

Associação do estado nutricional com sintomas depressivos e ansiosos em idosos institucionalizados

Association of the nutritional state with depressive and anxious symptoms in institutionalized elderly

DOI:10.34119/bjhrv3n6-265

Recebimento dos originais: 16/11/2020

Aceitação para publicação: 16/12/2020

Adriana da Silva Lockmann

Mestre em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Banco de Alimentos do Rio Grande do Sul

Endereço: Avenida Francisco Silveira Bitencourt 1928, Porto Alegre, RS

Email: adriana.lockmann@bancodealimentosrs.org.br

Mirna Wetters Portuguez

Doutora em Neurociência pela Universidade Federal de São Paulo
Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Endereço: Avenida Ipiranga 6681, Porto Alegre, RS

Email: mirna@puhrs.br

Denise Zaffari

Doutora em Ciências da Saúde – Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul
– Fundação Universitária de Cardiologia

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Endereço: Avenida Unisinos 950, 593022750, São Leopoldo, RS

Email: zaffari@unisinos.br

Ursula Padilha Dausacker

Bacharel em Nutrição pelo Instituto Metodista IPA

Sodexo Serviços de Qualidade de Vida

Endereço: Rua G 290, CEP 94814750, Alvorada, RS.

Email: ursula.dausacker@gmail.com

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e vem crescendo em um ritmo muito acelerado. O aumento da expectativa de vida sugere ligações entre a idade cronológica e o aumento do risco de doenças neurodegenerativas e neuropsiquiátricas, incluindo a depressão e a ansiedade. A desnutrição é um problema de saúde comum nos idosos institucionalizados e causa uma diminuição da qualidade de vida, podendo levar à fragilidade e à incapacidade física e, conseqüentemente, a um maior risco de mortalidade. O objetivo do estudo foi verificar a associação do estado nutricional com sintomas depressivos e ansiosos em idosos institucionalizados. Este estudo transversal foi realizado com 80 idosos institucionalizados, com funcionamento cognitivo preservado de três Instituições de Longa Permanência para Idosos, filantrópicas atendidas pelo Banco de Alimentos do Rio Grande do Sul. O estado nutricional foi mensurado através de medidas antropométricas e da Miniavaliação Nutricional. Os sintomas

depressivos e ansiosos foram avaliados pelos Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck, respectivamente. Os idosos apresentaram idade média de $79,56 \pm 8,13$, 75,0% do sexo feminino, 85,0% da raça branca, 83,8% com baixa/média escolaridade, 80,0% não fumante, 66,3% sem risco de desnutrição de acordo com a classificação da Miniavaliação Nutricional, 56,3% com classificação do Inventário de Depressão de Beck ≥ 10 e 52,5% com classificação do Inventário de Ansiedade de Beck ≥ 8 . Houve diferença estatisticamente significativa na pontuação da Miniavaliação Nutricional, quando associada a sintomas depressivos e a sintomas ansiosos. Este estudo concluiu que o grupo sem sintomas depressivos e ansiosos não apresentou risco de desnutrição, enquanto o grupo com sintomas de depressão e ansiedade leve/moderada/severa apresentou escore compatível com risco de desnutrição.

Palavras-chave: Envelhecimento, Estado Nutricional, Depressão e Ansiedade.

ABSTRACT

Population aging is a worldwide phenomenon and has been growing intensively. The increase in life expectancy indicates links between chronological age and increased risk of neurodegenerative and neuropsychiatric diseases, including depression and anxiety. Malnutrition is a common health problem in institutionalized elderly and causes a decrease in quality of life, which can lead to fragility and physical disability and, consequently, a higher risk of mortality. This study aims to verify the association of the nutritional state with depressive and anxious symptoms in institutionalized elderly. This cross-sectional study was conducted with 80 institutionalized elderly who had preserved cognitive functioning of three Institutions of Long Stay for the Elderly, philanthropic attended by the Food Bank of Rio Grande do Sul. The nutritional status was measured through anthropometric measures and through Nutritional Mini-evaluation. The depressive and anxious symptoms were evaluated by Beck's Depression and Anxiety Inventories, respectively. The elderly had an average age of 79.56 ± 8.13 , 75.0% female, 85.0% white, 83.8% low/medium schooling, 80.0% non-smoker, 66.3% no risk of malnutrition, according to the Nutritional Mini-evaluation classification, 56.3% with the Beck Depression Inventory classification ≥ 10 and 52.5% with the Beck Anxiety Inventory classification ≥ 8 . There was a statistically significant difference in the score of the Nutritional Mini-evaluation when associated with depressive symptoms and anxious symptoms. It was concluded that the group without depression and anxious symptoms did not present risk of malnutrition, while the group with symptoms of mild/moderate/severe depression and anxiety had a score compatible with the risk of malnutrition.

