

**SAÚDE MENTAL DOS USUÁRIOS IDOSOS DOS RESTAURANTES E
REFEITÓRIO POPULARES DE BELO HORIZONTE: ASSOCIAÇÃO COM
ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, NUTRICIONAIS, DE SAÚDE E
CONDIÇÃO DOMICILIAR DE (IN) SEGURANÇA ALIMENTAR**

Gabriela Prados De Araújo
UFMG

Nayara Abreu Coelho Horta
UFMG

Thais Santana Rocha Cardoso
UFMG

Simone Cardoso Lisboa Pereira
UFMG

Mery Natali Silva Abreu
UFMG

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo
UFMG

Cláudio Santiago Dias Júnior
UFMG

RESUMO

O presente trabalho objetivou avaliar se o estado de saúde mental dos idosos frequentadores dos restaurantes populares e refeitório de Belo Horizonte tem relação com aspectos sociodemográficos, estado nutricional e de saúde, bem como insegurança alimentar. Trata-se de um estudo transversal no qual as variáveis analisadas foram obtidas pelo questionário Brazil Old Age Schedule (BOAS) e por um questionário semi-estruturado, aplicado para coleta de dados da situação de (in) segurança alimentar, sociodemográficos e comportamento alimentar.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional tem sido notório. Esse processo vem ocorrendo em um contexto de acesso precário aos serviços de saúde e recursos financeiros limitados, culminando no não atendimento das necessidades do grupo emergente (PEREIRA et al., 2006; SANTOS, 2007).

Estima-se que a prevalência da população idosa no país atinja 14% até 2025 (DAMY, 2010). Segundo dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010, os cidadãos acima de 65 anos representam 7,4% da população total, o que tem motivado ações sociais e governamentais, além de despertar o interesse de profissionais da área da saúde e da comunidade científica (BRASIL, 2011).

Esse aumento do tempo de vida da população acaba por acarretar para os especialistas, uma intensa demanda por estudos e análises para uma melhor definição de políticas públicas de prevenção de saúde no envelhecimento (VERAS & CALDAS, 2004).

O Programa Restaurante Popular está entre as políticas públicas brasileiras que atinge a realidade dos idosos, pois cerca de 19% dos usuários dos restaurantes populares corresponde a este grupo etário (GONÇALVES et al, 2011) . O referido programa está integrado à rede de ações e programas do Fome Zero. Espera-se, com ele, criar uma rede de proteção alimentar em áreas de grande circulação de pessoas que realizam refeições fora de casa, atendendo dessa maneira, os segmentos mais vulneráveis nutricionalmente (MANUAL PROGRAMA RESTAURANTE POPULAR Brasília, setembro de 2004). O público alvo dos Restaurantes Populares são pessoas que se encontram em situação de insegurança alimentar, principalmente pessoas de baixa renda. Dessa forma, os idosos estão inseridos nesse perfil, em virtude do processo de envelhecimento que os torna mais vulneráveis à incapacidade, decorrente de condições adversas do meio físico, social, ou de questões afetivas (MANUAL PROGRAMA RESTAURANTE POPULAR, 2004; VERAS & CALDAS, 2004).

O envelhecimento tende a ocasionar uma variedade de alterações morfológicas, fisiológicas e funcionais que determinam um processo de desestruturação orgânica dos indivíduos. Os principais fatores envolvidos nesse processo são hereditariedade, meio ambiente, o envelhecimento em si, hábitos alimentares, estilo de vida e contexto social no qual o indivíduo está inserido (MACIEL e GUERRA, 2007). Tais alterações, juntamente com o uso de alguns medicamentos, perda de familiares, baixa inserção social e redução na prática de atividade física são possíveis causas de depressão (BAPTISTA et al., 2006), condição que contribui para uma diminuição da qualidade de vida dos idosos.

A saúde mental desse grupo etário é uma área que merece atenção especial, uma vez que depressão tem comprometido cerca de 15% desta população, e tende ser mais severa, duradoura e incapacitante do que em outras faixas etárias (BENEDETTI et al., 2008).

Um outro aspecto relevante diz respeito à condição sociodemográfica. Há evidências de que indivíduos residentes em áreas de baixa cobertura social e mais exposta a situações classificadas como de risco, tais como violência urbana, falta de higiene e saneamento básico, escassez de serviço de saúde e

desestruturação familiar, são os que apresentam piores indicadores de saúde (MACIEL e GUERRA, 2006).

Tem-se observado que deficiências nutricionais podem intensificar os sintomas da depressão. Já foi observada forte relação entre depressão e desordens nutricionais bem como associação entre depressão e perda involuntária de peso (CABRERA, ET AL, 2007).

Muitos trabalhos revelam que a depressão é o fator que mais contribui para a perda de peso em idosos. Em um deles observou-se que o risco de desenvolver depressão foi quatro vezes maior em idosos com déficits nutricionais do que naqueles sem (SMOLINER, ET AL, 2009).

Portanto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de depressão dos idosos usuários dos restaurantes e refeitório populares do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, buscando associar este com características sociodemográficas, avaliação antropométrica do estado nutricional, comportamento alimentar, além da associação com a presença de alguma patologia, auto percepção de saúde e a condição domiciliar de (in) segurança alimentar.

