saltou de 14,2 milhões em 2000 para 22,1 milhões em 2013. Dados como esses levantam discussões não apenas com o objetivo de compreender o envelhecimento, mas visando também ações que ajudem a planejar o futuro da população, considerando a nova expectativa de vida.

O envelhecer traz consigo uma maior fragilidade, o que favorece o surgimento de doenças crônicas, o aparecimento de problemas psicossociais e agravos incapacitantes. Há também uma maior preocupação com a saúde mental do idoso, já que ocorre uma alta prevalência de transtornos mentais; sendo os mais comuns transtornos de ansiedade e de humor (ALVIM et al., 2017).

Para países em desenvolvimento como o Brasil, o aumento na expectativa de vida se mostra um importante desafio, já que ocorre uma elevação das demandas sociais e de saúde (LIMA E COSTA et al., 2000). Sabe-se que os idosos necessitam de uma maior atenção quando se trata de saúde, seja de maneira preventiva ou terapêutica (DANTAS et al., 2017).

As consequências mais comuns do envelhecimento são diminuição da independência, da autonomia e da sociabilidade. Além disso, o declínio cognitivo se mostra uma consequência também importante para a senescência – que pode estar relacionado as doenças crônico degenerativas, como a demência (TAVARES et al., 2017). Em seu estudo, Lebrão e Laurenti (2005) identificaram índices de 6,9% de deterioração cognitiva em uma amostra de 2143 pessoas idosas. Um estudo prévio também demonstrou que alguns dos fatores de risco para o declínio cognitivo são: sexo feminino, idade elevada, não ser caucasiano, baixa renda e menor nível de escolaridade (HOLZ et al., 2013). Outros fatores que também influenciam o déficit cognitivo são: o tabagismo, o histórico familiar de demência e comorbidades com

doenças crônicas – como a Diabetes Mellitus e a Aterosclerose (CAVALINI; CHOR, 2003).

2.2 ENVELHECIMENTO E MEMÓRIA

Com extrema importância nos processos fisiológicos, a memória além de ser responsável pela identidade social e estar envolvida em atividades cotidianas, está relacionada a importantes funções corticais, como o aprendizado e as funções executivas (JÚNIOR; FARIA, 2015). A boa manutenção da memória é de extrema importância, já que está intimamente relacionada com as atividades de vida diárias e, no caso da população idosa, ajuda a mantê-los ativos e independentes (LASCA, 2013). A memória é a capacidade de armazenar o conjunto de informações adquiridas ao longo da vida e relacioná-las com informações prévias, gerando assim conclusões sobre as experiências (IZQUIERDO, 2011; HAMILTON, 2002).

A formação da memória segue determinadas etapas, em que a informação é adquirida, armazenada e em seguida é recuperada, processo onde a informação é evocada (NEUFELD, STEIN, 2001). Experiências sensoriais mais atraentes ativam uma tendência natural do cérebro de repetição, o que progressivamente evidencia características importantes, fazendo com que essas experiências sejam melhores fixadas nos bancos de memória (HALL, 2011).

A aquisição refere-se ao momento em que absorvemos a informação. Esse processo se dá por meio de estruturas sensoriais, fazendo com que o estímulo atinja os órgãos receptores através dos nervos sensitivos (KANDEL, 2006). O processo de armazenamento, também denominado de consolidação, pode ocorrer através de alterações bioquímicas ou fenômenos eletrofisiológicos. O processo de consolidação acontece quando determinados conjuntos neuronais continuam ativos na tentativa de memorizar uma nova informação (SQUIRE; KANDEL, 2003). A formação de memória inclui alterações neuro-estruturais, que compreendem a formação de novos dendritos – permitindo que um determinado neurônio receba mais impulsos nervosos de outros – ou então a formação de novos axônios – que aumenta o poder de transmissão de sinais de um neurônio para os outros com os quais se comunicam. Essas alterações morfológicas levam também a alterações funcionais e formam novos canais iônicos ou novas proteínas sinalizadoras, potencializando a transmissão sináptica (PURVES et al., 2010). A evocação da memória consiste na reativação do traço da memória

(LEE,2009; FLAVELL et al., 2014). Se uma informação não tem valor para o sujeito ela é esquecida (KONKIEWITZ, 2013).

Assim a memória é desenvolvida a partir da relação de aspectos biológicos e sociais, e é classificada conforme o tempo de armazenamento da função (OLIVEIRA; MARTINO, 2013). Sendo memórias de curto prazo, memória intermediária e memória de longo prazo.

As memórias de curto prazo são aquelas onde as informações são obtidas através dos sentidos (audição, visão, olfato, tato e paladar) e transferidas ao sistema cognitivo (OLIVEIRA; MARTINO, 2013). Seu tempo de duração varia de 30 minutos a 6 horas e utiliza breves processos bioquímicos no córtex entorrinal e hipocampo para manter a cognição durante o período em que a memória de longa duração adquire sua forma definitiva (IZQUIERDO et al., 2013). É responsável basicamente pelo armazenamento de uma pequena quantidade de informações por um curto prazo de tempo (MASCARELLO, 2018; GABRIEL; MORAIS; KOLINSKY, 2016; DIAS, 2011).

Existe também as memórias intermediárias que podem durar minutos ou semanas, mas são perdidas quando não há uma ativação forte o suficiente para que os traços de memória se tornem memória de longo prazo, sofrendo influência de alterações temporais físicas ou químicas nos terminais pré-sinápticos ou nas membranas pós-sinápticas (HALL, 2011).

As memórias de longo prazo podem durar minutos, horas, dias, semanas, meses ou anos. Quando dura anos passa a ser denominada como memória remota. Sua formação leva de 3 a 6 horas, e utiliza processos moleculares no hipocampo e núcleos amigdalinos (IZQUIERDO et al., 2013).

Segundo Hall (2011) as memórias ainda podem ser classificadas de acordo com as informações que serão armazenadas:

- Memória declarativa: é basicamente a memória da variação dos detalhes do pensamento integrado (relações temporais, ambiente, experiências), sua evocação ativa o hipocampo, a amígdala, a região pré-frontal, entorrinal e parietal (HALL, 2011).
- Memória de habilidades: inclui as habilidades motoras (ações de planejamento e execução), para evocá-la há basicamente uma dependência de circuitos subcorticais (núcleo caudato e circuitos cerebelares) (HALL, 2011).

A avaliação da memória no processo de envelhecimento tem um importante papel no reconhecimento de prejuízos e serve como base para a elaboração de intervenções, terapêuticas ou preventivas, para a população idosa (BREGAMN et al.,

2015). Sendo a Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA – do inglês *Montreal Cognitive Assessment*) um importante instrumento utilizado para avaliar comprometimento cognitivo (PARAIZO et al., 2016).

2.3 BENZODIAZEPINICOS E MEMÓRIA

O envelhecimento traz consigo uma elevação no número de doenças crônicas degenerativas e, por consequência, um aumento no consumo de medicações. Embora a assistência de enfermagem deva ser prestada de maneira integral para todos, a abordagem com a população idosa acaba sendo um desafio, já que o organismo envelhecido sofre alterações naturais que tornam suas respostas fisiológicas diferentes das de um adulto, requerendo uma atenção maior para reações proporcionadas pelos medicamentos (MEDEIROS et al., 2017). Esse fato levanta a necessidade de os serviços de saúde estarem preparados para o atendimento dessa população, com maior humanização e buscando promover um envelhecimento saudável, com monitoramento e detecção precoce de patologias, inclusive as doenças neurodegenerativas (ARAÚJO, 2015).

Estudos epidemiológicos realizados em diferentes populações revelam o consumo frequente de benzodiazepínicos pela população idosa. Estudos qualitativos apontam a dependência física e psicológica como consequência do uso crônico de benzodiazepínicos por esta população. (ALVARENGA et al., 2014; PRADO et al., 2017; SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

Os benzodiazepínicos são uma subclasse medicamentosa dos psicotrópicos, que apresentam significativa redução nos sintomas da ansiedade, além de atuarem como indutores do sono, terem potencial sedativo e efeito anticonvulsivantes e miorrelaxante (AUCHEWSKI et al., 2004; CARVALHO; COSTA; FAGUNDES, 2006).

Os benzodiazepínicos atuam ligando-se aos receptores GABA (ácido gama-aminobutírico), principal neurotransmissor inibitório do Sistema Nervoso Central e dividido em dois subtipos: GABA_A e GABA_B. Essa ligação ocasiona um aumento na frequência de abertura de canais de cloreto de múltiplas subunidades, provocando uma hiperpolarização da membrana plasmática neuronal, potencializando seu efeito inibitório (CARVALHO; COSTA; FAGUNDES, 2006; RIBEIRO, 2014).

Melo (2014), aponta que os benzodiazepínicos possuem algumas características farmacológicas que contribuíram para que se tornassem uma das classes medicamentosas mais importantes no uso clínico, como:

- janela terapêutica larga: boa distância entre a dose terapêutica e os efeitos prejudiciais ao organismo;
- menor potencial de tolerância e dependência física e psíquica; e
- como não há produção enzimática significativa, não interferem na absorção de outras drogas.

Mesmo que a introdução do tratamento com benzodiazepínico seja feita por um profissional médico, percebe-se o desconhecimento de sua indicação terapêutica. Baseado nessa afirmativa observa-se a necessidade de se considerar o potencial efeito adverso dos benzodiazepínicos, principalmente em se tratando de idosos, e evitar o uso indiscriminado, prescrições e renovações injustificadas. (ALVARENGA et al., 2014).

Por haver uma associação entre o uso indiscriminado de benzodiazepínicos com alguns fatores, como prescrições inadequadas pelo profissional, alterações de receitas, capacidade de convencimento do paciente, há a necessidade de um olhar clínico integral, que busque a promoção da qualidade de vida pelo profissional de saúde (PASSOS NETO et al., 2016), isso pode ser feito através de um rigoroso acompanhamento fármaco - terapêutico (GOULART et al., 2014).

Essa popularização do uso de benzodiazepínicos, principalmente entre idosos, se tornou um grande problema de saúde pública, uma vez que estudos associam o uso prolongado de benzodiazepínicos a quedas, fraturas de quadril e acidentes de trânsito, aumento do declínio cognitivo, sedação, amnesia, ataxia, além de aumentar o risco de reações adversas, como interações medicamentosas e potencializar as chances de dependência e tolerância, além de estarem relacionadas ao aumento da morbimortalidade nessa faixa etária (ALVARENGA et al., 2014; SOUTO et al., 2017; CUENTRO et al., 2014).

O uso exagerado de medicamentos é uma tendência mundial (NEVES et al., 2013), e isso pode estar relacionado ao modelo de saúde vigente, que opta por ações curativas ao invés de prevenção e promoção da saúde e da facilidade de acesso ao medicamento (SANTOS et al., 2013; GOULART et al., 2014).

Em estudo realizado no ano de 2015, Billioti de Gage e colaboradores,

associou o uso de benzodiazepínicos com um aumento no risco de desenvolvimento de demência, isso ocorre devido ao acúmulo de substâncias presentes em fármacos de ação prolongada que ocorre na presença de tratamento a longo prazo (BILLIOTI et al., 2015).