Keywords: Aging, Nutritional Status, Depression and Anxiety.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo irreversível, com alterações morfofuncionais continuadas de desestruturação orgânica que abrange, entre alguns fatores, a alimentação, o estilo de vida e o contexto social ao qual o indivíduo pertence^{1,2}. O aumento da expectativa de vida sugere ligações entre a idade cronológica e o aumento do risco de doenças neurodegenerativas e neuropsiquiátricas, incluindo a depressão³.

A depressão, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) representa um importante e crescente problema para a saúde pública, sendo considerada a principal causa de incapacidade mental em termos mundiais⁴, com cerca de 350 milhões de pessoas afetadas^{5,6}.

A institucionalização é uma das situações estressantes e desencadeadoras de depressão. O isolamento social leva o idoso à perda de identidade, de liberdade e de autoestima, ao estado de solidão e, muitas vezes, de recusa da própria vida, o que justifica a alta prevalência de doenças mentais nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)⁷.

A prevalência de sintomas ansiosos em idosos tem sido relatada, de acordo com estudos publicados na literatura, em 10% a 33%^{8,9,10}. Um estudo sobre saúde mental e bem-estar realizado por Hobbs et al. (2014) na Austrália investigou 1.738 indivíduos entre 16 e 60 anos ou mais e constatou maior prevalência de ansiedade nos idosos¹¹.

Nos idosos, a ansiedade pode estar relacionada às limitações vivenciadas na velhice, na maioria das vezes, interpretadas como ameaçadoras, pois ocorrem muitas mudanças significativas na vida, tais como aposentadoria, problemas de saúde física, perda de cônjuge, familiares e amigos e reduzidos recursos econômicos^{12,13}.

As doenças crônicas não transmissíveis as quais os idosos são acometidos impõem, muitas vezes, adaptações na vida e na rotina, o que pode levar, também, a dificuldades de adesão aos tratamentos o que, para muitos, pode representar uma perda de qualidade de vida, desesperança, falta de motivação e, conseqüentemente, risco de adoecimento mental e outros problemas de saúde¹⁴. Outro aspecto importante a ser considerado no idoso é o estado nutricional, que é influenciado por vários fatores, incluindo aspectos físicos e psicossociais¹⁵. A desnutrição é um problema de saúde comum nos idosos institucionalizados e causa uma diminuição da qualidade de vida, podendo levar à fragilidade e incapacidade física e, conseqüentemente, a um maior risco de mortalidade^{15,16}. A avaliação nutricional de idosos deve estar sempre presente nos atendimentos realizados com este grupo uma vez que, a partir dela é possível verificar fatores de risco para quedas, doenças crônicas, presença de sarcopenia e necessidades específicas de nutrientes¹⁷.

A saúde mental prejudicada por sintomas depressivos e ansiosos tem sido associada ao risco de desnutrição em idosos¹⁸. O risco de depleção nutricional e a desnutrição são prevalentes entre idosos institucionalizados com sintomas de depressão^{19,20}. Por outro lado, a obesidade é um estado nutricional inadequado e pode, também, estar associada à depressão^{21,22,23} e à ansiedade²⁴.

Os sintomas depressivos também são apontados como fatores de risco para o estado alimentar inadequado²⁵, que por sua vez é consequência do desequilíbrio entre o consumo de nutrientes e o grau em que as necessidades nutricionais estão sendo satisfeitas²⁶. Dessa forma, a nutrição desempenha um importante papel na saúde mental e, conseqüentemente, nos transtornos psiquiátricos.

Com base neste contexto, este estudo teve o objetivo de avaliar a associação entre o estado nutricional e os sintomas depressivos e ansiosos em idosos institucionalizados.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido com idosos institucionalizados com funcionamento cognitivo preservado, avaliado pelo Miniexame do Estado Mental (MEEM), de três ILPI filantrópicas atendidas pelo Banco de Alimentos do Rio Grande do Sul.