Analisar o perfil de saúde mental dos idosos frequentadores dos restaurantes e do refeitório populares de Belo Horizonte e de fatores associados permitirá conhecer melhor as limitações e carências desse público emergente, o que favoreceria o direcionamento de ações tanto no plano da saúde, por meio da alimentação, quanto no delineamento das necessidades de adequação destes locais e de suas atividades para este público frequentador, nos aspectos sociais, emocionais, culturais e econômicos. Adicionalmente, do ponto de vista da saúde pública, investir na qualidade de vida de idosos usuários de restaurantes populares, para mantê-los em uma situação de envelhecimento ativo, contribuiria para reduzir a necessidade de investimentos em prevenções secundária e terciária, em tratamentos, reabilitação e institucionalização; e implementaria o que preconiza a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS (Lei nº 8.742/93), que regulamenta o Estatuto do Idoso.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado nos quatro Restaurantes e Refeitório populares (RRPs), do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Os locais analisados foram o Restaurante Popular Herbert de Souza, Restaurante Popular Josué de Castro, Restaurante Popular Maria Regina Nabuco, Restaurante Popular Dom Mauro Bastos e Refeitório Popular da Câmara Municipal João Bosco Murta Lages; denominados RPI, RPII, RPIII, RPIV e RV, respectivamente, segundo a ordem cronológica de inauguração e funcionamento. A seleção da amostra foi aleatória sistemática por cotas, obtida tendo como base o fluxo de pessoas nos referidos estabelecimentos no período de oferta das refeições, segundo sexo e idade (Tabela 1).

Tabela 1 - Número médio diário de usuários dos restaurantes e refeitório populares de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009-2010.

Refeição	Grupo Etário	RPI		RPII		RPIII		RPIV		RV	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Desjejum	< 18 anos	4	0	2	1	*	*	*	*	*	*
	18 a 24	66	4	20	6	*	*	*	*	*	*
	25 a 29	54	4	34	11	*	*	*	*	*	*
	30 a 39	110	6	48	19	*	*	*	*	*	*
	40 a 49	132	16	41	15	*	*	*	*	*	*
	50 a 59	76	10	28	12	*	*	*	*	*	*
	60 e mais	56	8	20	10	*	*	*	*	*	*
	Total	498	48	194	75	*	*	*	*	*	*
Almoço	< 18 anos	113	79	129	92	24	18	129	94	15	12
	18 a 24	346	117	375	161	89	23	213	181	93	34
	25 a 29	377	122	429	162	79	19	182	116	147	27
	30 a 39	669	165	569	249	120	30	313	178	198	64
	40 a 49	673	174	471	227	110	22	225	116	142	64
	50 a 59	508	146	333	181	55	23	141	93	69	31
	60 e mais	713	295	599	358	141	29	164	72	26	13
	Total	3.399	1.098	2.905	1.430	618	164	1367	851	690	245
Jantar	< 18 anos	10	2	5	5	*	*	2	4	*	*
	18 a 24	32	8	14	7	*	*	15	3	*	*
	25 a 29	38	12	31	11	*	*	7	0	*	*
	30 a 39	107	9	48	18	*	*	19	3	*	*
	40 a 49	137	17	61	19	*	*	9	8	*	*
	50 a 59	89	14	35	15	*	*	13	3	*	*
	60 e mais	69	10	41	17	*	*	11	2	*	*
	Total	482	72	236	93	*	*	76	23	*	*
Total Geral		5.597		4.932		782		2317		935	

* Refeições que não são ofertadas pelos restaurantes e refeitório populares.

OBS: Os valores apresentados correspondem à média de cinco dias consecutivos de uma semana, dias de funcionamento dos estabelecimentos (segunda a sexta-feira).

Para o cálculo da amostra (Tabela 2) utilizou-se a seguinte fórmula (BABBIE, 2004):

$$n_0 = 1 / (E_0)^2 \quad (1)$$

$$n = N * n_0 / (N + n_0) \quad (2)$$

Onde:

n_0 = Uma primeira aproximação para o tamanho da amostra

N = Tamanho da população

E_0 = Erro amostral

n = Tamanho da amostra

Tabela 2 – Distribuição amostral dos usuários dos restaurantes e refeitório populares de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009-2010.

Refeição	Grupo Etário	RPI		RPII		RPIII		RPIV		RV	
		N=372		n=370		n=260		n= 331		N=280	
		H(n)	M(n)	H(n)	M(n)	H(n)	M(n)	H(n)	M(n)	H(n)	M(n)
Desjejum	18-24	5	0	2	0	*	*	*	*	*	*
	25-29	4	0	3	1	*	*	*	*	*	*
	30-39	8	0	4	1	*	*	*	*	*	*
	40-49	9	1	3	1	*	*	*	*	*	*
	50-59	5	1	2	1	*	*	*	*	*	*
	60+	4	1	1	1	*	*	*	*	*	*
	Total	35	3	14	6	*	*	*	*	*	*
Almoço	18-24	24	8	29	13	31	8	27	23	93	34
	25-29	26	8	33	13	28	7	23	15	147	27
	30-39	46	11	44	20	42	11	39	22	198	64
	40-49	46	12	36	18	39	8	28	15	142	64
	50-59	35	10	26	15	19	8	18	12	69	31
	60+	49	20	50	28	50	10	21	9	26	13
	Total	226	70	218	107	209	51	172	107	690	245
Jantar	18-24	2	1	1	1	*	*	12	2	*	*
	25-29	3	1	2	1	*	*	6	0	*	*
	30-39	8	1	4	1	*	*	15	2	*	*
	40-49	10	1	5	1	*	*	7	6	*	*
	50-59	6	1	3	1	*	*	10	2	*	*
	60+	5	1	3	1	*	*	9	2	*	*
	Total	33	5	17	7	*	*	59	14	*	*

