



Associação da autopercepção de sentimentos depressivos e do desempenho cognitivo com a prevalência de depressão em idosos quilombolas

Association of self-perceived depressive feelings and cognitive performance with prevalence of depression among quilombola elderly people

Eriko Bruno Costa Barros¹

Andréa Suzana Vieira Costa¹

Francisca Bruna Arruda Aragão²

Gilberto Sousa Alves^{3,6}

Yara Maria Cavalcante de Portela¹

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira^{3,4,5}

Resumo

Objetivo: Analisar a associação da autopercepção de sentimentos depressivos e desempenho cognitivo comprometido com a prevalência de depressão em idosos quilombolas. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 168 idosos de 11 comunidades de Bequimão-MA. Foram investigadas condições socioeconômicas e de saúde, como autopercepção de sentimentos depressivos, desempenho cognitivo comprometido pelo Mini Mental (MEEM) e prevalência de depressão pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30). Razões de prevalência bruta e ajustada foram calculadas com intervalo de confiança de 95% por regressão de Poisson com variância robusta. **Resultados:** A maioria dos idosos era do sexo feminino (59,5%), tinham até 69 anos (50,6%), não tinham escolaridade (54,2%) e estavam no mais baixo estrato socioeconômico (classe E= 83,7%). O relato de sentir-se “para baixo” ou “sem perspectiva” foi feito por 45,7% dos idosos; 12,1% apresentaram desempenho cognitivo comprometido e 46,4% foram identificados com depressão pela GDS-30. Foram identificados com depressão com base na GDS-30, 65,0% dos idosos que relataram autopercepção de sentimentos depressivos, e 70% daqueles com desempenho cognitivo comprometido. Na análise ajustada por condições socioeconômicas, a depressão avaliada pela GDS-30 esteve associada à autopercepção de sentimentos depressivos (RP= 2,02; IC 95%: 1,26-3,26), mas não ao MEEM (RP= 1,64; IC 95%: 0,90-3,01). **Conclusão:** Verificou-se alta prevalência de autopercepção de sentimentos depressivos e de depressão

Palavras-chave: Sintomas depressivos. Testes de estado mental e demência. Idoso. Saúde das minorias étnicas.

¹ Universidade Federal do Maranhão, Campus Pinheiro (UFMA). Pinheiro, MA, Brasil.

² Universidade Ceuma, Curso de Enfermagem, São Luís, MA, Brasil.

³ Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus São Luís (UFMA). São Luís, MA, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Maranhão, Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). São Luís, MA, Brasil.

⁵ Universidade Federal do Maranhão, Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF). São Luís, MA, Brasil.

⁶ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (PROPSAM/UFRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Financiamento da pesquisa: O projeto foi parcialmente financiado pela Fundação de Pesquisa do Estado do Maranhão (FAPEMA, edital universal), pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, edital universal) e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código Financeiro 001, para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira
oliveira.bruno@ufma.br

Recebido: 05/04/2023

Aprovado: 22/06/2023

identificada pela GDS-30. A associação entre essas variáveis aponta para a importância da triagem e manejo da saúde mental dos idosos quilombolas.

Abstract

Objective: To analyze the association of self-perceived depressive feelings and cognitive performance with prevalence of depressive symptoms among quilombola elderly people. **Methods:** Cross-sectional study conducted with elderly people from 11 communities in Bequimão-MA. Socioeconomic and health conditions, self-perception of depressive feelings, cognitive performance by the Mini-Mental State Examination (MMSE) and prevalence of depressive symptoms by the *Geriatric Depression Scale* (GDS-30) were investigated. Crude and adjusted prevalence ratios were calculated with a confidence interval of 95% by Poisson regression with robust variance. **Results:** A total of 59.5% of the elderly people were females, 50.6% were up to 69 years old and 83.7% were classified in socioeconomic status E. Moreover, 45.7% reported feeling “down” or “without perspective”; 12.1% had altered cognitive performance and 46.4% were screened as depressed by the GDS-30. Based on the GDS-30, 65.0% of the elderly people reported perception of depressive feelings associated depression, as well as 70% of them showed altered cognitive performance. In the adjusted analysis, depression evaluated by the GDS-30 was associated with self-perceived depressive feelings (PR= 2.02; 95% CI: 1.26-3.26), but not with the MMSE (PR= 1.64; 95% CI: 0.90-3.01). **Conclusion:** There was a high prevalence of self-perceived depressive feelings and depressive symptoms identified by the GDS-30. The association between these variables points to the importance of monitoring the mental health of quilombola elderly people.