A amostra do estudo, composta por 80 idosos, foi calculada através do programa G-Power, versão 3.1.7. Para a realização da análise de associação foi utilizado o teste Qui-Quadrado, pelo cálculo do grau de liberdade (DF=6) entre o número de categorias da classificação do Inventário de Depressão de Beck (BDI), do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e do número de categorias da classificação da Miniavaliação Nutricional (MNA®), assumindo a convenção do software. O poder estatístico utilizado foi de 80% e $\alpha = 0,05$.

Os critérios de inclusão foram idade igual ou superior a 60 anos e funcionamento cognitivo preservado. Os idosos acamados, com grau de dependência III (com dependência e necessidade de assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo) e aqueles que apresentaram escore no MEEM menor de 13 para analfabetos, menor de 18 para baixa e média escolaridade e menor de 26 para alta escolaridade foram excluídos.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul segundo parecer n. 903.340. Os idosos que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2014 até junho de 2015 e contemplou as seguintes etapas: 1ª Etapa: aplicação de questionário para a coleta das variáveis sociodemográficas (sexo, raça, idade, escolaridade, recursos econômicos) e aplicação do MEEM; 2ª Etapa: aplicação da MNA® e mensuração do peso, da estatura, da circunferência braquial (CB) e da circunferência da panturrilha (CP) e aplicação do Inquérito Recordatório Alimentar de 24 horas (IR24h); 3ª Etapa: aplicação do IR24h e do BDI e 4ª Etapa: aplicação do IR24h e do BAI.

O MEEM foi utilizado como instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo. No Brasil, a primeira versão foi publicada por Bertolucci et al. (1994)²⁷ em que foram constatados escores menores em indivíduos com níveis educacionais mais baixos. Assim, para realizar a análise da cognição, foram usados escores de 13 para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade²⁸.

Para a avaliação do estado nutricional, o peso foi mensurado em balança eletrônica portátil da marca Plena, com capacidade de 150 kg; a estatura foi obtida com a utilização do Estadiômetro Personal Caprice Portátil Sanny; a CB e a CP foram mensuradas através de uma fita métrica inelástica e flexível. Todas as medidas seguiram o protocolo do International Standards for Anthropometric International Society for the Advancement of Kinanthropometry (ISAK)²⁹. A MNA[®] foi utilizada na forma completa, incluindo o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Os escores utilizados foram: estado nutricional adequado: MNA[®] ≥ 24 ; risco de desnutrição: MNA[®] entre 17 e 23,5 e desnutrição: MNA[®] < 17 ³⁰. A classificação utilizada pela MNA[®] para o IMC foi a de Lipschitz (1994)³¹.

Os sintomas depressivos e ansiosos foram avaliados pelo BDI e BAI, respectivamente^{32,33}, sendo os instrumentos entregues aos idosos para o preenchimento. Nos casos em que os idosos não tinham condições de preencher os formulários, as respostas foram registradas pelos pesquisadores.

A aplicação do questionário para a coleta das variáveis sociodemográficas, da MNA[®] e a mensuração dos parâmetros antropométricos foram realizados pelos pesquisadores auxiliados por acadêmicos de Nutrição devidamente capacitados.

3 RESULTADOS

Foram convidados a participar da pesquisa 240 idosos, sendo 80 elegíveis para o estudo (39 foram excluídos por apresentarem déficit cognitivo no MEEM, 45 não quiseram participar do estudo, 27 apresentavam demência e 49 estavam convalescentes em enfermaria ou sem condições de responder as questões do MEEM).

Ao realizarmos a análise estatística, foi observado que, em relação aos resultados do BDI, a amostra ficou muito diluída entre as classificações de intensidade dos sintomas leve, moderada e severa. Assim, os escores foram subdivididos em dois pontos de corte, o primeiro (0-9 - mínimo) considerado sem sintomas e o segundo (≥ 10 - leve, moderado e severo) englobando os demais, considerados de intensidade que caracterizam a presença de sintomas depressivos³⁴. Em relação aos resultados do BIA, foi utilizado o mesmo procedimento e os escores foram subdivididos em

dois pontos de corte para dividir os indivíduos com e sem sintomas ansiosos: ≤ 7 (classificação mínima) e com sintomas ansiosos: ≥ 8 (classificação leve, moderada e grave).