Fonte: Escola de Enfermagem/UFMG, 2009-2010.

* = Refeições que não são ofertadas pelos restaurantes e refeitório populares.

Para este estudo trabalhou-se com a subamostra de idosos (Tabela 2) e adotou-se como critérios de inclusão: não ser morador de um domicílio onde reside alguém já participante da presente pesquisa; ter idade igual ou superior a 60 anos; ser frequentador do RRP; aceitar responder aos questionários propostos e ter seu peso e altura aferidos.

Os participantes responderam, por meio de entrevista face a face, ao questionário Brazil Old Age Schedule – BOAS e a um questionário semi-

estruturado, aplicado para coleta de dados da situação de (in) segurança alimentar, sociodemográficos e comportamento alimentar. Também foram coletados dados antropométricos, para avaliação do estado nutricional dos usuários idosos estudados.

O BOAS é um questionário de avaliação funcional multidimensional que foi validado no Brasil, com população idosa, no Rio de Janeiro, cuja escala é uma versão do instrumento "Short-CARE" (Comprehensive Assessment and Referral Evaluation) validado para o português, usando a escala Geriatrics Mental Status (GMS). O questionário é dividido em nove seções: I Informações Gerais, II Saúde Física, III Utilização dos Serviços Médicos e Dentários, IV Atividades da Vida Diária, V Recursos Sociais, VI Recursos Econômicos, VII Saúde Mental, VIII Necessidades e Problemas que Afetam o Entrevistado e IX Avaliação do Entrevistador.

Utilizou-se as seguintes seções do BOAS: identificação demográfica, socioeconômica e seção de saúde mental – que faz um rastreamento sobre depressão. Para isso, considerou-se os escores de classificação: não tem depressão (≤ 7 pontos) e tem depressão (> 8 pontos).

Já o outro questionário é composto por 6 seções: 1 Características do Entrevistado, 2 Avaliação Econômica, 3 (In)segurança Alimentar, 4 Dados Antropométricos, 5 Inquérito Alimentar e 6 Informações Complementares. Neste questionário foram utilizados alguns instrumentos validados: Critério de Classificação Econômica Brasil (CEEB), Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) e o questionário "Como está sua alimentação?"

O hábito alimentar foi levantado por meio do questionário "Como está sua alimentação?", elaborado pela da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN). Este instrumento aborda o consumo de alimentos dos diversos grupos, água, bebida alcoólica e o padrão atividade física. Ao final, o hábito alimentar foi classificado em três níveis de acordo com o total de pontos obtidos. Para o presente estudo, esses três níveis foram nomeados como "hábitos ruins", "hábitos aceitáveis" e "hábitos bons".

A mensuração dos parâmetros antropométricos foi realizada de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995). Para aferir o peso, utilizou-se como instrumento uma balança digital Plenna® com capacidade para 150 Kg e precisão de 100 g. A estatura foi aferida utilizando um estadiômetro Altorexata®. Por intermédio do peso e da estatura aferidos foi possível calcular o Índice de Massa Corpórea (IMC), e a classificação foi realizada conforme os pontos de corte recomendados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN, 2008), em que a classificação para idosos (> 60 anos de idade) é: $IMC \leq 22$ Kg/m² baixo peso, $IMC > 22$ a < 27 Kg/m² eutrófia, e $IMC \geq 27$ Kg/m² sobrepeso.

A investigação da condição de insegurança alimentar (IA) foi realizada mediante a EBIA. Essa escala é composta por 15 questões objetivas, relativas à percepção dos entrevistados sobre a situação alimentar vivida pela família ao longo dos últimos três meses anteriores à entrevista. Às respostas positivas foi atribuído o valor de um ponto e as respostas negativas não receberam pontuação. O valor final da somatória varia de 0 a 15 pontos. Para a categorização dos escores, quando nenhuma resposta foi positiva, o entrevistado foi classificado em situação de segurança alimentar (SA); se a soma de pontos se encontrasse entre 1 a 5, classificou-se IA leve; de 6 a 10, IA moderada; e de 11 a 15, IA grave (ESCAMILA *et al.*, 2004).

Respeitando os interesses dos sujeitos do estudo em sua integridade e dignidade, bem como a realização de uma pesquisa dentro dos padrões éticos, todos os participantes foram informados a respeito do objetivo e caráter da pesquisa e foram convidados a participar de forma voluntária, além de receberem e assinarem um termo de consentimento livre e esclarecido, conforme princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos recomendados pela Resolução 196/98 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob o protocolo de número 143/09.