Os efeitos adversos que os benzodiazepínicos provocam são causados devido ao avanço da idade, já que o processo de envelhecimento traz consigo uma diminuição na depuração e um aumento na lipossolubilidade dos fármacos, o que aumenta os níveis de sedação (SOUTO et al., 2017).

É preciso atentar-se para a ocorrência de efeitos negativos, já que não é raro que os usuários minimizem ou neguem a existência desses efeitos, devido ao medo de ficarem sem a medicação e da volta dos sintomas (SOUTO et al., 2017). O uso prolongado de benzodiazepínicos além de gerar dependência e tolerância, pode gerar abuso de substâncias, anulação da resposta ao problema e dificuldade de retirada, dificuldade está que esta associada ao temor do retorno ou intensificação dos sintomas (ALVARENGA et al., 2015).

De acordo com alguns estudos a chance de dependência aumenta de acordo com o tempo de tratamento, tratamentos mais longos são associados com maiores índices de dependência. 0 – 3 meses: praticamente nulo; 3 – 12 meses: há um aumento em torno de 10 à 15% no risco de dependência; mais de 12 meses: o risco aumenta entre 25 à 40 % de haver dependência (AUCHEWSKI et al. 2004; CARVALHO, COSTA, FAGUNDES , 2006).

Uma ferramenta utilizada para listar os fármacos potencialmente inadequados para os idosos é o Critério de Beers, instrumento com critérios rígidos, focado na ação do medicamento e que relaciona prescrições potencialmente inadequadas com informações complementares. Segundo esses critérios, a prescrição de benzodiazepínicos para idosos é potencialmente inadequada, uma vez que seu uso não é indicado por mais de quatro semanas nessa população. Essa ferramenta oferece como alternativa terapêutica a higiene do sono e medidas não farmacológicas (ANACLETO et al., 2017)

2.4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A Portaria 2.528 de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) indica que os idosos necessitam de uma avaliação pautada no

conhecimento do processo de envelhecimento e de suas particularidades, adaptando a assistência a realidade sociocultural em que estão inseridos (BRASIL, 2006).

Devido a necessidade de um espaço para a oferta de uma assistência integral ao sujeito idoso, na década de 1990 criou-se o Programa de Saúde da Família (hoje nomeado como Estratégia de Saúde da Família) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011). O enfermeiro, que deve compor a equipe multidisciplinar deste serviço, atua de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso. Dessa forma a Atenção Básica vem sendo reconhecida como uma das alternativas fundamentais e essenciais para possibilitar um sistema de saúde eficaz (BRASIL, 2011).

Dentre as diversas atribuições do profissional de enfermagem, podemos citar o ato de cuidar, administrar, pesquisar e educar. O cuidado se mostra a base do exercício da enfermagem e o profissional deve sempre buscar estratégias que contribuam para diminuir a dor e o sofrimento do sujeito que está sob sua responsabilidade (RIBEIRO, 2014).

Ponte e colegas (2012) acredita que o cuidado, pode ser reconhecido como uma relação entre o profissional de enfermagem e o usuário, envolvendo conhecimento científico e habilidades técnicas por parte da equipe de assistência e aceitação do usuário, alcançando assim a meta de saúde. O cuidado em enfermagem, ao incorporar um caráter humanístico em sua assistência busca promover condições de vida saudável (SOUZA et. al. 2005).

Conforme Souza (2005) é definido ampliação do conceito de saúde, para além da ausência de doença, as discussões em torno da questão de como educar indivíduos e grupos para que estes atinjam um nível desejável de saúde tem gerado propostas de mudança nas formas mais tradicionais de se educar para saúde. O papel do enfermeiro se mostra de fundamental importância na fragilidade consequente de um estado de fragilidade, já que esse profissional auxilia no enfrentamento dessa situação, além de prover segurança, carinho e autoconfiança. Desse modo, é importante que o enfermeiro compreenda que os pacientes portadores de doença crônica requerem, do profissional, um raciocínio clínico e crítico constante, pois uma simples preocupação que apresentem pode colocar em risco suas vidas (BALDUINO; MANTOVANI; LACERDA, p.343, 2009).

2.5 AVALIAÇÃO COGNITIVA DE MONTREAL - MoCA

A Avaliação Cognitiva de Montreal - MoCA (do inglês *Montreal Cognitive Assessment*) é um instrumento breve, prático e eficaz para rastreio cognitivo (FREITAS et al., 2010), através da avaliação de várias funções cognitivas. Devido sua simplicidade e rapidez na realização, torna-se útil para aplicação em clínicas e hospitais. O MoCA é um instrumento de triagem que contribui para o diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve e Demência (CECATO et al., 2014).

Em estudo realizado no ano de 2005 por Nasredine e colegas, evidenciaram que o MoCa apresenta 87% de especificidade para identificar idosos com Comprometimento Cognitivo Leve. Cecato e colaboradores (2014) provaram em estudo a melhor acurácia do MoCa em comparação ao *Cambridge Cognitive Examination* (Camcog), Mini Exame do Estado Mental (MEEM), testes do desenho do relógio (TDR) e de fluência verbal (FV), resultados que vão em concordância com vários outros estudos (MEMÓRIA et al., 2013; MARKWICK; ZAMBONI; JAGER, 2012; SIEDLECKI et al., 2009).

Este instrumento foi validado para ser usado no Brasil e consegue diferenciar idosos normais, idosos com Comprometimento Cognitivo Leve e idosos com Demência de Alzheimer (MEMÓRIA et al., 2013). É um instrumento que necessita apenas do questionário impresso e de uma caneta, é composta por 12 itens que investigam os 8 domínios cognitivos citados anteriormente. Apresenta o escore total de 30 pontos, onde maior ou igual a 26 é considerado cognição normal e abaixo de 25 é considerado comprometimento cognitivo leve (SARMENTO, 2009). Seu tempo de aplicação varia entre 10 e 20 minutos (CECATO et al., 2014) e avalia a cognição global através dos domínios cognitivos habilidade visuoespacial, função executiva, linguagem, memória, atenção e orientação, cálculo e abstração (PARAIZO et al., 2016).

2.5.1 Funções executivas

As funções executivas são definidas como um conjunto de ações cognitivas responsáveis por direcionar comportamentos para a execução de metas, avaliando a eficácia desses comportamentos e resolvendo problemas de médio e longo prazo (FERRREIRA; ZANINI, 2013). São ações integradas que permitem a tomada de decisões, avaliação e adequação de estratégias e comportamentos para a resolução de um problema (GODOY et al., 2010). É requerida quando há necessidade de

formulação de planos de ação ou respostas apropriadas, e é fundamental para várias funções cognitivas e influenciada pelo processo de envelhecimento (MOURÃO JÚNIOR; MELO, 2011).

Como as funções executivas estão relacionadas com a atenção seletiva e dividem-se em alternar - iniciar diversas atividades ao mesmo tempo e retornar a cada uma; atualizar - capacidade de monitorar e organizar informações de acordo com seu objetivo e recuperá-las quando necessário; inibir - coibir respostas inadequadas ou respostas a estímulos distratores que podem atrapalhar o curso de uma ação ou respostas (MOURÃO JÚNIOR; MELO, 2011; CONTI, 2018).

A principal estrutura responsável pela função executiva é o lobo frontal, porém há uma participação de outras áreas, como a parte anterior e posterior do cérebro e as áreas corticais e subcorticais. As funções executivas são consideradas funções complexas e que exercem influência sobre outros aspectos, como o comportamento motor e emocional (CONTI, 2018).

2.5.2 Capacidade visuoespacial:

A capacidade visuoespacial é a capacidade de localização e percepção das relações dos objetos entre si. Ocorre através de um complexo processo onde os estímulos sensoriais ambientais são integrados à cognição, comportamento e memória. A percepção tridimensional é essencial para o reconhecimento de ambientes e objetos e planejamento de ações. Nesse sentido, é necessário a integração das informações advindas dos sentidos corporais, especialmente da visão. O cérebro pode combinar as informações visuais, como profundidade, textura, sombra e tamanho.

A percepção espacial refere-se a capacidade de levar em consideração a profundidade, solidez e distância entre os objetos, formando um cenário fiel do meio onde se encontra o indivíduo. Relaciona-se diretamente a capacidade do indivíduo de manter o curso na trajetória para alcançar o alvo. A percepção visuoespacial é afetada pelo nível de escolaridade, indivíduos com baixo nível educacional necessitam de maior tempo para executar atividades de busca visual, além de cometerem mais erros e acertar uma menor quantia de alvos do que pessoas com uma maior escolaridade (CUSTÓDIO, MALAQUIAS JÚNIOR, VOOS, 2009; BACHETTI, FUKUSIMA, QUAGLIA, 2017).

2.5.3 Memória de trabalho

Define-se memória de trabalho como o armazenamento temporário e limitado de informações para a manipulação de tarefas complexas como o raciocínio e a compreensão de linguagem (UEHARA; CHARCAT-FICHMAN; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2013). A memória de trabalho atua como um sistema de armazenamento de informações temporário e limitado, que sustenta o processo de pensar através de uma interface entre percepção, memória de longo prazo e ação (MOURÃO JÚNIOR; MELO, 2011). É de grande importância para processos cognitivos, já que retém a informação no córtex pré-frontal até que haja o processamento e armazenamento na memória de longo prazo (MASCARELLO, 2018; BARROS; PORTO; NEGRÃO, 2014). É exemplificado como o processo ultrarrápido de memória, com capacidade de retenção em torno de 5 a 9 dígitos, retendo essa informação somente no período necessário para a realização da ação (MOURÃO JÚNIOR; MELO, 2011).

A memória de trabalho é composta por um executivo central – que seleciona e manipula informações nos outros subsistemas, envia para a memória de longo prazo e faz a evocação dessas informações (DIAS, 2011); e dois subsistemas: a alça fonológica –no que atua armazenamento temporário e manipulação da informação acústica e verbal (DIAS, 2011; GABRIEL; MORAIS; KOLINSKY, 2016), no esboço visuoespacial (armazenamento e manipulação da informação visual e espacial (DIAS, 2011; GABRIEL; MORAIS; KOLINSKY, 2016), além do retentor episódico – que recupera e manipula de forma consistente as informações cognitivas mais complexas (DIAS, 2011). Fisiologicamente ocorre através de um fenômeno elétrico onde potenciais de ação são gerados durante alguns segundos por determinado neurônios, que retém informações temporariamente, apenas pelo tempo necessário para que a ação seja realizada extinguindo-se sem deixar rastros bioquímicos (MOURÃO JÚNIOR; MELO, 2011).

2.5.4 Atenção e concentração

Conceitua-se a atenção como a detenção de um estímulo específico dentre vários estímulos espontâneos, sejam eles objetos ou linhas de pensamentos.

Influência diretamente o funcionamento dos processos e operações de seleção, distribuição e manutenção da atividade psicológica, necessita da presença da focalização e concentração para o seguimento correto do processo. É o funcionamento vertical, articulado que controla as atividades cognitivas superiores e sofre influencia das mudanças fisiológicas do envelhecimento (SISTO et al., 2010).