A média de idade dos idosos foi $79,56 \pm 8,13$ anos sendo 75,0% do sexo feminino, 85,0% da raça branca, 83,8% com baixa/média escolaridade, 80,0% não fumante. Em relação ao estado nutricional, a média do IMC foi $27,35 \text{ Kg/m}^2 \pm 4,81$, a média de pontuação da MNA® foi $24,47 \pm 3,10$ e 66,3% dos idosos foi classificado sem risco de desnutrição pela MNA®. A avaliação pelo IMC apontou 55% de idosos com obesidade. As classificações do BDI e BAI sinalizaram que 56,3% dos indivíduos apresentaram pontuações ≥ 10 e 52,5% ≥ 8 , respectivamente.

As tabelas 1 e 2 apresentam a caracterização sócio demográfica da amostra, as classificações e pontuações da MNA®, dos dados antropométricos, do BDI, BAI e a intensidade dos sintomas de depressão e de ansiedade.

Tabela 1: Caracterização sócio demográfica da amostra e classificações da Miniavaliação Nutricional, Índice de Massa Corporal, Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Ansiedade de Beck e intensidade dos sintomas de depressão e de ansiedade.

Variáveis	Total da amostra (n=80)	
	n	%
Sexo		
Feminino	60	75,0
Masculino	20	25,0
Raça		
Branca	68	85,0
Não branca	12	15,0
Escolaridade		
Analfabeto	7	8,8
Baixa/média escolaridade	67	83,8
Alta escolaridade	4	5,0
Não lembra	2	2,6
Fumante		
Não	64	80,0
Sim	16	20,0
MNA® classificação		
Desnutrição	3	3,8
Risco de desnutrição	24	30,0
Sem risco de desnutrição	53	66,3
IMC classificação		
Desnutrição	11	13,8
Eutrofia	25	31,3
Sobrepeso	44	55,0
BDI classificação		
Mínima (0-9)	35	43,8
Leve, moderada e severa (≥ 10)	45	56,3

BDI – Intensidade dos sintomas

Mínima	35	43,8
Leve	24	30,0
Moderada	20	25,0
Grave	1	1,3

BAI classificação

Mínima (≤ 7)	38	47,5
Leve, moderada e severa (≥ 8)	42	52,5

BAI – Intensidade dos sintomas

Mínima	38	47,5
Leve	33	41,3
Moderada	7	8,8
Grave	2	2,5

MNA® – Miniavaliação Nutricional; IMC – Índice de Massa Corporal; BDI – Inventário de Depressão de Beck; BAI – Inventário de Ansiedade de Beck.

Tabela 2: Caracterização da idade, medidas antropométricas, Índice de Massa Corporal e as pontuações da Miniavaliação Nutricional, Inventário de Depressão de Beck e Inventário de Ansiedade de Beck.

Variáveis	Total da amostra (n=80)		
	Média	Desvio padrão	Mediana
Idade	79,56 ± 8,13		79,00
MNA pontuação	24,47 ± 3,10		25,00
Altura	1,55 ± 0,08		1,54
Peso	65,23 ± 13,21		65,05
IMC	27,35 ± 4,81		27,77
CB	29,41 ± 5,00		29,00
CP	34,41 ± 3,71		34,50
BDI pontuação	11,78 ± 6,85		10,00
BAI pontuação	8,65 ± 6,72		8,00

MNA – Miniavaliação Nutricional; IMC – Índice de Massa Corporal; CB – Circunferência do Braço; CP – Circunferência da Panturrilha; BDI – Inventário de Depressão de Beck; BAI – Inventário de Ansiedade de Beck

Em relação ao estado nutricional e sintomas depressivos, os idosos com a menor classificação do BDI apresentaram escore médio da MNA® de 25,40±2,39, significativamente mais elevado ($p=0,118$), quando comparados aqueles com a classificação do BDI leve/moderada/severa (23,74±3,41). Dessa forma, o grupo com BDI mínima (sem sintomas depressivos), não apresentou risco de desnutrição, enquanto o grupo com BDI leve/moderada/severa apresentou escore compatível com risco de desnutrição.

Avaliando o estado nutricional em relação aos sintomas ansiosos, os idosos com a menor classificação de BAI apresentaram escore médio da MNA® de 25,50±2,45, significativamente mais elevado ($p=0,004$) quando comparados aqueles com a classificação do BAI leve/moderada/severa (23,54±3,35). Assim, o grupo com BAI mínima (sem sintomas ansiosos), não apresentou risco de desnutrição, enquanto o grupo com BAI leve/moderada/severa apresentou escore sinalizando risco de desnutrição.