Os dados foram digitados em banco específico criado no programa Epi-data versão 3.1.2, e foram analisados através do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 17.0. Foram elaboradas tabelas de distribuição de freqüências e realizado o teste de Qui-quadrado de Pearson para testar as associações. Considerou-se um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

Foram estudados 288 idosos, e observou-se uma prevalência de depressão de 16,14%, sendo que não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p=0,11$) nas prevalências entre os diferentes estabelecimentos estudados (Figura 1).

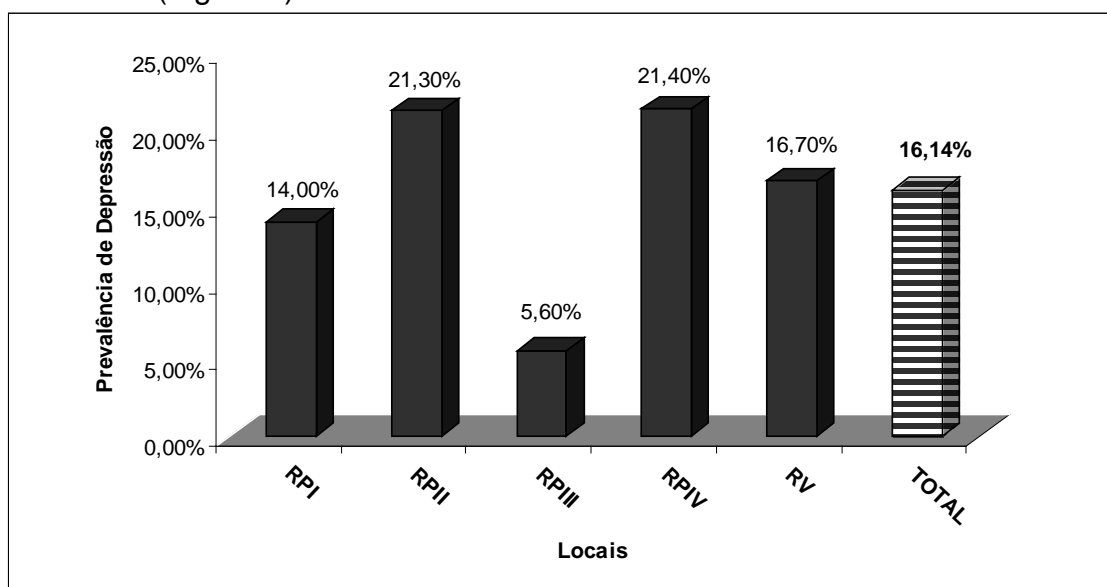


Figura 1 – Prevalência de depressão nos Restaurantes e Refeitório Populares do município de Belo Horizonte – MG, 2011.

As análises demonstraram que não houve diferença significativa no percentual de idosos com sintomas de depressão entre os restaurantes. Todavia, observa-se que os valores encontrados são, em números, diferentes, o que permite categorizá-los em baixa prevalência de depressão (RPIII), prevalência intermediária (RPI e RPIV), e prevalência elevada (RPII e IV) de usuários idosos com depressão.

Neste rastreamento da condição de saúde mental, o grupo de idosos com depressão obteve maior porcentagem de respostas afirmativas sobre as seguintes questões abordadas: preocupações gerais, dificuldades para dormir,

não se alimentar bem, sentir-se sem energia suficiente para realizar atividades cotidianas, sentir-se triste ou deprimido, ter tido vontade de chorar, perda de interesse e menção de expectativas com o futuro.

Quando questionados sobre sua satisfação com a vida em geral, a maioria dos idosos com depressão (55,6%, n=5) responderam estar muito insatisfeitos. De forma similar, a maioria deste grupo declarou maior insatisfação no relacionamento com os amigos (63,6%, n=7). Observou-se maior insatisfação com o relacionamento com os vizinhos (56,3%, n=9) nos idosos sem depressão. Em contraponto, a satisfação com as atividades desenvolvidas no tempo livre foi predominante nos idosos sem depressão (86,3%, n=196).

Quanto ao perfil sociodemográfico dos idosos frequentadores dos estabelecimentos em estudo, verifica-se uma predominância masculina, com idade média de $70 \pm 6,89$ anos, baixo grau de escolaridade, estado conjugal estável e classe socioeconômica baixa (Tabela 3). Estado conjugal, foi a única variável sociodemográfica que apresentou correlação significativa ($p= 0,02$) com a depressão, onde a relação estável mostrou-se favorável à ausência desse quadro. Ressalta-se uma maior tendência de depressão entre o grupo feminino, ainda que esses resultados não tenham significância estatística, ($p=0,06$).

Tabela 3 – Distribuição dos idosos usuários dos Restaurantes e Refeitório Populares, segundo diagnóstico de depressão e variáveis sociodemográficas. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2011.