2.5.5 Orientação temporal e espacial

Orientação temporal é a consciência do espaço que o individuo ocupa no meio onde vive, onde organiza seus movimentos e objetos, onde se locomove. Então, orientação temporal se refere ao momento cronológico vivenciado pelo sujeito, relacionando ao período do dia, mês ou ano, além de os períodos temporais (passado, presente e futuro) influenciarem a maneira como as experiências afetam as pessoas. Já a orientação espacial está relacionada a localização geográfica - local, estado, país (BESSA, MACIEL, 2016; VIEIRA et al., 2015; FERREIRA, 2014).

2.5.6 Linguagem

A Linguagem vem desempenhando um importante papel na evolução cognitiva, desenvolvimento e organização da vida em sociedade há milhares de anos. Pode ser definida como um instrumento de comunicação e interação humana (MOTA, 2015). Desempenha um importante papel na construção do individuo e de sua realidade social (MASSI et al., 2015). É um fenômeno que possibilita um melhor conhecimento da cognição através da observação de processos e estruturas mentais. Envolve a percepção, mecanismos de aprendizagem, atenção e memória (MOTA, 2015). Levando-se em conta que a sociedade atual é fundamentada em atividades letradas, as condições de escrita e leitura, e conseqüentemente de fala, desempenham um importante papel no envelhecimento.

Estudos indicam que, dos 94% da população brasileira alfabetizada, apenas 26% alcançam níveis satisfatórios de escrita e leitura nas atividades sociais. O alto nível de idosos não alfabetizados aponta para as dificuldades que essa população apresenta em seguir corretamente o tratamento e adotar atitudes de promoção e prevenção à saúde, além de apresentarem índices 50% mais elevados de morrer por cardiopatias relacionados à idosos com maiores níveis escolaridade (MASSI et al., 2015; BAKER,

2007; INAF, 2017; SUDORE et al., 2006). Estudos indicam que, dos 94% da população brasileira alfabetizada, apenas 26% alcançam níveis satisfatórios de escrita e leitura nas atividades sociais. O alto nível de idosos não alfabetizados aponta para as dificuldades que essa população apresenta em seguir corretamente o tratamento e adotar atitudes de promoção e prevenção à saúde, além de apresentarem índices 50% mais elevados de morrer por cardiopatias relacionados à idosos com maiores níveis es Estudos indicam que, dos 94% da população brasileira alfabetizada, apenas 26% alcançam níveis satisfatórios de escrita e leitura nas atividades sociais. O alto nível de idosos não alfabetizados aponta para as dificuldades que essa população apresenta em seguir corretamente o tratamento e adotar atitudes de promoção e prevenção à saúde, além de apresentarem índices 50% mais elevados de morrer por cardiopatias relacionados à idosos com maiores níveis escolaridade (MASSI et al., 2015; BAKER, 2007; INAF, 2017; SUDORE et al., 2006). colaridade (MASSI et al., 2015; BAKER, 2007; INAF, 2017; SUDORE et al., 2006). Estudos indicam que, dos 94% da população brasileira alfabetizada, apenas 26% alcançam níveis satisfatórios de escrita e leitura nas atividades sociais. O alto nível de idosos não alfabetizados aponta para as dificuldades que essa população apresenta em seguir corretamente o tratamento e adotar atitudes de promoção e prevenção à saúde, além de apresentarem índices 50% mais elevados de morrer por cardiopatias relacionados à idosos com maiores níveis escolaridade (MASSI et al., 2015; BAKER, 2007; INAF, 2017; SUDORE et al., 2006). Estudos indicam que, dos 94% da população brasileira alfabetizada, apenas 26% alcançam níveis satisfatórios de escrita e leitura nas atividades sociais. O alto nível de idosos não alfabetizados aponta para as dificuldades que essa população apresenta em seguir corretamente o tratamento e adotar atitudes de promoção e prevenção à saúde, além de apresentarem índices 50% mais elevados de morrer por cardiopatias relacionados à idosos com maiores níveis escolaridade (MASSI et al., 2015; BAKER, 2007; INAF, 2017; SUDORE et al., 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os efeitos dos benzodiazepínicos sobre a cognição de idosos de uma Estratégia de Saúde da Família de Sombrio - SC

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar os dados sócio-demográficos dos idosos que utilizam benzodiazepínicos e são usuários de uma Estratégia de Saúde da Família de Sombrio – SC;

Avaliar os efeitos dos benzodiazepínicos sobre a cognição de idosos, através da Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA), usuários de uma Estratégia de Saúde da Família de Sombrio – SC;

4 METODOLOGIA

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto só foi iniciado após a aprovação do projeto no Comitê de Ética para Pesquisa em Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense conforme **Anexo A**. Além disso, todos os indivíduos avaliados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de iniciarem as avaliações, cuja modelo está no **Anexo B**. Todos os pesquisadores do presente estudo se comprometeram a manter todos os dados da pesquisa em sigilo, de acordo com o termo de confidencialidade.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado em uma Estratégia de Saúde da Família de Sombrio – SC, que tem um número total de 615 idosos.

4.3 AMOSTRA DO ESTUDO

O presente estudo foi do tipo piloto caso-controle e servirá como base para futuros estudos. Por definição, o estudo piloto é um teste, em pequena escala, dos procedimentos, materiais e métodos propostos para determinada pesquisa (MACKEY; GASS, 2005). Foram utilizados 10 pacientes que utilizam benzodiazepínicos e 10 pacientes que não utilizam esses fármacos - de uma Estratégia de Saúde da Família de Sombrio – SC. As amostras foram pareadas de acordo com sexo, idade e escolaridade. A escolha se deu através da colaboração dos agentes comunitários, que indicaram quais idosos era usuários de benzodiazepínicos e quais não eram, houve uma predileção por idosos que não apresentassem nenhum histórico de patologias que pudessem prejudicar a cognição (como AVE, demência, entre outros). Porém houve uma grande dificuldade em encontrar a amostra para o grupo controle, visto que em sua maioria os idosos frequentadores da referida unidade de saúde são usuários de benzodiazepínicos.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: ter 65 anos e utilizar a Estratégia de Saúde da Família de Sombrio – SC.

Os critérios de exclusão foram: não aceitar assinar o TCLE e ter algum tipo de comprometimento mental, não saber ler e ou escrever.

4.5 DESENHO EXPERIMENTAL

4.5.1 Perfil sócio demográfico

Para definir o perfil sócio demográfico da amostra foi aplicado um questionário semiestruturado (**Apêndice A**), que continha perguntas relacionadas à idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda mensal aproximada, uso de benzodiazepínicos e tempo de uso de benzodiazepínicos.

4.5.2 Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCa)

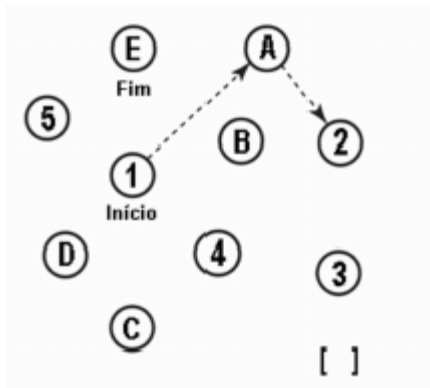
Para a avaliação de dano cognitivo leve foi utilizado a MoCA, a qual foi aplicada da seguinte maneira (**Anexo C**)

4.5.2.1 Alternância de trilha

Aplicação: O examinador instruiu o sujeito a desenhar uma linha indo de um número para uma letra em ordem ascendente, indicando o local que começava {aponte para (1)} e desenhe uma linha de 1 para A, daí para 2 e assim por diante. Termine aqui {aponte para (E)}." Veja o exemplo na **Figura 1**.

Pontuação: Para avaliar a pontuação desse domínio foi atribuído 1 ponto se o idoso desenhasse satisfatoriamente o seguinte padrão 1-A-2-B-3-C-4-D-5-E, sem desenhar nenhuma linha que ultrapasse o alvo. Qualquer erro que não foi imediatamente auto-corrigido, recebeu 0 de pontuação.

Figura 1: Primeiro teste feito no MoCA, que avalia função visuoespacial/executiva.



Fonte: Adaptado de Sarmento e Bertolucci, 2009.

4.5.2.2 Habilidades Viso-Construtivas (Cubo)

Aplicação: O examinador deu as seguintes instruções, apontando para o cubo: “Copie este desenho o mais precisamente que você puder, no espaço abaixo” (**Figura 2**).

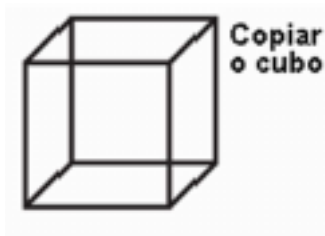
Pontuação: Um ponto é atribuído para a execução correta do desenho.

- O desenho deve ser tridimensional
- Todas as linhas são desenhadas
- Nenhuma linha é adicionada
- As linhas são relativamente paralelas e seu comprimento é semelhante

(prismas retangulares são aceitos).

O ponto não é atribuído se algum dos critérios acima não for atingido.

Figura 2: Segundo teste feito no MoCA, que avalia habilidades visuo-construtivas.



Fonte: Adaptado de Sarmento e Bertolucci, 2009.

4.5.2.3 Habilidades Viso-Construtivas (Relógio)

Aplicação: Foi dada as seguintes instruções para o idoso: “Desenhe um relógio, coloque todos os números e marque a hora 11:10” (**Figura 3**)

Pontuação: Um ponto é atribuído para cada um dos três critérios a seguir:

- Contorno (1 ponto): o mostrador do relógio deve ser um círculo somente com uma mínima distorção aceitável (ex: discreta imperfeição ao fechar o círculo);
- Números (1 ponto): todos os números do relógio devem estar na ordem correta e localizados em quadrantes aproximados no mostrador do relógio; números romanos são aceitos; os números podem ser colocados do lado de fora do contorno do círculo.
- Ponteiros (1 ponto): devem haver 2 ponteiros indicando a hora correta; o ponteiro das horas deve ser claramente menor do que o ponteiro dos minutos; os ponteiros devem estar centralizados no mostrador do relógio com sua junção no centro do relógio.

O ponto não é atribuído se algum dos critérios acima não for atingido.

Figura 3 : Terceiro teste feito no MoCA, que avalia habilidades viso-construtivas.



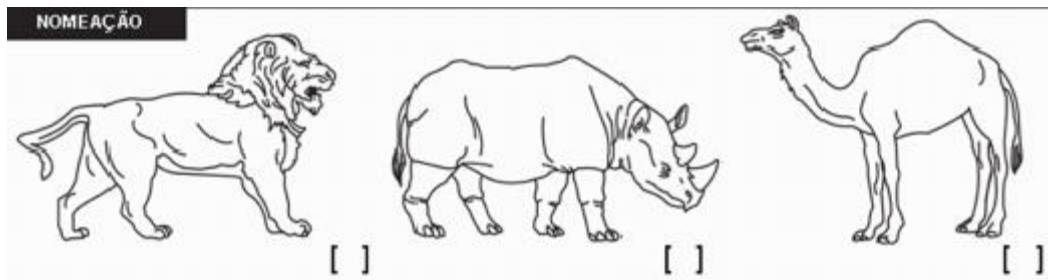
Fonte: Adaptado de Sarmiento e Bertolucci, 2009.