Os demais indicadores antropométricos não mostraram associação em relação às categorias de classificação do BDI.

As tabelas 3, 4, 5 e 6 caracterizam as avaliações do peso, altura, IMC, pontuação e classificação do MNA® com o BDI e com o BAI.

Tabela 3: Avaliação do peso, altura, Índice de Massa Corporal e pontuação da Miniavaliação Nutricional com a classificação do Inventário de Depressão de Beck.

Variáveis	BDI (sintomas depressivos)								p
	Mínima (0-9)				Leve, moderada e severa (≥10)				
	n	Média	Desvio padrão	Mediana	n	Média	Desvio padrão	Mediana	
MNA[®] pontuação	35	25,40	2,39	25,00	45	23,74	3,41	24,50	0,017£
Altura	35	1,56	0,09	1,57	45	1,54	0,08	1,53	0,199¥
Peso	35	66,72	13,67	66,90	45	64,07	12,87	65,00	0,378¥
IMC	35	27,17	4,31	27,39	45	27,49	5,22	27,77	0,776£

£: Teste t-Student para grupos independentes assumindo heterogeneidade de variâncias; ¥: Teste t-Student para grupos independentes assumindo homogeneidade de variâncias; BDI – Inventário de Depressão de Beck; MNA[®] – Miniavaliação Nutricional; IMC – Índice de Massa Corporal

Tabela 4: Avaliação das classificações da Miniavaliação Nutricional e do Índice de Massa Corporal com a classificação do Inventário de Depressão de Beck.

Variáveis	BDI (sintomas depressivos)				p
	Mínima (0-9)		Leve, moderada e severa (≥10)		
	n	%	n	%	
MNA[®] classificação					0,118€
Desnutrição	0	0	3	6,7	
Risco de desnutrição	8	22,9	16	35,6	
Sem risco de desnutrição	27	77,1	26	57,8	
IMC classificação					1,000§
Desnutrição	5	14,3	6	13,3	
Eutrofia	11	31,4	14	31,1	
Obesidade	19	54,3	25	55,6	

§: Teste Qui-quadrado de Pearson; €: Teste Exato de Fisher; BDI – Inventário de Depressão de Beck; MNA – Miniavaliação Nutricional; IMC – Índice de Massa Corporal

Tabela 5: Avaliação do peso, altura, Índice de Massa Corporal e pontuação da Miniavaliação Nutricional com a classificação do Inventário de Ansiedade de Beck.

Variáveis	BAI (sintomas ansiosos)								p
	Mínima (≤7)				Leve, moderada e severa (≥8)				
	n	Média	Desvio padrão	Mediana	n	Média	Desvio padrão	Mediana	
MNA[®] pontuação	38	25,50	2,45	26,00	42	23,54	3,35	24,25	0,004£
Altura	38	1,55	0,08	1,54	42	1,55	0,08	1,54	0,923¥
Peso	38	66,62	12,67	65,75	42	63,97	13,71	64,50	0,372¥
IMC	38	27,69	4,85	27,59	42	27,04	4,82	27,77	0,553¥

£: Teste t-Student para grupos independentes assumindo heterogeneidade de variâncias; ¥: Teste t-Student para grupos independentes assumindo homogeneidade de variâncias; BAI – Inventário de Ansiedade de Beck; MNA[®] – Miniavaliação Nutricional; IMC – Índice de Massa Corporal

Tabela 6: Avaliação das classificações da Miniavaliação Nutricional e do Índice de Massa Corporal com a classificação do Inventário de Ansiedade de Beck.

Variáveis	BAI (sintomas ansiosos)				p
	Mínima (≤ 7)		Leve, moderada e severa (≥ 8)		
	n	%	n	%	
MNA classificação					0,082€
Desnutrição	0	0	3	7,1	
Risco de desnutrição	9	23,7	15	35,7	
Sem risco de desnutrição	29	76,3	24	57,1	
IMC classificação					0,282§
Desnutrição	3	7,9	8	19,0	
Eutrofia	14	36,8	11	26,2	
Sobrepeso	21	55,3	23	54,8	

§: Teste Qui-quadrado de Pearson; €: Teste Exato de Fisher; BAI – Inventário de Ansiedade de Beck; MNA® – Miniavaliação Nutricional; IMC – Índice de Massa Corporal

4 DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou associação entre o estado nutricional e sintomas depressivos e ansiosos em idosos institucionalizados. O grupo de idosos sem sintomas depressivos não apresentou risco de desnutrição, enquanto o grupo com sintomas de depressão leve/moderada/severa teve escore do MNA® compatível com risco de desnutrição. Em relação aos sintomas ansiosos, os idosos sem sintomas ansiosos também não mostraram risco de desnutrição, enquanto o grupo com sintomas ansiosos leve/moderado/severo apresentou escore do MNA® sinalizando risco de desnutrição.