Variáveis	Total		Com Depressão		Sem Depressão		P
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Masculino	196	68,5	26	13,5	167	86,5	p=0,06
Feminino	90	31,4	20	22,2	70	77,8	
Escolaridade							
Analfabeto	26	9,1	4	15,4	22	84,6	
Ensino							
Fundamental	195	69,1	34	17,4	161	82,6	p=0,33
Médio	43	15,2	3	7	40	93	
Superior	18	6,4	4	22,2	14	77,8	
Estado conjugal							
Nunca casou	44	15,5	3	6,8	41	93,2	p=0,02
Casado	116	41	14	12,1	102	87,9	
Viúvo	66	23,3	18	27,3	48	72,7	
Separado	26	9,2	4	15,4	22	84,6	
Divorciado	31	11	7	22,6	24	77,4	
Classe socioeconômica							
A e B	16	9,9	1	6,3	15	93,8	p=0,16
C	63	39,1	11	17,5	52	82,5	
D e E	82	50,9	21	25,6	61	74,4	

Quanto aos aspectos nutricionais avaliados neste estudo, no que diz respeito aos hábitos alimentares, pode ser feita a classificação entre bons hábitos (21,9%, n=44), hábitos aceitáveis (69,2%, n=139) e hábitos ruins (18%, n=9), segundo escore do questionário empregado para tal mensuração. Nesse estudo não foi possível estabelecer relação direta entre hábitos alimentares e depressão, sugerindo que essa patologia não interfere na alimentação da população em estudo ($p=0,29$) (Tabela 4).

Quanto à avaliação antropométrica o estado nutricional do público estudado, com base no cálculo do índice de massa corporal, verificou-se que mais da metade foi classificado como eutrófico (51,45%, n=141) verificou-se que mais da metade foi classificado como eutrófico (51,45%, n=141) e a minoria encontrava-se com baixo peso (16,3%, n=45). Essa variável não esteve associada ao estado de saúde mental, relativo à depressão, sugerindo que os desvios nutricionais não são mais prevalentes no grupo com depressão ($p=0,35$).

Quanto aos aspectos relacionados à saúde, buscou-se levantar a presença de toda e qualquer patologia, de modo que os entrevistados não ficassem limitados a relatar apenas aquelas mais comumente prevalentes. Foi realizado, também, uma avaliação da auto percepção de saúde desses indivíduos. Esses dados revelaram que houve correlação estatística entre depressão e presença de patologias ($p<0,01$) e depressão e auto percepção negativa de saúde ($p<0,01$) conforme descrito na tabela (Tabela 4).

Na avaliação da condição domiciliar de (in) segurança alimentar, considerando a dimensão relativa ao acesso aos alimentos em termos quantitativos e qualitativos, verificou-se que a maioria dos domicílios dos idosos avaliados se encontrou em segurança alimentar. Porém, o acesso à alimentação, em quantidade referida como *insuficiente* e, ou qualidade percebida como *inadequada* pelos idosos, situação de insegurança alimentar, correlacionou significativamente ($p< 0,01$) com a presença de depressão (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos idosos usuários dos Restaurantes e Refeitório Populares, segundo diagnóstico de depressão, aspectos nutricionais, de saúde e condição domiciliar de (in) segurança alimentar. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2011.

Variáveis	Total		Com Depressão		Sem Depressão		P
	N	%	N	%	N	%	
Hábitos Alimentares							
Ruim	18	9	5	27,8	13	72,2	p=0,29
Aceitável	139	69,2	19	13,7	120	86,3	
Bom	44	21,9	7	15,9	37	84,1	
IMC							
Baixo peso	45	16,3	4	8,9	41	91,1	p=0,35
Eutrofia	141	51,4	23	16,3	118	83,7	
Sobrepeso	87	32,2	16	18,4	71	81,6	
		5					
Presença de Patologias							
Sim	143	50,2	32	22,4	111	77,6	p<0,01
Não	142	49,8	14	9,9	128	90,1	
Percepção de Saúde							
Muito Boa	56	19,6	6	10,7	50	89,3	p<0,01
Boa	109	38,2	8	7,3	101	92,7	
Média	80	28,1	17	21,3	63	78,8	
Ruim	37	13	13	35,1	24	64,9	
Muito Ruim	2	0,7	1	50	1	50	
Segurança Alimentar							
Insegurança	48	16,9	15	31,3	33	68,8	p<0,01
Segurança	236	83,1	31	13,1	205	86,9	

DISCUSSÃO

Neste estudo, identificou-se prevalência de depressão em 16,14% da amostra. Esse resultado foi semelhante quando comparado ao estudo de Faria, Barreto e Passos, 2008, que observaram em idosos conveniados a um plano de saúde de uma empresa siderúrgica situada em Belo Horizonte, um valor correspondente à 15,27%. Hoffmann et al, 2010 e Leite et al, 2006 encontraram em seus trabalhos, maior prevalência de depressão, 20,9% e 26,02% respectivamente, sendo o primeiro desenvolvido com idosos residentes em uma comunidade do norte de Minas Gerais, e o último, avaliou os idosos inseridos em um programa “Universidade aberta para a terceira idade,” em Pernambuco. Porém, ao avaliar separadamente este grupo em cada estabelecimento é possível constatar uma semelhança, como no caso dos RPII e RPIV onde encontrou-se 21,3% e 21,4%, respectivamente. Existem pesquisas que apontam resultados diversos, tais como o estudo de Guerra, Maciel, 2006, que encontraram prevalência de depressão de 25,5% em idosos resistentes em um município do Rio Grande do Norte, enquanto. Já Benedetti, et al, 2008 encontraram 19,5% em Florianópolis. Por ser um distúrbio psiquiátrico com sintomas diversos e que podem ser provenientes de outras condições, a depressão se configura como uma patologia de difícil diagnóstico,

o que justifica a divergência entre os resultados apresentados nos estudos abordados. Além disso, observa-se que as variáveis renda, nível de escolaridade e local estudado interferem diretamente na sintomatologia depressiva.