4.5.2.4 Nomeação

Aplicação: Foram dadas as seguintes instruções para o idoso: começando à esquerda, aponte para cada figura e diga o nome desse animal (foi apontado com o dedo indicador a figura) (**Figura 4**).

Pontuação: Cada ponto é dado para as seguintes respostas: (1) camelo ou dromedário, (2) leão, (3) rinoceronte.

Figura 4: Quarto teste feito no MoCA, que avalia habilidades de nomeação.



Fonte: Adaptado de Sarmiento e Bertolucci, 2009.

4.5.2.5 Memória

Aplicação: O examinador leu uma lista de palavras no intervalo de uma por segundo dando as seguintes instruções: “Este é um teste de memória. Eu li uma lista de palavras que você deverá lembrar-se agora e mais tarde. Ouça com atenção. Quando eu terminar, me diga todas as palavras que você puder lembrar. Não importa a ordem que você as diga.” Marque no espaço reservado para cada palavra o desempenho do sujeito na primeira tentativa. Quando o sujeito indicar que terminou (lembrou-se de todas as palavras), ou que não se lembra de mais nenhuma palavra, leia a lista pela segunda vez com as seguintes instruções: “Eu li a mesma lista pela segunda vez. Tente se lembrar e me diga todas as palavras que você puder, incluindo palavras ditas da primeira vez.” Marque no espaço reservado para cada palavra o desempenho do sujeito na segunda tentativa. Ao final da segunda tentativa, informe o sujeito que lhe será pedido para resgatar essas palavras novamente, dizendo “Eu lhe pedirei para resgatar essas palavras novamente no final do teste.” (Figura 5)

Pontuação: Não são dados pontos para as tentativas 1 e 2.

Figura 5: Quinto teste feito no MoCA , que avalia memória.

MEMÓRIA	Leia a lista de palavras, O sujeito de repeti-la, faça duas tentativas Evocar após 5 minutos		Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho
		1ª tentativa					
		2ª tentativa					

Fonte: Adaptado de Sarmiento e Bertolucci, 2009.

4.5.2.6 Atenção - Span de dígitos direto

Aplicação: Foram dadas as seguintes instruções para o idoso: “Eu lhe direi alguns números e quando eu terminar, me repita na ordem exata que eu os disse.” Foi lido a sequência de 5 números no intervalo de um dígito por segundo.

4.5.2.7 Atenção - Span de dígitos indireto

Aplicação: Nesse momento foi dito mais uma seqüência de 3 números no intervalo de um dígito por segundo, porém o idoso deveria repeti-los para o entrevistador na ordem inversa.

Pontuação: Atribua um ponto para cada seqüência repetida corretamente, (N.B.:A resposta correta para a tentativa inversa é 2-4-7).

Figura 6: Sexto teste feito no MoCA, que avalia atenção.

ATENÇÃO	Leia a seqüência de números (1 número por segundo)	O sujeito deve repetir a seqüência em ordem direta	[] 2 1 8 5 4
		O sujeito deve repetir a seqüência em ordem indireta	[] 7 4 2

Fonte: Adaptado de Sarmiento e Bertolucci, 2009.

4.5.2.8 Vigilância

Aplicação: O examinador leu as listas de letras no intervalo de uma por segundo, logo após deu as seguintes instruções: “Eu lerei uma seqüência de letras. Toda a vez que eu disser a letra A, bata a mão uma vez. Se eu disser uma letra diferente, não bata a sua mão.” (**Figura 7**).

Pontuação: Dê um ponto se houver de zero a um erro (um erro é uma batida na letra errada ou uma falha na batida da letra A).

Figura 7: Sétimo teste feito no MoCA , que avalia vigilância.

<p>Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.</p> <p>[] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B</p>

Fonte: Adaptado de Sarmiento e Bertolucci, 2009.

4.5.2.9 Sete Seriado

Aplicação: O examinador dá as seguintes instruções de que o participante deve subtrair 7 a partir de 100, e então siga subtraindo sete da sua resposta até eu lhe disser que pare.” Se necessário essa instrução foi dita até 2 vezes (**Figura 8**).

Pontuação: Este item é pontuado com 3 pontos. Não foi atribuído ponto (0) para uma subtração incorreta, 1 ponto para uma subtração correta, 2 pontos para duas a três subtrações corretas e 3 pontos se o participante fizer com sucesso quatro ou cinco subtrações corretas. O mais importante é cada subtração correta de 7, começando de 100. Pois, cada subtração é avaliada independentemente; ou seja, se o participante respondeu com número incorreto mas continua a subtrair corretamente 7 daquele número, e foi dado um ponto para cada subtração correta. Por exemplo, se o participante respondeu “92-85-78-71-64” quando o 92 era incorreto, mas todos os números subsequentes foram subtraídos corretamente. Este é um erro e o item deve receber a pontuação de 3.

Figura 8: Oitavo teste feito no MoCA, que avalia vigilância.

Subtração de 7 começando pelo 100	[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65
4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas 2 pontos; 1 correta 1 ponto; 0 correta 0 ponto					

Fonte: Adaptado de Sarmiento e Bertolucci, 2009.

4.5.2.10 Replicação de sentença

Aplicação: O examinador deu as seguintes instruções: “Eu vou ler uma sentença para você. Repita depois de mim, exatamente como eu disser: Eu somente sei que João é quem será ajudado hoje.” Após a resposta, diga: “Agora eu vou ler outra sentença. Repita-a depois de mim, exatamente como eu disser[pausa]: o gato sempre se esconde debaixo do sofá quando o cachorro está na sala.”

Pontuação: Foi atribuído 1 ponto para cada sentença repetida corretamente. A repetição deveria ser exata. E Foi observado erros que são omissões (omitir “somente”, “sempre”) e substituições/adições (“João é quem ajudou hoje”).

Figura 9: Nono teste feito no MoCA, que avalia vigilância.

LINGUAGEM	Repetir: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje.	[]	O gato sempre se esconde embaixo do Sofá quando o cachorro está na sala.	[]
------------------	--	-----	--	-----

Fonte: Adaptado de Sarmiento e Bertolucci, 2009.

4.5.2.11 Fluência Verbal

Aplicação: O examinador deu a seguinte instrução: “Diga-me quantas palavras você puder pensar que comecem com uma certa letra do alfabeto que eu lhe direi em um minuto. Você pode dizer qualquer tipo de palavra que quiser, exceto nomes próprios (como Beto ou Bauru), números, ou palavras que começam com os mesmos sons; porém, com diferente sufixo, por exemplo, amor, amante, amando. Eu direi para parar após 1 minuto. Você está pronto? [pausa] Agora, me diga quantas palavras você pode pensar que começam com a letra F.[tempo de 60 segundos]. Pare”. (**Figura 10**)

Pontuação: Foi atribuído 1 ponto se o sujeito formou 11 palavras ou mais em 60 segundos. As respostas do sujeito foram anotadas no espaço ou ao lado.

Figura 10: Décimo teste feito no MoCA , que avalia fluência verbal.

Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto). [] _____ (N ≥ 11 palavras)

Fonte: Adaptado de Sarmiento e Bertolucci, 2009.

4.5.2.12 Abstração

Aplicação: O examinador pediu ao sujeito que explique o que cada par de palavras tem em comum, começando com o exemplo: “Diga-me em que uma laranja e uma banana são parecidas”. Se o sujeito responde de maneira concreta, então somente diga uma vez adicional:” Me diga de outra forma em que estes 2 itens são parecidos ”.Se o sujeito não der a resposta apropriada (fruta), diga, “sim, e elas são ambas frutas” não dê nenhuma outra instrução ou esclarecimento. Após o ensaio, diga :”Agora me diga em que um trem e uma bicicleta são parecidos”. Após a resposta, aplique a segunda tentativa dizendo: “Agora me diga em que uma régua e um relógio são parecidos”. Não dê nenhuma instrução adicional ou dica (**Figura 11**).

Pontuação: Somente os últimos pares de itens são pontuados. Dê 1 ponto para cada par de itens corretamente respondidos. As seguintes respostas são aceitas; trem-bicicleta=meios de transporte, meios de viajar, você viaja em ambos; régua-relógio=instrumentos de medida, usados para medir. As seguintes respostas não são aceitas: trem-bicicleta=eles têm rodas; régua- relógio=eles têm números.

Figura 11: Décimo primeiro teste feito no MoCA, que avalia fluência verbal.

ABSTRAÇÃO	Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta	<input type="checkbox"/>	trem - bicicleta	<input type="checkbox"/>	relógio - régua
------------------	--	--------------------------	------------------	--------------------------	-----------------

Fonte: Adaptado de Sarmento e Bertolucci, 2009.

4.5.2.13 Evocação Tardia

Aplicação: O examinador deu as seguintes instruções: “Anteriormente eu li algumas palavras para você, as quais eu pedi que você se lembrasse. Me diga quantas dessas palavras você pode lembrar.” Faça uma marca (√) para cada uma das palavras lembradas corretamente espontaneamente sem nenhuma pista, no espaço alocado.

Pontuação: Fo atribuido 1 ponto para cada palavra lembrada livremente sem nenhuma pista.

Figura 12: Décimo segundo teste feito no MoCA , que avalia evocação tardia.

EVO CAÇÃO TARDIA	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Verme lho	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS
OPCIONAL	Pista de categoria						
	Pista de múltipla escolha						

Fonte: Adaptado de Sarmento e Bertolucci, 2009.

4.5.2.13 Orientação

Aplicação: O examinador deu as seguintes instruções: “Diga-me a data de hoje”. Se o sujeito não der a resposta correta, então diga imediatamente:” Me diga[o ano, mês, data exata e o dia da semana]”.Então diga: “Agora me diga o nome deste lugar e em que cidade fica”.

Pontuação: Atribua 1 ponto para cada item corretamente respondido. O sujeito deve dizer a data e local exatos (nome do hospital, setor, consultório). Não são atribuídos pontos se o sujeito comete erro de um dia para outro dia e a data.

Figura 13: Décimo terceiro teste feito no MoCA, que avalia orientação.

ORIENTAÇÃO	<input type="checkbox"/>	Dia do mês	<input type="checkbox"/>	Mês	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Dia da semana	<input type="checkbox"/>	Lugar	<input type="checkbox"/>	Cidade	___/6
-------------------	--------------------------	------------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	---------------	--------------------------	-------	--------------------------	--------	-------

Fonte: Adaptado de Sarmento e Bertolucci, 2009.

4.5.2.14 Resultado Total

Para avaliação do score total, foram somados todos os resultados. Foi adicionado 1 ponto para o indivíduo que possui 12 anos de escolaridade formal ou menos para um máximo possível de 30 pontos. O resultado total final de 26 ou acima foi considerado normal.