O presente estudo encontrou 45 idosos (56,3%) com escores compatíveis com a presença de sintomas depressivos, sendo 84,4% mulheres. Soares et al. obtiveram resultado semelhante utilizando o BDI em 57 idosos residentes de uma ILPI de São Paulo, onde verificaram que 26,3% apresentavam classificação mínima e 47,4 % classificação leve, moderada e severa. Entretanto, o resultado referente ao sexo diferiu, sendo que os homens (78,5%) foram mais acometidos pelos sintomas de depressão³⁵. Deklāva et al. investigaram a prevalência de desnutrição em 102 idosos institucionalizados e avaliaram a associação com ansiedade e depressão. A maioria dos indivíduos também eram mulheres (64,7%), com idades entre 65 e 91 anos, 27,44% tinham risco de desnutrição e 45,10% apresentavam sinais de ansiedade. Sintomas de depressão foram detectados em 60,78% dos participantes. Os resultados também apontaram uma associação estatisticamente significativa entre desnutrição e depressão³⁶. Silva et al. verificaram 49,0% de depressão entre idosos institucionalizados e associações entre sintomas de depressão e idade mais avançada, sexo feminino, limitação/dependência e insatisfação com a instituição¹. Contudo, os dados sugerem serem as mulheres mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas depressivos durante a velhice, explicado pelo fato de elas viverem, em média, mais do que os homens e,

consequentemente, serem mais acometidas por doenças crônicas não transmissíveis^{1,37}. Um estudo mexicano avaliou a associação entre estado nutricional, sintomas depressivos e o número de medicamentos prescritos em 262 idosos institucionalizados. A idade média dos participantes foi 83,1 ±8,6 anos, 59,9% e 21,1% estavam em risco de desnutrição e desnutrição, respectivamente. Com relação à depressão, 27,9% dos participantes tinham depressão leve, enquanto 11,4% apresentavam depressão grave. Foi encontrada uma correlação inversa entre a avaliação nutricional pelo MNA® e os escores de depressão, ou seja, os idosos com sintomas depressivos tinham aproximadamente cinco vezes mais probabilidade de estar em risco de desnutrição ou desnutridos, quando comparados com aqueles sem depressão³⁸.

O trabalho conduzido por Jung et al. examinou as relações complexas entre a capacidade de autocuidado, sintomas depressivos, insegurança alimentar e estado nutricional entre 372 idosos não institucionalizados, com 60 anos ou mais, de baixa renda e moradores no estado do Alabama. Os autores também concluíram que os indivíduos que apresentavam sintomas depressivos tinham maior risco de desnutrição³⁹.

A associação positiva de depressão com risco nutricional, em idosos que apresentaram sintomas depressivos e ansiosos, foi encontrada também, em vários outros estudos^{19,20,40,41,42}, ratificando os nossos resultados. Por outro lado, a obesidade é um estado nutricional inadequado e pode estar, também, associada à depressão^{22,23,24} e à ansiedade²⁵

De Luna et al., em uma revisão integrativa da literatura, verificou que os fatores de risco mais comuns para uma má qualidade de vida de idosos institucionalizados foram as doenças crônicas degenerativas, a incontinência urinária, a depressão, a nutrição desequilibrada, a solidão, a fragilidade, o isolamento, o abandono e a incapacidade⁴³. Por outro lado, outro estudo realizado em Lajeado, RS, que teve o objetivo de avaliar o estado nutricional e a qualidade de vida de 79 adultos e idosos com e sem depressão, sinalizou que os participantes depressivos eram, em sua maioria, obesos e com risco cardiovascular⁴⁴.