As análises realizadas acerca das condições sociodemográficas apontaram a presença de depressão majoritariamente no grupo feminino, de modo similar ao encontrado por Faria, Barreto e Passos, 2008. Uma possível explicação para tal constatação seria de que as mulheres alcançam idades mais avançadas acompanhadas por uma maior incidência de doenças crônicas (LEITE et al, 2006). A maioria da amostra pesquisada não ingressou o ensino médio, resultado congruente com a realidade da população brasileira. Todavia este dado não teve correlação significativa com depressão, diferentemente do estudo de Hoffmann et al, 2010.

No que se refere ao estado conjugal, os idosos viúvos apresentaram maiores índices de depressão. Esse achado pode estar correlacionado a má adaptação deste grupo à nova rotina e redução da vida social (PINHO, CUSTÓDIO, MAKDISSE, 2009; ALEXANDRE, CORDEIRO, RAMOS 2009). Vários estudos revelam que indivíduos solteiros, divorciados ou viúvos são mais vulneráveis ao comportamento suicida, secundário ao quadro de depressão (PIRES et al, 2009).

O presente estudo revelou que houve predominância das classes C, D e E entre os idosos entrevistados (90,06%). Essa prevalência de classes sociais mais baixas nos restaurantes populares pode ser justificada pelo próprio perfil do local, que tem por objetivo oferecer refeições a preços acessíveis à maior parcela da comunidade. Ao contrário do que se esperava, com base em vários estudos, não houve diferença significativa na relação depressão e nível socioeconômico ($p=0,16$). RAMOS, 2003 e MAIA et al, 2004, colocaram que, na população estudada houve maior incidência de depressão em idosos de baixa renda pois existe a preocupação desse grupo, quanto ao seu rendimento uma vez que, os baixos salários e aposentadorias diminuem o poder de compra e independência, no momento em que se aumentam os gastos com assistência médica e medicamentos. A baixa condição financeira priva-os de usufruir de atividades de lazer (MACIEL, GUERRA, 2006), enquanto uma situação financeira favorável oferece suporte material para o bem-estar e qualidade de moradia assim como influencia o modo de lidar com as pessoas (VERAS & ALVES, 1995).

A observação dos aspectos nutricionais dessa pesquisa se deu com base na avaliação do hábito alimentar e pela avaliação antropométrica. Houve predominância (69,2%) de idosos com hábitos alimentares aceitáveis, segundo classificação do Ministério da Saúde. Este aspecto não teve correlação estatística com sintomas depressivos. Ademais não foi possível localizar na literatura trabalhos com a mesma abordagem. O que se observa é uma avaliação da frequência de ingestão dos grupos alimentares, como fizeram Lima-Filho et al, 2008.

A análise da antropometria não revelou diferença significativa entre o estado nutricional de idosos com ou sem depressão, como também pode ser observado por DUARTE & REGO, 2007. Contudo, há divergência entre trabalhos com relação a este resultado. Acuña & Cruz, 2004, discutem que esse grupo etário pode estar propenso a alterações nutricionais como consequência de alterações fisiológicas, dependência funcional alterações de

mobilidade e depressão. Outros autores sugerem uma relação entre sintomas depressivos e obesidade (ROSMOND, 1996; ROMBALDI, 2010). Rombaldi et al, 2010, encontraram associação entre depressão e o aumento da massa corporal, assim como indisposição, fadiga e falta de interesse em sair de casa.

Quanto à autopercepção de saúde, existem na literatura relatos de estudos em que a maioria dos idosos consideram sua saúde “boa”, (ARAUJO et al 2008 e BORGES et al, 2008) enquanto outros trabalhos demonstram que a autopercepção negativa de idosos foi prevalente. Reichert, 2008 observou a piora na autopercepção de saúde no grupo de faixa etária mais elevada. Esta relação reforça a noção de que a incidência de patologias aumenta com o avançar da idade, e os indivíduos associam saúde com presença ou ausência de doenças. Alves, Rodrigues, 2005 observaram que idosos que relatavam “uma doença crônica” e “quatro ou mais doenças crônicas” tiveram risco de 1,86 e 11,98 vezes maior respectivamente de relatar de forma negativa sua percepção de saúde do que aqueles que não apresentaram nenhuma patologia. A auto percepção de saúde negativa em idosos foi apontada por Carneiro, Rocha, 2010 e por Alves, Rodrigues, 2005 reforçando a idéia de que as mulheres são mais preocupadas com a saúde, o que pode se associar à depressão.