4.6 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Foi aplicado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk para avaliar se a amostra tinha distribuição normal. A partir deste teste foi verificado que a distribuição das amostras era não normal; portanto, foi utilizado o teste não paramétrico para duas amostras independentes, o teste U de Mann-Whitney. Neste caso os dados foram apresentados como mediana, máximo e mínimo valor. O teste Exato de Fisher foi usado para comparações de dados categóricos nominais. No caso de variáveis nominais, os dados foram apresentados como frequência e porcentagem. Para todos os testes, quando $p \leq 0,05$ foi considerada significância estatística.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A tabela 1, mostra que o grupo caso foi composto por 1 masculino e 9 femininas, a média de idade foi de 66,7 anos (mínimo: 60 anos; máximo: 74 anos), sendo que a maioria era viúva (5), seguida pelas casadas(4) e divorciados (0), a renda mensal mínima do grupo caso foi de R\$ 0,0 e a máxima de R\$ 1.908,00, o grupo caso em sua maioria utilizava o benzodiazepínico(9), e apenas uma utilizava o Bromazepam como opção de tratamento. O tempo de duração do tratamento variou entre 30 dias e 30 anos, e score total obtido na Avaliação Cognitiva de Montreal – MoCA, foi de 21,4 (\pm 5,33). Já o grupo controle foi composto por 3 homens e 7 mulheres, a média de idade foi de 66,9 anos (mínimo: 60 anos; máximo: 72 anos), sendo 5 casados, 4 viúvos e 1 divorciado, a renda mensal aproximada mínima do grupo controle foi de R\$ 954,00 e a máxima de 4.470,00, e o score total obtido na Avaliação Cognitiva de Montreal – MoCA, foi de 21,7 (\pm 4,16).

Tabela 1 – Perfil sócio demográfico da amostra avaliada.

Variáveis	Grupo Caso	Grupo Controle
Sexo	Masculino: 1 Feminino: 9	Masculino 3 Feminino: 7
Idade	Mínimo: 60 Máximo: 74 Média: 66,7	Mínimo: 60 Máximo: 72 Média: 66,9
Estado civil	Casado: 4 Divorciado: 0 Viúvo: 5	Casado: 5 Divorciado: 1 Viúvo: 4
Escolaridade (anos)	Mínimo: 0 Máximo: 11 Media: 4,3	Mínimo: 1 Máximo: 15 Média: 6,4
Renda mensal aproximada	Mínimo: R\$ 0,0 Máximo: R\$ 1.908,00	Mínimo: R\$: 954,00 Máximo: R\$ 4.470,00
Benzodiazepínico em uso	Clonazepam: 9 Bromazepam: 1	
Tempo de uso	Mínimo: 30 dias Máximo: 30 anos	
SCORE TOTAL MoCa	21,4 (\pm 5,33)	21,7 (\pm 4,16)

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Como pode ser observado na tabela de perfil da amostra (**Tabela 2**), de acordo com o teste Exato de Fisher, não houve diferenças estatísticas de sexo e estado civil entre os indivíduos que utilizavam benzodiazepínicos e os que não utilizavam. De acordo com o teste U de Mann-Whitney, também não houve diferenças

estatísticas de renda, idade e escolaridade entre os grupos. Esses dados mostram que a amostra é homogênea e pareada.

Tabela 2 – Caracterização da amostra avaliada.

Item		Caso	Controle
<u>Idade</u>			
	N	10	10
	Mediana	66,5	67
	Mínimo	60	60
	Máximo	74	72
	Média	66,7	66,9
	<i>P</i>		0,853
<u>Gênero</u>			
	N	1	3
Masculino	% em caso e controles	10	30
	N	9	7
Feminino	% em caso e controles	90	70
	<i>P</i>		0,291
<u>Estado civil</u>			
	N	4	5
Casado	% em caso e controles	40	50
	N	0	1
Divorciado	% em caso e controles	0	10
	N	5	4
Viúvo	% em caso e controles	50	40
	<i>P</i>		0,392
<u>Escolaridade</u>			
	N	10	10
	Mediana	3,5	4,5
	Mínimo	0	1
	Máximo	11	15
	Média	4,3	6,4
	<i>P</i>		0,436
<u>Renda</u>			
	N	10	10
	Mediana	954	954
	Mínimo	0	954
	Máximo	1908	4470
	Média	1240,2	1401
	<i>P</i>		0,796
<u>Uso de benzodiazepínicos</u>			
	N	9	0
Clonazepam	% em caso e controles	90	0
	N	1	0
Bromazepam	% em caso e controles	10	0

<i>P</i>		<0,001
<u>Tempo de tratamento</u>		
N	10	10
Mediana	42	0
Mínimo	30	0
Máximo	360	0
Média	71,9	0
<i>P</i>		<0,001
<hr/>		
<u>Score Total</u>		
N	10	10
Mediana	24	22,5
Mínimo	10	13
Máximo	25	28
Média	21,4	21,7
<i>P</i>		<0,05
<hr/>		

Fonte: do autor (2018)

Na análise de score total no teste MoCA (**Tabela 3**) não houve diferença significativa entre os grupos, avaliado através do teste U de Mann-Whitney. Entretanto, é importante salientar que a media e mediana do score de ambos os grupos foi abaixo do considerado normal. No grupo que utiliza benzodiazepínicos a mediana foi de 24 pontos, o valor máximo obtido foi de 25 e o valor mínimo foi de 10 pontos. A média do grupo benzodiazepínico foi de $21,4 \pm 5,33$ pontos de score total. No grupo controle pode ser observado que a mediana foi de 22,5 pontos, sendo que o valor máximo obtido foi de 28 e o valor mínimo de 13 pontos. A média do grupo controle foi de $21,7 \pm 4,16$ pontos de score total.

Quando comparado os escores nos itens do teste MoCA, obtidos pelos controles e pacientes, segundo teste U de Mann-Whitney, também não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos (**Tabela 2**).

Tabela 3 – Análise estatística das variáveis analisadas (*Montreal Cognitive Assessment*)

Item	Caso	Controle
<u>Visuoespacial</u>		
N	10	10
Mediana	3	3
Mínimo	0	0
Máximo	5	4
Média ± desvio padrão	3,1 ± 1,524	2,7 ± 1,337
<i>P</i>	0,579	
<u>Nomeação</u>		
N	10	10
Mediana	3	2,5
Mínimo	0	2
Máximo	6	3
Média ± desvio padrão	2,5 ± 1,716	2,5 ± 0,527
<i>P</i>	0,853	
<u>Atenção</u>		
N	10	10
Mediana	2	2,5
Mínimo	0	0
Máximo	6	5
Média ± desvio padrão	2,4 ± 2,119	2,4 ± 1,647
<i>P</i>	0,912	
<u>Linguagem</u>		
N	10	10
Mediana	5	5
Mínimo	2	1
Máximo	6	6
Média ± desvio padrão	4,8 ± 1,229	4,8 ± 1,549
<i>P</i>	0,853	
<u>Abstração</u>		
N	10	10
Mediana	2	2
Mínimo	0	2
Máximo	4	3
Média ± desvio padrão	2,3 ± 1,059	2,2 ± 0,422
<i>P</i>	0,631	
<u>Evocação tardia</u>		
N	10	10
Mediana	1	1,5
Mínimo	0	0
Máximo	2	2
Média ± desvio padrão	0,9 ± 0,738	1,2 ± 0,919
<i>P</i>	1	
<u>Orientação</u>		

N	10	10
Mediana	6	6
Mínimo	6	6
Máximo	6	6
Média ± desvio padrão	6 ± 0,001	6 ± 0,001
P		0,529
<u>Score Total</u>		
N	10	10
Mediana	24	22,5
Mínimo	10	13
Máximo	25	28
Média ± desvio padrão	21,4 ± 5,33	21,7 ± 4,16
P		0,529

Fonte: do autor (2018)

6 DISCUSSÃO

Já é bem descrito na literatura que o uso inadequado de benzodiazepínicos é um problema de saúde pública mundial. A utilização desses fármacos em idosos é ainda mais preocupante e tem sido associado a quedas, disfunções cognitivas, insuficiência respiratória aguda, dependência e risco aumentado de demência (AIRAGNES et al., 2016). Portanto, o presente estudo teve por objetivo comparar a cognição de idosos que utilizavam benzodiazepínicos, com idosos que não utilizavam essa medicação.

Os dados do presente estudo demonstram que não houve diferença significativa entre a cognição de idosos que utilizavam benzodiazepínicos e o grupo controle. Assim como o estudo, Zhang e colegas (2016) não encontrou associação entre declínio cognitivo e uso de benzodiazepínicos em idosos. Um estudo clínico não randomizado em idosos também não encontrou associação entre uso de benzodiazepínicos e alterações em funções cognitivas nos idosos (PUUSTINEN et al., 2007). Além disso, neste mesmo estudo de Puustinen et al. (2007), os pesquisadores não encontraram declínio cognitivo mais rápido em idosos que usavam benzodiazepínicos, quando os idosos foram avaliados ao longo do tempo. Outros dois estudos também não encontraram associação entre desempenho cognitiva e consumo de benzodiazepínicos em idosos (ALLARD et al., 2003; LAGNAOUI et al., 2009).

Entre os estudos existentes, uma variedade de testes diferentes foi usada para medir função cognitiva nos idosos, e a maioria dos estudos tinha um tamanho de amostra maior que a do presente estudo, o que pode explicar algumas das diferenças nos resultados. Em um estudo prospectivo, utilizando o *Short Mental Status Questionnaire*, a dose do benzodiazepínico e a duração do uso foram associadas à pior desempenho cognitivo (1998). Além disso, um estudo de coorte também demonstrou que o uso prolongado de benzodiazepínicos leva ao comprometimento da memória de longo prazo, especificamente em mulheres (BOEUF-CAZOU et al., 2011).

É importante salientar que insônia, depressão e ansiedade são frequentemente sintomas prodrômicos de declínio cognitivo e os benzodiazepínicos são comumente prescritos para essas condições (BILLIOTI et al., 2012). Uma possível explicação para essa discrepância entre os estudos é de que os benzodiazepínicos,

quando utilizados de forma adequada, possam estar melhorando o déficit cognitivo ao melhorarem os sintomas prodrômicos (GAGE et al., 2012; ZHANG et al., 2017). Além disso, no presente estudo ambos os grupos apresentaram um desempenho cognitivo prejudicado. Como descrito na metodologia do presente estudo, um score maior ou igual a 26 é considerado normal. No presente estudo a media encontrada de score total de pontos do MoCA foi de $21,4 \pm 5,33$ e $21,7 \pm 4,16$, nos grupos caso e controle, respectivamente. Portanto, estudos mais longos, que excluam esses vieses são necessários para melhor descrever os efeitos dos benzodiazepínicos sobre o declínio cognitivo entre os idosos.

Uma avaliação confiável do desempenho cognitivo deve ser baseada em dados robustos, estratificados de acordo com as variáveis sociodemográficas, as quais podem influenciar nesse desempenho (MATÍAS-GUIU et al., 2016). Algumas variáveis, como escolaridade, idade, sexo e estado civil, são importantes e tem mostrado um efeito significativo no desempenho do indivíduo que é submetido ao MoCA (LUIS et al., 2009; NG et al., 201; KENNY et al., 2013). Apesar do presente estudo ser um estudo piloto, os pesquisadores tomaram o cuidado de parear as amostras de acordo com os dados sociodemográfico; portanto, não houve diferença entre os grupos quando avaliadas as variáveis: escolaridade, idade, estado civil, sexo.