Wolitzky-Taylor et al, em um estudo de revisão, estudaram o transtorno de ansiedade e observaram que esta situação é mais prevalente entre idosos do que em adultos jovens. Além disso, é uma situação de diagnóstico complexo, com alta morbimortalidade, que muitas vezes ocorre concomitantemente com a depressão e com outras doenças clínicas em idosos. A ansiedade ainda pode ser confundida com disfunção cognitiva, que pode ser apresentada por medo e hipervigilância¹⁴.

Embora o estado nutricional de idosos ansiosos tenha sido pouco pesquisado, Mitchel et al. e Grundy et al.^{45,25} encontraram associação de ganho de peso/obesidade com sintomas

ansiosos nessa população. A prevalência do risco de depressão encontrado em 290 pessoas com idade ≥ 75 anos por Rubiano⁴⁶ foi de 37,2%. O mesmo estudo encontrou associação significativa entre risco de depressão com hipertensão arterial, câncer, risco de déficit nutricional, ansiedade e falta de atividades de lazer. O nosso estudo também foi encontrado associação entre risco nutricional em idosos com sintomas de ansiedade.

Em relação à limitação do estudo sinalizamos o desenho transversal, uma vez que as medidas de exposição e de doença são feitas ao mesmo tempo, diminuindo a sua capacidade de estabelecer uma associação causal uma vez que uma relação de associação não sugere, necessariamente, uma relação de causalidade.

5 CONCLUSÃO

Este estudo concluiu que o grupo de idosos sem sintomas depressivos e ansiosos não apresentou risco de desnutrição, enquanto o grupo com sintomas de depressão e ansiedade leve/moderada/severa apresentou escore compatível com risco de desnutrição.

REFERÊNCIAS

1. Silva ER, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 2011; 19(2):268-73.
2. Santos DCA, Bianchi LRO. Envelhecimento morfofuncional: diferença entre os gêneros. *Arquivos do MUDI*, 2014;18(2): 33-46.
3. Sibille E. Molecular aging of the brain, neuroplasticity, and vulnerability to depression and other brain-related disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2013; 15(1):53-65.
4. World Health Organization - WHO. The world health report 2001 mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1.
5. Marina MM, Yasamy T, Ommeren MV, Chisholm D, Saxena S. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern, 2012. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf.
6. World Health Organization - WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern, 2012. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf.
7. De Freitas MAV, Scheicher ME. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2010; 13(3):395-40.
8. Xavier MFF et al. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com 80 anos ou mais. *Revista de Saúde Pública*, 2001; 35(3):294-302.
9. Richardson TM, Simning A, He H, Conwell Y. Anxiety and its Correlates Among Older Adults Accessing Aging Services. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2011; 26(1):31-8.
10. Estrada A, Cardona D, Segura AM, Chavarriaga LM, Ordóñez J, Osorio JJ. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 2011; 31(4):492-502.
11. Hobbs MJ, TM Slade, Andrews G. Relationship between measurement invariance and age-related differences in the prevalence of generalized anxiety disorder. *J Affect Disord*, 2014:306-312.
12. Oliveira KL, Dos Santos AAA, Cruvinel M, Néri AL. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 2006; 11(2):351-9.
13. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety Disorders in Older Adults: A Comprehensive Review. *Depression and Anxiety*, 2010; 27(2):190-21.