A condição de permanecer em casa, ter pouca interação com a sociedade devido entre outros fatores à presença de doenças, pode resultar em desmotivação com a vida uma vez que o indivíduo se sente desvalorizado, incapaz e limitado, ocasionando ou intensificando o quadro de depressão (FARIA, BARRETO, PASSOS, 2010).

Nessa pesquisa, encontrou-se associação entre depressão e insatisfação com atividades realizadas no tempo livre. ANDRADE et al, 2005, em estudo com idosos institucionalizados, constatou que essas atividades estão mais relacionadas àquelas que requerem menor mobilidade como assistir televisão, ouvir rádio ou rezar. Além disso, revelou que os idosos que não participam de nenhuma atividade, tem interesse em iniciar alguma. NARDI & ANDRADE, 2005 encontraram depressão em idosos que não praticavam nenhuma atividade de lazer. Esse panorama demonstra a importância de os idosos se ocuparem com atividades que lhes tragam prazer e interesse. De um modo geral, as tarefas são para esse grupo uma forma de ressocialização, permitindo a convivência com outras pessoas além de ocupar o tempo e os proporcionar distração.

Pelo fato do Programa dos Restaurantes Populares ter como um dos objetivos promover a socialização dos usuários por meio de eventos culturais, shows, apresentações, palestras, dentre outras, frequentá-lo constitui um fator protetor contra a patologia em questão. Neste sentido, a integração social entre os idosos e seus vizinhos, amigos e familiares tem forte impacto sobre a depressão. Esse fator tende a suprimir o número de sintomas depressivos assim como a satisfação com as relações familiares (RAMOS, 2007; RESENDE, et al, 2006). Entende-se, ainda, que o apoio social insuficiente seja uma importante razão para insatisfação com a vida na população envelhecida, podendo causar sintomas de depressão (PINHO, CUSTODIO, MAKDISSE, 2009)

Outro aspecto importante é a avaliação de insegurança alimentar, que nos idosos é elevada, contudo não há diferença significativa com a prevalência na população geral (MARÍN-LEÓN et al, 2005). O Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística- IBGE revelou que em 2009, 24,2% da população com 65 anos ou mais estava em estado de insegurança alimentar, sendo 15,2% de indivíduos com insegurança alimentar leve, 5,4% em insegurança alimentar moderada e 3,6% com insegurança alimentar grave. No trabalho em questão optou-se por avaliar a segurança/insegurança alimentar como um todo, não obedecendo à estratificação adotada pelo referido órgão.

CONCLUSÃO

A sintomatologia depressiva nos idosos estudados esteve relacionada com estado conjugal, percepção de saúde, presença de patologias e situação de insegurança alimentar, demonstrando o fato de o indivíduo morar sozinho, perceber a saúde como “ruim”, ter alguma comorbidade e não ter acesso a alimentos do ponto de vista qualitativo e quantitativos interferem de forma negativa sobre a saúde mental.

Nesse contexto, percebe-se que o Programa de Restaurantes Populares constitui uma iniciativa importante por servir de suporte para a promoção de uma refeição saudável, favorece a interação social de idosos, contribuindo para mantê-los em uma situação de envelhecimento ativo e proporciona ações educativas a fim de favorecer a promoção de saúde.

A partir desse prisma, observa-se que a adoção de políticas públicas que priorizem essa população, no intuito de garantir sua reinsserção na sociedade, bem como promover qualidade de vida, valorização do indivíduo, poderia auxiliar na melhoria da saúde física e mental dos idosos.

REFERÊNCIAS

ACUÑA, K.; CRUZ, T. Avaliação do Estado Nutricional de Adultos e Idosos e Situação Nutricional da População Brasileira. Arq Brás Endocrinol Metab, v.48, n.3, p345-361, 2004.

ALEXANDRE, T.S.; CORDEIRO, R.C.; RAMOS, L.R. Fatores associados à qualidade de vida de idosos ativos. Rev. Saude Publica, v.43, n.4, p.613-21, 2009.

ALVES, L.S.; RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica, v.17, n.5/6, p333-41, 2005.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. 2008 [acesso em 2010 Aug]. Disponível em: <http://www.abep.org/codigosguias/CCEB2008-Base2006e2007.pdf>

BABBIE ER. Survey research methods. 10th ed. Belmont: Wadsworth Publishing, 2004. 395p.

BAPTISTA MN, MORAIS PR, RODRIGUES T, SILVA JAC. Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos. Avaliação psicológica, v.5, n.1, p77-85, 2006.

BENEDETTI, T.R.B; BORGES, L.J; PETROSKIL, E.L; GONÇALVES, L.H.T. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. Rev Saúde Pública, v.2, n.42, p302-7, 2008.

BLOG DO RESTAURANTE POPULAR DO BARREIRO. Disponível em <<http://restaurantepopulardobarreiro.blogspot.com/>> acessado em 2 de dezembro, 2011.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – 2006. [acesso em 08 de novembro de 2011]. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/seguranca_alimentar.php>

CABRERA, M.A.S; MESAS, A.E; GARCIA, A.R.L; ANDRADE, S.M. Malnutrition and Depression among Community-dwelling Elderly People. J Am Med Dir Assoc, v.8, p582-584, 2007.