É importante ressaltar o importante declínio cognitivo encontrado aqui, tanto no grupo benzodiazepínico quanto no controle. É bem descrito na literatura que a demência é um problema de saúde mundial. A prevalência dessa condição aumentou significativamente nas últimas décadas em associação com o envelhecimento da população (PRINCE et al., 2003). Outra doença que cresceu em prevalência e importância é o comprometimento cognitivo leve, uma condição clínica com várias denominações e definições, sendo a definição mais aceita baseada nos critérios de Petersen (2004). As definições definidas por Petersen seguem os seguintes sintomas: queixa cognitiva subjetiva, preferencialmente confirmada por um informante; déficit cognitivo objetivo, confirmado por uma avaliação neuropsicológica; funções cognitivas normais e gerais alterados; atividades funcionais em grande parte intactas; e ausência de demência. Portanto, pode ser sugerido que os idosos avaliados no presente estudo podem estar com algumas dessas condições.

A identificação do declínio cognitivo é fundamental para intervenções preventivas e terapêuticas nos estágios iniciais da demência ou do comprometimento cognitivo leve (SCHÖNKNECHT et al., 2005). Vários testes de triagem cognitiva são

estudados, incluindo o MoCA. Como descrito na introdução do presente estudo, o MoCA foi desenvolvido por Nasreddine et al. (2005) como um teste de triagem para declínio cognitivo. A versão brasileira do MoCA (MoCA-BR) foi recentemente validada através de uma amostra de 112 idosos com mais de 65 anos, com pelo menos 4 anos de estudo, divididos em grupos de acordo com o estado cognitivo. Os resultados mostraram que o MoCA-BR é um instrumento válido e confiável para triagem de declínio cognitivo em idosos (MEMÓRIA et al., 2013). Tendo em vista o importante declínio cognitivo observado nos idosos - que são usuários da Estratégia de Saúde da Família de Sombrio/SC - pode ser sugerido o desenvolvimento de um trabalho terapêutico e/ou preventivo para essa condição nos idosos dessa região.

É importante ressaltar as limitações do presente estudo. O primeiro ponto a ser notado é a pequena amostra do presente estudo. Entretanto, os autores descrevem na metodologia que se trata de um estudo piloto, que servirá como base para estudos maiores no futuro (MACKEY; GASS, 2005). Outro importante ponto a ser ressaltado é que não foram coletadas variáveis importantes, que poderiam interferir nos resultados propostos, como: acidente vascular cerebral prévio, diagnóstico de transtornos de humor no grupo que utilizava benzodiazepínicos, dependência química, doenças crônicas e utilização de outros fármacos. Portanto, mais estudos são necessários para avaliar os efeitos dos benzodiazepínicos sobre a cognição de idosos (BOEUF-CAZOU et al., 2011; PUUSTINEN et al., 2018; LAGNAOUI et al., 2008; ALLARD; ARTERO; RITCHIE, 2003; HANLON et al., 1998).

7 CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou uma predominância do sexo feminino em ambos os grupos, a média de idade obtida foi de 66,7 para o grupo caso e 66,9 para o grupo controle, o tempo de escolaridade do grupo caso foi de 4,3 anos e do grupo controle de 6,4 anos, a renda mensal aproximada foi em média R\$ 1.240,00 para o grupo caso e R\$ 1.401,00 para o grupo controle. O Clonazepan foi utilizado por nove pessoas do grupo caso, sendo seguido pelo Bromazepam, utilizado por uma pessoa. O tempo de tratamento variou entre 30 dias e 360 meses (30 anos). A média do Score total obtido na Avaliação Cognitiva de Montreal – MoCA, foi de $21,4 \pm 5,33$ e $21,7 \pm 4,16$, nos grupos caso e controle, respectivamente. Esses dados demonstram que não foi encontrada diferença estatística sobre o declínio cognitivo entre os idosos que utilizavam benzodiazepínicos e o grupo controle.

Entretanto, em ambos os grupos experimentais foi encontrado um declínio cognitivo importante. Tendo em vista este importante declínio cognitivo observado nos idosos - que são usuários da Estratégia de Saúde da Família de Sombrio/SC - pode ser sugerido o desenvolvimento de um trabalho terapêutico e/ou preventivo para essa condição nos idosos dessa região, como a adoção de prescrições racionais de benzodiazepínicos, o monitoramento cuidadoso dessa população pelos profissionais das unidades de saúde, entre outras.

O papel do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família é de suma importância, já que na maioria das vezes ele é quem tem um contato mais íntimo com o sujeito, então, esse profissional deve procurar realizar um acolhimento de qualidade, com uma escuta terapêutica, focando em um cuidado integral, buscando a criação de vínculos – não apenas com o indivíduo, mas com sua família – de modo que possa estimular o autocuidado. É papel do enfermeiro ser o articulador entre o médico e o paciente, por isso, deve ser seu dever orientar sobre a maneira correta de seguir o tratamento proposto, os efeitos do medicamento prescrito, as possíveis interações medicamentosas e reações adversas além dos prejuízos

Para trabalhos futuros pode ser sugerida, também, a ampliação desse estudo, com uma amostra maior, com a coleta de outras variáveis, que não foram coletadas no presente estudo, como: acidente vascular cerebral prévio, diagnóstico de transtornos de humor no grupo que utilizava benzodiazepínicos, dependência química, doenças crônicas e utilização de outros fármacos.

REFERÊNCIAS

ALVIM, Mariana Macedo et al. Prevalence of and factors associated with benzodiazepine use in community-resident elderly persons. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 20, n. 4, p.463-473, ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170042>.

ALVARENGA, Jussara Mendonça et al. . Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de "jogar água no fogo", não pensar e dormir. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, p. 249-258, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000200249&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14045>.

ALVARENGA, Jussara Mendonça et al. Chronic use of benzodiazepines among older adults. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 48, n. 6, p.866-872, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004986>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0866.pdf Acesso em: 10 abr. 2018.

ARAÚJO, Patricia Luiz de. **Associação do uso prolongado de benzodiazepínicos com o aumento do risco de demência em idosos: uma revisão bibliográfica**. 2015. 41 f. Monografia (Especialização) - Curso de Farmácia, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/4007> Acesso em: 10 abr. 2018.

Airagnes G, Pelissolo A, Lavallée M, Flament M, Limosin F. Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management. **Curr Psychiatry Rep**. 2016 Oct;18(10):89.

ALLARD, Jacques; ARTERO, Sylvaine; RITCHIE, Karen. Consumption of psychotropic medication in the elderly: a re-evaluation of its effect on cognitive performance. **International Journal Geriatric Psychiatry**, S.i., v. 18, n. 10, p.874-878, nov. 2003. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/gps.891>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

ANACLETO, Tânia Azevedo et al. **MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INADEQUADOS PARA IDOSOS**. 2017. Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2017/09/IS_0006_17A_Boletim_Agosto_ISMP_210x276mm_V2.pdf>. Acesso em: 30 out. 2018.

AUCHEWSKI, Luciana et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.l.], v. 26, n. 1, p.24-31, mar. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462004000100008>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000100008>. Acesso em: 16 nov. 2018.

BACHETTI, Livia da Silva; FUKUSIMA, Sergio Sheiji; QUAGLIA, Maria Amélia Cesari. O efeito do álcool na percepção visuoespacial e na cognição do espaço. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 2, p. 451-461, ago. 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180213>.

BALDUINO, Anice de Fátima Ahmad; MANTOVANI, Maria de Fátima; LACERDA, Maria Ribeiro. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 13, n. 2, p.342-351, jun. 2009. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452009000200015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000200015&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 22 nov. 2018.

BAKER, David W.. Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. **Archives Of Internal Medicine**, [s.l.], v. 167, n. 14, p.1503-1509, 23 jul. 2007. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.167.14.1503>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17646604>>. Acesso em: 29 out. 2018.

BACKES, Dirce Steins et al. O papel do enfermeiro no Sistema Único de Saúde:: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Pelotas, Rs, v. 11, n. 23, p.223-230, fev. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000100024&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 22 nov. 2018.

BARROS, Vanessa Novaes; PORTO, Camila de Assis; NEGRÃO, José Virgílio. Efeitos do tratamento da memória de trabalho na cognição e no equilíbrio em idosos. **Revista de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro - Rj, v. 8, n. 3, p.140-147, nov. 2014. Disponível em: <<http://ggaging.com/details/87/pt-BR/effects-of-working-memory-training-on-cognition-and-balance-in-elderly>>. Acesso em: 05 set. 2018.

BESSA, Larissa Aparecida Silva; MACIEL, Rosana Mendes. A Importância da Psicomotricidade no Desenvolvimento das Crianças nos Anos Iniciais. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 1. Vol. 12. pp 59-78., dezembro de 2016. ISSN: 2448-0959. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/psicomotricidade-desenvolvimento-criancas.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2018.

BOEUF-CAZOU, Olivia et al. Impacto do uso prolongado de benzodiazepínicos no funcionamento cognitivo em adultos jovens: a coorte do VISAT. **Eur J Clin Pharmacol**, S.i., v. 10, n. 67, p.1045-1052, out. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21494764>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

BORGES, M. G.; CAMPOS, M. B.; CASTRO E SILVA, L. G. **Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para as próximas décadas**. In: ERVATTI, L. G.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. (Org.). *Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções das populações*. Brasília,

DF: IBGE, 2015. Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acesso em: 14.04.2018

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, DISTRITO FEDERAL, Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
 Acesso em: 22 nov. 2018.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de novembro de 2011. Brasília, DISTRITO FEDERAL, 21 nov. 2011. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
 Acesso em: 22 nov. 2018.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília, DISTRITO FEDERAL, 28 mar. 2006. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html.
 Acesso em: 22 nov. 2018.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília, DISTRITO FEDERAL, Ministério da Saúde. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.
 Acesso em: 22 nov. 2018.

BREGMAN, N, REGEV K, MOORE O, GILADI, N, ASH, E. A Simple Tool to Reach Populations at Risk for Developing Dementia and Alzheimer's Disease. **Journal of Alzheimer's Disease**, 2015;46(1):151-155

CAVALINI, Luciana Tricai; CHOR, Dora. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.7-17, abr. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2003000100003>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000100003
 Acesso em: 15 maio 2018

CARVALHO, Andrea da Luz; COSTA, Milene Rangel da; FAGUNDES, Hugo. **Uso Racional de Psicofármacos**. Rio de Janeiro: Coordenação de Programas de Saúde Mental, 2006. 6 p. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/289.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

CONTI, Juliana. **Teste de desempenho da função executiva**: adaptação transcultural, avaliação das propriedades psicomiméticas e validade de constructo em indivíduos com acidente vascular cerebral. 2018. 159 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2018. Disponível em:
<file:///D:/Downloads/JulianaConti.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018

CUSTODIO, Elaine Bazilio; MALAQUIAS JUNIOR, Joel; VOOS, Mariana Callil. Relação entre cognição (função executiva e percepção espacial) e equilíbrio de idosos de baixa escolaridade. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 46-51, Mar. 2010. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502010000100009&lng=en&nrm=iso>. Access on 30 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502010000100009>.

CECATO, Juliana Francisca et al. Poder preditivo do MoCa na avaliação neuropsicológica de pacientes com diagnóstico de demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.707-719, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13123>.