14. Dos Santos SC, De Souza MAS, Pereira JS, Alexandre ACS, Rodrigues KF. A percepção dos idosos sobre a sexualidade e o envelhecimento. *Braz. J. Hea. Rev*, 2020; 3(2):3486-503.
15. Kaburagi T. et al. Nutritional status is strongly correlated with grip strength and depression in community-living elderly Japanese. *Public Health Nutrition*, 2010; 14(11):1893-99.
16. Veronese N. et al. Body Mass Index as a Predictor of All-Cause Mortality in Nursing Home Residents During a 5-Year Follow-up. *JAMDA*, 2013; 14(1):53-7.
17. Ferreira LF, Silva CM, De Paiva AC. Importância da avaliação do estado nutricional de idosos. *Braz. J. Hea. Ver*, 2020; 3(5):14712-20.
18. Kvamme J-M, Grønli O, Florholmen J, Jacobsen BJ. Risk of malnutrition is associated with mental health symptoms in community living elderly men and women: The Tromsø Study. *BMC Psychiatry*, 2011; 11:1-8.
19. Rambousková J, Slavíková M, Krsková A, Procházka B, Anděl M, Dlouhý P. Nutritional Status Assessment of Institutionalized Elderly in Prague, Czech Republic. *Ann Nutr Metab*, 2013; 62:201-6.
20. Mokhber N. et al. Association between Malnutrition and Depression in Elderly People in Razavi Khorasan: A Population Based-Study in Iran, *Iranian J Publ Health*. 2011; 40(2):67-74.
21. Wong SYS, Leung JC, Leung PC, Woo J. Depressive Symptoms and Change in Abdominal Obesity in the Elderly: positive or negative association? *Am J Geriatr Psychiatry*, 2011; 19(8):730-42.
22. Wit LM, Van Straten A, Van Herten M, Penninx BWJH Cuijpers P. Depression and body mass index, a u-shaped association. *BMC Public Health*, 2009; 9(14):1-6.
23. Vogelzangs N. et al. Depressive Symptoms and Change in Abdominal Obesity Among Older Persons. *Arch Gen Psychiatry*, 2008; 65(12):1386-93.
24. Grundy A, Cotterchio M, Kirsh VA, Kreiger N. Associations between Anxiety, Depression, Antidepressant Medication, Obesity and Weight Gain among Canadian Women. *PloS One*, 2014; 9(6):1-9.
25. Li I-C, Kuo H-T, Lin Y-C. The Mediating Effects of Depressive Symptoms on Nutritional Status of Older Adults in Long-Term Care Facilities. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2013; 17(7):633-36.
26. Torres MJ, Dorigny B, Kuhn M, Berr C, Barberger-Gateau P, Letenneur L. Nutritional Status in Community-Dwelling Elderly in France in Urban and Rural Areas. *PloS One*, 2014; 9(8):1-8.
27. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*, 1994; 52:1-7.
28. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res*, 1975; 12:189-98.

29. Normas Internacionales para la Valoración Antropométrica. International Society for the Advancement of Kinanthropometry (ISAK), 2001:1-77.
30. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA®) review of the Literature - What does it tell us? *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2006; 10(6):466-87.
31. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care*, 1994; 21(1):55-67.
32. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese Version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 1996; 29:453-57.
33. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988; 56(6):893-97.
34. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation *Clinical Psychology Review*, 1988; 8(1):77-100.
35. Soares E, Coelho MO, Carvalho SMR. Capacidade funcional, declínio cognitivo, e depressão em idosos institucionalizados: possibilidades de relações e correlações, *Rev. Kairós Gerontologia*, 2012; 15(3):117-39.
36. Deklāva L, Vilka L, Millere I, Fokina O. Malnutrition in Older Adults and Its Correlates with Anxiety and Depression. *Proceedings of the International Scientific Conference*, 2020; VI: 109-205.
37. Leite VMM, De Carvalho EMF, Barreto KML, Falcão IV. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 2006; 6(1):31-38.
38. Cruz, MC et al. Prevalence of Malnutrition and Depression in Older Adults Living in Nursing Homes in Mexico City. 2020; 12(2429):1-12.
39. Jung SE, Kim S, Bishop A, Hermann J. Poor Nutritional Status among Low-Income Older Adults: Examining the Interconnection between Self-Care Capacity, Food Insecurity, and Depression. *J Acad Nutr Diet*, 2019; 119(10):1687-94.
40. Cruz EP, Sánchez DCL, Esteves MRM. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. *Nutrición Hospitalaria*, 2014; 29(4):901-6.
41. Gunduz E. et. al. Malnutrition in Community-Dwelling Elderly in Turkey: A Multicenter, Cross-Sectional Study. *Rev. Medical Science Monitor*, 2015; 21:2750-56.
42. Keshavarzi S, Seyed MA, Kamran BL. The Impact of Depression and Malnutrition on Health-Related Quality of Life Among the Elderly Iranians. *Global Journal of Health Science*, 2014; 7(3):161-70.
43. De Luna CA. Perception of institutionalized elderly about quality of life: an integrative review. *Am. In. Mult. J*, 2020; 9(5):152-69.

44. Godoy AR, Adami FS. Estado nutricional e qualidade de vida em adultos e idosos com depressão. *Rev Bras Promoç Saúde*, 2019; 32(7354):1-12.
45. Mitchell RJ Lord SR, Harvey LA, Close JCT . Obesity and falls in older people: Mediating effects of disease, sedentary behavior, mood, pain and medication use. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2015; 60(1):52-8.
46. Rubiano KE. et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en atención primaria. *Atención Primaria*, 2015; 47(10):616-25.