CAMPOS, M.A.G. et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos. Rev Assoc Med Brás, v.52, n.4, p214-21, 2006.

CARNEIRO, L.R.V.; ROCHA, S.V. Condições de saúde de mulheres idosas residentes em uma cidade do nordeste do Brasil. Arq Ciênc Saúde, v.17, n.3, p80-3, abr-jun, 2010.

DAMY, A.J.C. Perfil multidimensional e avaliação da capacidade funcional em idosos de baixa renda [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.

DUARTE, M.B; REGO, M.A.V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p691-700, mar, 2007.

ESCAMILLA, R.P. et al. Acompanhamento e avaliação da Segurança Alimentar de famílias brasileiras: Validação de Metodologia e de instrumento de coleta de informação. UNICAMP. Campinas, p33, 2004.

GONÇALVES, M.P; CAMPOS, S.T; SARTI, F.M. Políticas públicas de segurança alimentar no Brasil: Uma análise do Programa de Restaurantes Populares. Rev Gestão & Pol Públicas, v. 1, n.1, p92-111, 2011.

GRAEFF, L. Representações Sociais da aposentadoria. Textos Envelhecimento Rio de Janeiro, v.4, n.7, 2002.

HOFFMANN, E.J. et al. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. J Bras Psiquiatr, v.59, n.3, p190-197, 2010.

LIMA-FILHO, D.O; SPROESSER, R. L; LIMA, M.F.E; LUCHESE, T. Comportamento alimentar do consumidor idoso. Rev. Negócios, v.13, n.4, p27-39, 2008.

LEITE V.M.M, CARVALHO E.M.F, BARRETO K.M.L, FALCÃO I.V. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.,v.6, n.1, p31-38, 2006.

MAIA, L.C; DURANTE, A.M.G; RAMOS LR. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. Rev Saúde Publica, v.38, n.5, p650-6, 2004.

MACIEL, A.C.C; GUERRA, R.O. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. J Bras Psiquiatr v.55, n.1, p26-33, 2006.

Marín-León, L;SEGAL-CORRÊA, A.M; PANIGASSI; G; MARANHA, L.K; SAMPAIO, M.F.A; PÉREZ-ESCAMILLA, R. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 21, n.1, p1433-1440, 2005.

MENDES et al. A situação social do idoso no Brasil: Uma breve consideração. Acta Paul Enferm, v.18, n.4, p422-6, 2005.

MENEZES, T.N; SOUZA, J.M.P; MARUCCI, M.F.N. Avaliação do estado nutricional de idosos residentes em Fortaleza/CE: O uso de diferentes indicadores antropométricos. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano, v.10, n.4, p315-22, 2008.

NARDI, E.F.; ANDRADE, O.G. Estados depressivos entre idosos na comunidade, Jandaia do Sul, PR, Brasil. Arq Ciênc Saúde UNIPAR, v.9, n.2, p109-16, 2005.

Organização Mundial de Saúde (OMS). El Estado Físico: Uso e interpretación de la antropometria. OMS Serie de Informes Técnicos 854. Genebra: OMS; 1995.

PARAHYBA, M.I; SIMÕES, C.C.S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n.4, p967-974, 2006.

PEREIRA, R.J. et al. Contribution of the physical, social, psychological and environmental domains to overall quality of life of the elderly. Revista Psiquiatr, v. 28, n.1, 2006.

PINHO, M.X; CUSTÓDIO, O; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. Rev. Brás. Geriatr. Gerontol, v.12, n.1, p123-140, 2009.

PIRES, M.C.C. et al. Fatores de risco para a tentativa de suicídio em idosos. Rev Neurobiologia, v.72, n.4, out./dez., 2009.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cardeno de Saúde Publica, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p793-798, 2003.

RAMOS, M. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. Revista do Departamento de Psicologia - UFF, v. 19 - n. 2, p. 397-410, Jul./Dez. 2007.

RESENDE, et al. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. Psicol. Am. Lat, México, n.5, fev. 2006

ROMBALDI, A.J. et al. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. Rev Bras Epidemiol, v.13, n.4, p620-9, 2010.

ROSMOND, R; et al. Mental distress, obesity and body fat distribution in middle-aged men. Obes Res, v.4, p245-52, 1996.

SANTOS, S.S.C. Programa de preparação para aposentadoria na política nacional do idoso e participação da enfermeira. Rev enferm UFPE, v.1, n.1, p88-94, 2007.

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Norma Técnica. Brasília: SISVAN; 2008.

SMOLIER, C. et al. Malnutrition and depression in the institutionalised elderly. Br J Nutr, v.102, p1663-7, 2009.

SOUZA, P.A.; BACCARIN, J.G.; MOREIRA, C.; CASSANTI, F. Manual Programa Restaurante Popular. Brasília, setembro de 2004.

VERAS, R.P; ALVES, M.I.C. A população idosa no Brasil: Considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: Minayo, M.C. Os muito brasis: saúde e população na década de 80. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

VERAS, R.P.; CALDAS, C.P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, vol.9 no.2 , 2004.