DANTAS, Isadora Cid et al. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo (SP),, v. 1, n. 20, p.93-108, jan. 2017. Trimestral. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/32058/22192> Acesso em: 18 maio 2018

DIAS, Luciana Teresa. Neuropsicologia do desenvolvimento da memória: da pré-escola ao período escolar. **Revista Neuropsicologia Latinoamericana**, [s.l.], p.19-26, 30 abr. 2011. Revista Neuropsicologia Latinoamericana. <http://dx.doi.org/10.5579/rnl.2011.0061>. Disponível em: <http://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/61>. Acesso em: 15 set. 2018.

FLAVELL, C. R.; LAMBERT, E. A.; WINTERS, B. D.; BREDY, T.W. Mechanisms governing the reactivation dependent destabilization of memories and their role in extinction. **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, v. 7, n. 214, 2013.

FERRREIRA, Larissa de Oliveira e; ZANINI, Daniela Sacramento. A importância do tempo na avaliação da função executiva e inteligência de crianças e adultos. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, SP, v. 13, n. 2, p.48-62, maio 2013. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/11238/6981>>. Acesso em: 12 out. 2018.

FERREIRA, Liliana Catarina Lourenço. **Associação entre a Resiliência, a Autocompaixão e a Orientação Temporal na adolescência**. 2014. 127 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade de Coimbra, Portugal, Coimbra, Portugal, 2015. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/28128>>. Acesso em: 29 out. 2018.

GAGE, S. Billioti de et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. **Bmj**, [s.l.], v. 345, n. 274, p.623-626, 27 set. 2012. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e6231>. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/345/bmj.e6231>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

GABRIEL, Rosângela; MORAIS, José; KOLINSKY, Régine. A aprendizagem da leitura e suas implicações sobre a memória e a cognição. **Ilha Desterro**, Florianópolis, v. 69, n. 1, p. 61-78, Apr. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-80262016000100061&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.5007/2175-8026.2016v69n1p61>.

GODOY, Silvia et al. Concepções Teóricas Acerca das Funções Executivas e das Altas Habilidades. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios de Desenvolvimento**, São Paulo, SP, v. 10, n. 1, p.76-85, out. 2010. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/11178/6922>>.

Acesso em: 12 out. 2018.

GOULART, L. S. et al. Consumo de medicamentos por idosos de uma unidade básica de saúde de Rondonópolis/MT. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 79-94, abr. 2014.

HALL, John E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HAMILTON, I. S. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed.

HANLON, JT et al. Benzodiazepine use and cognitive function among community-dwelling elderly. **Clin Pharmacol Ther**, S.i., v. 64, n. 6, p.684-692, dez. 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9871433>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

HOLZ, Adriana Winter et al. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Porto Alegre, RS, v. 4, n. 16, p.880-888, jan. 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Bruno_Nunes8/publication/262843985_Prevalence_of_cognitive_impairment_and_associated_factors_among_the_elderly_in_Bage_Rio_Grande_do_Sul_Brazil/links/54d377c50cf2501791822609.pdf Acesso em: 15 maio 2018

INAF: Índice de Alfabetismo Funcional. Instituto Paulo Montenegro acessado pelo link: www.ipm.org.br/ipmb_pagina.php?mpg=4.02.00.00.00&ver=por. Acesso em: 29 out. 2018

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Indicadores sociais. Censo Demográfico, 2010. Rio de Janeiro, IBGE, 2010.

IZQUIERDO, I.; MYSKIW, J.; BENETTI, F.; FURINI, C. R. Memória: tipos e mecanismos – achados recentes. **Revista USP**, n. 98, p. 9-16, 28 ago. 2013.

Izquierdo I. **Memória**. 2 ed. Artmed: Porto Alegre, 2011.

IZQUIERDO, Iván Antonio et al. Memória: tipos e mecanismos – achados recentes. **Revista Usp**, [s.l.], n. 98, p.1-8, 28 ago. 2013. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i98p9-16>. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/69221>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

Kandel, E. R. **In search of memory: The emergence of a new science of mind**. New York: W. W. Norton & Company. 2006.

KIM, Woo Jung et al. **Factors Associated with Insomnia among the Elderly in a Korean Rural Community.** 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5561396/>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

KONKIEWITZ, Elisabete Castelon. **Aprendizagem, comportamento e emoções na infância e adolescência** : uma visão transdisciplinar. Dourados-MS: UFGD, 2013. 312 p. Disponível em: <<http://200.129.209.183/arquivos/arquivos/78/EDITORA/catalogo/aprendizagem-comportamento-e-emocoes-na-infancia-e-adolescente-uma-visao-transdisciplinar-elisabete-castelon-konkiewitz-org.pdf#page=35>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

LASCA, V. B. (2003). **Treinamento de memória no envelhecimento normal**: um estudo experimental utilizando a técnica de organização. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

LAGNAOUI, Rajaa et al. The risk of cognitive impairment in older community-dwelling women after benzodiazepine use. **Age Ageing**, S.i., v. 2, n. 38, p.226-228, mar. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1906636707>>. Acesso em: 07 nov. 2018

LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 8, n. 2, p.127-141, jun. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2005000200005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000200005&script=sci_abstract Acesso em: 15 maio 2018

LEE, J. L. **Reconsolidation**: maintaining memory relevance. Trends in Neuroscience, v. 32, n. 8, p. 413-420, 2009.

LIMA E COSTA, Maria Fernanda F. et al . Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília , v. 9, n. 1, p. 43-50, mar. 2000 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732000000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732000000100003>.

MASCARELLO, Lidiomar José. Memória de trabalho e processo de envelhecimento. **Psicologia Revista**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 43-59, set. 2013. ISSN 2594-3871. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/16657>>. Acesso em: 19 set. 2018.

MACKEY, Alisson; GASS, Susan M.. **Second Language Research::** Methodology and Design. S.i.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2005. p. 1-422. Disponível em: <http://npu.edu.ua/e-book/book/djvu/A/iif_kgpm_Mackey_Second%20Language%20Methodology%20and%20Design..pdf>. Acesso em: 30 nov. 2018.

MARKWICK, Arwen; ZAMBONI, Giovanna; JAGER, Celeste A. de. Profiles of cognitive subtest impairment in the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in a

research cohort with normal Mini-Mental State Examination (MMSE) scores. **Journal Of Clinical And Experimental Neuropsychology**, [s.l.], v. 34, n. 7, p.750-757, ago. 2012. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13803395.2012.672966>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22468719>>. Acesso em: 07 out. 2018.

MASSI, Giselle et al. Linguagem e Envelhecimento: Práticas de escrita autobiográfica junto a idosos. **Revista Cefac**, Paraná, v. 16, n. 6, p.2065-2071, Não é um mês valido!/Não é um mês valido! 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n6/1982-0216-rcefac-17-06-02065.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2018.

MEDEIROS, Kaio Keomma Aires Silva et al . O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. spe3, p. 288-295, Sept. 2017 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700288&lng=en&nrm=iso Access on 26 Apr. 2018 <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s322>.

MELO, Aida Domithilla da Fonsêca. Avaliação de Propriedades Químico-Estruturais de Fármacos Benzodiazepínicos por Modelagem Computacional. 2014. 89 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Química e Biotecnologia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió - Al, 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/1454/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20propriedades%20qu%C3%ADmico-estruturais%20de%20f%C3%A1rmacos%20benzodiazep%C3%ADnicos%20por%20modelagem%20computacional.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

MEMÓRIA et al. Brief screening for mild cognitive impairment: validation of the Brazilian version of the Montreal cognitive assessment. **Int J Geriatr Psychiatry**, [s. l.], v. 1, n. 28, p.34-40, fev. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22368034>>. Acesso em: 07 out. 2018.

MOTA, Mailce Borges. Sistemas de Memória e Processamento de Linguagem: Um breve panorama. **Revista do Programa de Pós-graduação em Linguística da Universidade do Rio de Janeiro**: Revista de Linguística, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.205-215, Não é um mês valido! 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/rl/article/view/4630/3397>>. Acesso em: 27 out. 2018.

MOURÃO JÚNIOR, Carlos Alberto; MELO, Lucilene Bandeira Rodrigues. Integração de Três Conceitos: Função Executiva, Memória de Trabalho e Aprendizado. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Juiz de Fora, Mg, v. 27, n. 3, p.309-314, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n3/06.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.

MOURAO JUNIOR, Carlos Alberto; FARIA, Nicole Costa. Memória. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 28, n. 4, p. 780-788, Dec. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722015000400017&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528416>.

NEUFELD, Carmen Beatriz; STEIN, Lilian Milnitsky. A compreensão da memória segundo diferentes perspectivas teóricas. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 18, n. 2, p. 50-63, Aug. 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2001000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2001000200005>.

OLIVEIRA, Beatriz de; DE MARTINO, Milva Maria Figueiredo. Análise das funções cognitivas e sono na equipe de enfermagem nos turnos diurno e noturno. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 30-36, mar. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100004>.

PARAIZO, Marilise de Andrade et al. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) screening mild cognitive impairment in patients with chronic kidney disease (CKD) pre-dialysis. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [s.l.], v. 38, n. 1, p.31-41, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160006>.

PASSOS NETO, Constantino Duarte et al. Consumo de benzodiazepínicos entre idosos na estratégia saúde da família:: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem**, Recife - Pe, v. 10, n. 12, p.4646-4656, dez. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11534/13436>>. Acesso em: 07 out. 2018.

PRADO, Maria Aparecida Medeiros Barros do et al. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.747-758, nov. 2017. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000400007>. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000400747&lang=pt Acesso em: 19 maio 2018

Purves, D., Augustine, G. J., Fitzpatrick, D., Hall, W. C., LaMantia, A.-S., McNamara, J. O., & White, L. E. (2010). *Neurociências* (4. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Squire, L. R., & Kandel, E. R. (2003). *Memória: Da mente às moléculas*. Porto Alegre, RS: Artmed.

PUUSTINEN, Juha et al. Associations between Use of Benzodiazepines or Related Drugs and Health, Physical Abilities and Cognitive Function. **Drugs Aging**, S.i., v. 24, n. 12, p.1045-1059, abr. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18020536>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

RIBEIRO, Lília Maria Cristina Lira de Sá. **Cuidados de Enfermagem ao Paciente em Uso de Benzodiazepínico**. 2014. 44 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Sc, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167461/L%C3%8DLIA%20M>>

ARIA%20CRISTINA%20LIRA%20DE%20S%C3%81%20BARRETO_APSICOSSOCI
AL_TCC%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SAÚDE, Organização Mundial de; SAÚDE, Organização Pan-americana da. **OPAS/OMS discute como envelhecer de maneira saudável e ativa.** 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/> Acesso em: 22 abr. 2018.

SARMENTO, Ana Luisa Rosas; BERTOLUCCI, Paulo Henrique Ferreira. **Apresentação e aplicabilidade da versão brasileira da MoCA (Montreal Cognitive Assessment)para rastreio de Comprometimento Cognitivo Leve.** 2009. 82 f. Tese (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/8967>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

SIEDLECKI, Karen L. et al. Construct validity of cognitive reserve in a multiethnic cohort: The Northern Manhattan Study. **Journal Of The International Neuropsychological Society**, [s.l.], v. 15, n. 04, p.558-560, jul. 2009. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s1355617709090857>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19573274>>. Acesso em: 07 out. 2018.