Keywords: Depression. Mental Status and Dementia Tests. Aged. Health of Ethnic Minorities.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma tendência mundial e reforça a importância da compreensão de temas relacionados à velhice em diferentes áreas do conhecimento e contextos socioeconômicos^{1,2,3}. No Brasil, até 2060, a população brasileira com 65 anos ou mais corresponderá a 26,7% (58,4 milhões) dos indivíduos, e a expectativa de vida no país se aproximará dos 81 anos⁴.

No entanto, esse processo gradual de envelhecimento é marcado por dilemas, desafios e paradoxos, pois os idosos ainda permanecem sujeitos a fortes vulnerabilidades e privações que, muitas vezes, aumentam seus riscos para transtornos físicos e psiquiátricos como demência e depressão. Assim, os desfechos negativos em saúde mental são prevalentes entre os idosos, mas continuam sendo os menos avaliados entre aqueles que vivem em áreas rurais e periféricas do país⁵.

Os fatores socioeconômicos, por sua vez, tornam o processo de envelhecimento heterogêneo e marcado por desigualdades no Brasil. As desigualdades raciais estabelecem disparidades entre brancos e negros

ou pardos – que contribuem para a manutenção da miséria material, restrição da participação política e isolamento espacial e social desse grupo populacional^{6,7}. Essas desigualdades afetam negativamente o envelhecimento da população negra no país: os idosos de cor/raça preta ou parda, quando comparados aos brancos, predominam nos estratos etários mais jovens (65-69 anos), têm alta dependência exclusiva do serviço público de saúde, menor escolaridade, menor renda e vivem em áreas com os piores indicadores sociais e de saúde do país⁸.

No Brasil, existem comunidades rurais que possuem características particulares, como no caso das comunidades quilombolas. Elas fazem parte desse contexto histórico de exclusão social sofrida pelos negros no Brasil como expressões de resistência. São grupos rurais formados por descendentes de pessoas que foram escravizadas e que se organizaram em espaços que permitem a expressão de valores e práticas tradicionais, baseados na ancestralidade africana. Nessas comunidades, as desigualdades raciais se traduzem em determinantes sociais que materializam elementos que intensificam as vulnerabilidades, colocam em xeque a longevidade e favorecem o sofrimento emocional e psíquico dessa população^{9,10}.

A adaptação do indivíduo a essa fase da vida, marcada pelo declínio funcional e por acontecimentos de vida estressantes – como o luto pela perda de familiares, amigos e cônjuges – pode estar associada a processos de vulnerabilidade física, emocional e/ou social que provocam ou precipitam a manifestação de sintomas depressivos¹¹.

A depressão caracteriza-se por humor deprimido, perda de interesse em atividades outrora consideradas agradáveis e alterações do funcionamento biológico, como mudança dos padrões de sono e do apetite. Nos idosos, os sintomas depressivos podem também manifestar-se através de irritabilidade, apatia, culpa, desamparo, desejo de se isolar em casa, perturbações do sono, perda de energia, pensamentos constantes sobre o passado e avaliação negativa de si próprio, do futuro e da vida^{2,12,13}. As perturbações depressivas têm uma etiologia multifatorial e, entre os idosos, os fatores biológicos, psicológicos e sociais concorrem, interagem e determinam a elevada prevalência de sintomas depressivos nessa fase da vida^{14,15,16}. Em nível mundial, a prevalência da depressão entre os idosos é elevada e existe um conjunto de variáveis a ela associadas. Uma revisão sistemática e uma meta-análise forneceram uma estimativa da prevalência da depressão na terceira idade¹⁷. A prevalência média esperada de depressão na terceira idade foi de 31,7% (IC 95% 27,9, 35,6). Na análise de subgrupos, a prevalência combinada foi mais elevada nos países com rendas baixa e média (40,8%) do que nos países com renda elevada (17,1%)¹⁷.

Uma autopercepção insatisfatória do estado emocional e a presença de sintomas depressivos podem também indicar níveis de sofrimento emocional e podem ser utilizados como marcadores na avaliação da saúde emocional através de um teste de triagem. Assim, uma má autopercepção emocional e a presença de sintomas depressivos podem ser um preditor da apresentação clínica de sintomas depressivos em idosos. Desta forma, a triagem e, posteriormente, o tratamento dos sintomas depressivos constituem uma proteção para a independência e a autonomia dos idosos¹⁸.

A solidão, a mudança de papéis, a falta de apoio social e familiar, a depressão prévia e o declínio cognitivo são fatores psicológicos que estão associados à depressão na população de idosos^{3,15}. O termo pseudodemência depressiva foi criado em função da alta frequência de queixas cognitivas em idosos depressivos, nos quais se observava, acompanhando os sintomas depressivos, dificuldades de concentração, atenção e falta de memória, semelhantes às alterações cognitivas observadas nos quadros de demência. No entanto, investigações recentes indicam que as perturbações depressivas funcionam como um forte indicador do desenvolvimento de processos de demência e, portanto, devem motivar a triagem e a avaliação dos sintomas cognitivos em idosos com humor deprimido e anedonia^{16,19,20}. Com base nesses resultados, o termo pseudodemência é atualmente considerado inadequado e equivocado^{16,19,20}.