SISTO, Fermino Fernandes et al. Atenção Seletiva Visual e o Processo de Envelhecimento. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 10, n. 1, p.93-102, maio 2010. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/11185>>. Acesso em: 30 out. 2018

SOUTO, Sabrinna Maia Teixeira et al. Qualidade de vida de idosos usuários de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira Ciências da Saúde - Uscs**, [s.l.], v. 15, n. 52, p.96-101, abr. 2017. USCS Universidade Municipal de Sao Caetano do Sul. <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol15n52.4558>.

SOUZA, Maria de Lourdes de et al. O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.266-270, jun. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072005000200015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 nov. 2018.

SOUZA, Ana Rosa Lins de; OPALEYE, Emérita Sátiro; NOTO, Ana Regina. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo - Sp, v. 4, n. 18, p.1131-1140, nov. 2013. Disponível em: http://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/5923/art_NOTO_Contextos_e_padroes_do_uso_indevido_de_benzodiazepinicos_2013.PDF?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 19 maio 2018

SUDORE, Rebecca L. et al. Limited Literacy in Older People and Disparities in Health and Healthcare Access. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 54, n. 5, p.770-776, maio 2006. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00691.x>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16696742>>. Acesso em: 29 out. 2018.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos et al. Aspectos sociodemográficos e desempenho cognitivo de idosos residentes na zona rural*. **Avances En Enfermería**, [s.l.], v. 35, n. 3, p.275-283, 1 set. 2017. Universidad Nacional de Colombia. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n3.61789>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002017000300275&lang=pt Acesso em: 15 maio 2018.

UEHARA, Emmy; CHARCAT-FICHMAN, Helenice; LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. Funções executivas:: Um retrato integrativo dos principais modelos e teorias desse conceito. **Revista Neuropsicologia Latinoamericana**, Gávea - Rj, v. 5, n. 3, p.25-37, ago. 2013. Disponível em: <http://neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/145/119>. Acesso em: 05 set. 2018.

VIEIRA, Ana Coely Araújo et al. **Avaliação Cognitiva em Pacientes Pós-Acidente Vascular Cerebral**. 2015. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA5_ID380_27072015151643.pdf>. Acesso em: 29 out. 2018.

ZHANG, Yuhai et al. Benzodiazepine use and cognitive decline in elderly with normal cognition. **Alzheimer Disease And Associated Disorders**, S.i., v. 2, n. 30, p.113-117, abr. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26067923>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

APÉNDICE

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO**QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO PARA ELABORAÇÃO DE PERFIL DE
USUÁRIOS DE BENZODIAZEINICOS****NOME:****IDADE:****SEXO:****ESCOLARIDADE:****ESTADO CIVIL:****RENDA MENSAL APROXIMADA:****MEDICAÇÃO EM USO:****TEMPO DE USO DA MEDICAÇÃO:**

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA MEMÓRIA EM IDOSOS USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOMBRIO - SC

Pesquisador: Samira da Silva Valvassori

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 98338718.9.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Universidade do Extremo Sul Catarinense

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.923.820

Apresentação do Projeto:

O título não é preciso, tampouco claro, uma vez que não permite compreender de fato "uma estratégia" e entendimento do objetivo de fato. Apesar desta observação, o projeto em seu corpo permite o entendimento da proposta de estudo, bem como o desfecho do mesmo.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão acerca da avaliação dos possíveis efeitos adversos dos benzodiazepínicos no processo do envelhecimento em pacientes do município de Sombrio – SC.

Serão estudados idosos de 60 a 75 anos (enquadram nos critérios de inclusão do estudo) que façam uso de benzodiazepínicos que que aceitem participar da pesquisa. A coleta de dados ocorrerá por meio dos seguintes instrumentos: Montreal Cognitive Assessment – MOCA; questionário semiestruturado populacional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São informados os riscos e benefícios que envolvam a pesquisa.

Riscos: Existe um risco mínimo para a aplicação da entrevista, sendo que será resguardado os valores éticos recomendados pela Resolução 510/2016 da Pesquisa com seres humanos; sendo garantido aos sujeitos participantes o anonimato e sigilo referente às entrevistas; com a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; além do direito de desistir em qualquer fase de

Endereço: Avenida Universitária, 1.108

Bairro: Universitário

CEP: 88.805-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-3808

E-mail: etica@unesc.net

Continuação do Parecer: 2-623.620

aplicação. Os possíveis riscos da pesquisa são quebra do sigilo dos dados, porém, os autores garantirão total confidencialidade e anonimato dos dados coletados.

Benefícios: Permitirá um maior entendimento se há realmente um declínio da memória na pessoa idosa em uso de benzodiazepínicos, e permitirá ainda, que melhores cuidados de enfermagem sejam pensados para um cuidado mais efetivo e humanizado a essa população.

O projeto apresenta risco baixo e considero que todos os possíveis riscos que envolvam o projeto foram mencionados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta-se clara e com plano de execução bem definido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos TCLE e documentos que autorizam a execução da pesquisa se encontram corretamente apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências a declarar.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Typo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1192286.pdf	12/09/2018 20:47:34		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	12/09/2018 20:44:38	Samira da Silva Valvassori	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_Benzo.pdf	12/09/2018 20:44:02	Samira da Silva Valvassori	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/09/2018 20:43:22	Samira da Silva Valvassori	Aceito
Folha de Rosto	20180910182720039.pdf	12/09/2018 19:59:41	Samira da Silva Valvassori	Aceito
Declaração de	CARTA.pdf	02/08/2018	Samira da Silva	Aceito

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cep@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 2.923.020

Instituição e Infraestrutura	CARTA.pdf	15:12:26	Valvassori	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/08/2018 15:11:49	Samira da Silva Valvassori	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 27 de Setembro de 2018

Assinado por:
RENAN ANTONIO GERETTA
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1.105
Bairro: Universitário
UF: SC Município: CRICIUMA
Telefones: (48)3431-2608

CEP: 88.905-000

E-mail: cefics@unesc.net

ANEXO B – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

Título da Pesquisa: Avaliação da memória em idosos de uma Estratégia de Saúde da Família de Sombrio - SC

Objetivo: Avaliar se há déficit cognitivo após uso de benzodiazepínicos em idosos

Período da coleta de dados: 01.10.2018 a 31.10.2018

Tempo estimado para cada coleta: 20 minutos

Local da coleta: ESF São Luiz, Sombrio, SC

Pesquisador/Orientador: Samira da Silva Valvassori **Telefone:** 988322021

Pesquisador/Acadêmico: Janaina Sinara da Rosa **Telefone:** 999920630

10ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Número do Parecer: 2.923.820

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim

(participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Inicialmente será feito contato com o idoso, convidando-o para participar da entrevista, explicando todos os benefícios que o estudo trará. Após aceito o convite, se iniciará a coleta de dados, primeiramente com o preenchimento do Questionário semiestruturado para o perfil, e logo após a aplicação dos testes de funções cognitivas. Estima-se que o tempo aproximado seja de um hora para cada entrevistado. Após todas as entrevistas realizadas, os dados serão agrupados e comparados os casos com os controles, para obtenção do resultado da pesquisa.

RISCOS

Existe um risco mínimo para a aplicação da entrevista, sendo que será resguardado os valores éticos recomendados pela Resolução 510/2016 da Pesquisa com seres humanos; sendo garantido aos sujeitos participantes o anonimato e sigilo referente às entrevistas; com a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; além do direito de desistir em qualquer fase de aplicação.

BENEFÍCIOS

Permitirá um maior entendimento do grau de comprometimento da cognição da pessoa idosa em uso de benzodiazepínicos, e permitirá ainda, que melhores cuidados de enfermagem sejam pensados para um cuidado mais efetivo e humanizado à essa população.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Janaina Sinara da Rosa pelo telefone (48) 999920630 e/ou pelo e-mail janaina.sinara@hotmail.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável

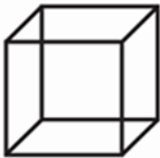
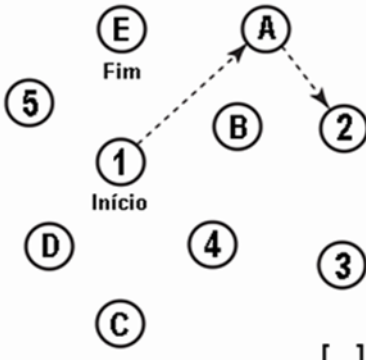

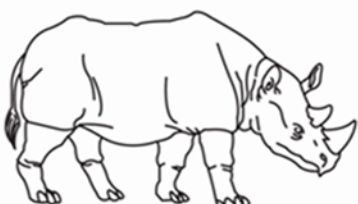
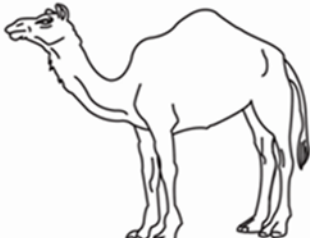
<hr/> <hr/> Assinatura Nome: <hr/> <hr/> CPF: _____._____._____-____	<hr/> <hr/> Assinatura Nome: <hr/> <hr/> CPF: _____._____._____-____
---	---

Criciúma (SC), de outubro de 2018

ANEXO C – Montreal Cognitive Assent (MoCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
Versão Experimental Brasileira

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____ Data de avaliação: ____/____/____
Sexo: _____ Idade: _____

VISUOESPACIAL / EXECUTIVA				Copiar o cubo		Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez minutos) (3 pontos)	Pontos				
		[]		[]				[] [] []	_ / 5		
NOMEAÇÃO								[] [] []	_ / 3		
MEMÓRIA		Leia a lista de palavras, O sujeito de repeti-la, faça duas tentativas Evocar após 5 minutos		Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Sem Pontuação		
		1ª tentativa									
		2ª tentativa									
ATENÇÃO		Leia a seqüência de números (1 número por segundo)		O sujeito deve repetir a seqüência em ordem direta [] 2 1 8 5 4		O sujeito deve repetir a seqüência em ordem indireta [] 7 4 2		_ / 2			
		Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros. [] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B								_ / 1	
		Subtração de 7 começando pelo 100 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65		4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas 2 pontos; 1 correta 1 ponto; 0 correta 0 ponto						_ / 3	
LINGUAGEM		Repetir: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje. []		O gato sempre se esconde embaixo do Sofá quando o cachorro está na sala. []		_ / 2					
		Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto). [] _____ (N ≥ 11 palavras)								_ / 1	
ABSTRAÇÃO		Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta []		trem - bicicleta []		relógio - régua []		_ / 2			
EVOCAÇÃO TARDIA		Deve recordar as palavras SEM PISTAS		Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS		
OPCIONAL		Pista de categoria									
		Pista de múltipla escolha									
ORIENTAÇÃO		[] Dia do mês [] Mês [] Ano [] Dia da semana [] Lugar [] Cidade		_ / 6							
		TOTAL Adicionar 1 pt se ≤ 12 anos de escolaridade								_ / 30	

© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org
Versão experimental Brasileira: Ana Luisa Rosas Sarmiento
Paulo Henrique Ferreira Bertolucci - José Roberto Wajman

(UNIFESP-SP 2007)