Dentro desse panorama, este estudo tem como objetivo analisar a associação da autopercepção de sentimentos depressivos e do desempenho cognitivo comprometido com a prevalência de depressão medida pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG-30) entre idosos de população quilombola.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de base domiciliar, que utilizou dados do projeto “Inquérito Populacional sobre Condições de Vida e Saúde de Idosos em População Quilombola de um Município da Baixada Maranhense” (Projeto IQUIBEQ). A coleta de dados ocorreu entre julho de 2019 e março de 2020 e aconteceu no município de Bequimão – MA, onde estavam localizadas 11 Comunidades Quilombolas participantes do estudo, a saber: Rio Grande, Ramal de Quindíua, Conceição, Mafra, Santa Rita, Juraraitá, Maharaja, Pericumã, Sibéria, Sassuí e Ariquipá. Essas comunidades são reconhecidas oficialmente como remanescentes de quilombolas pela Fundação Cultural Palmares e pelo Ministério da Cultura (Figura 1).

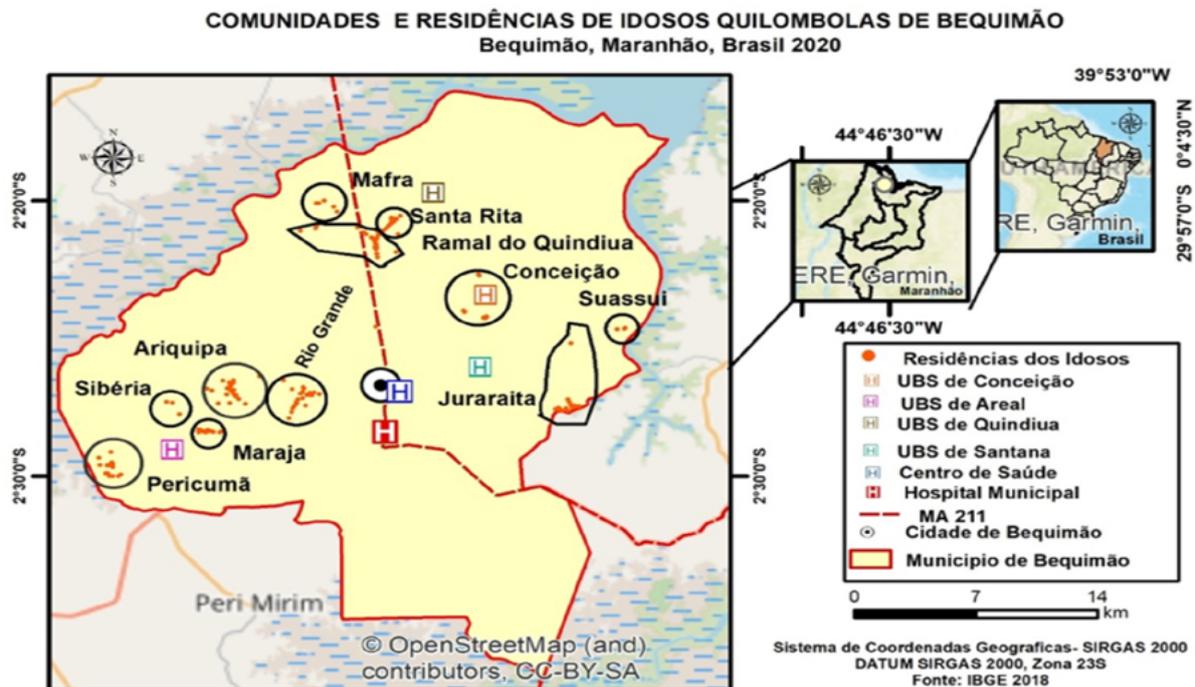


Figura 1. Localização geográfica das comunidades quilombolas em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020.

O município de Bequimão está localizado na mesorregião norte e na microrregião da Baixada Ocidental Maranhense. Em termos geográficos, sua localização é às margens da rodovia MA-211, num ponto equidistante da capital São Luís e do campus da Universidade Federal do Maranhão, Campus Pinheiro – MA. Em 2010, a área total do município de Bequimão era de 761,49 km² e a população recenseada era de 20.344 habitantes (67,5% na zona rural e 12,3% idosos). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) era de 0,601 e o Produto Interno Bruto per capita era de R\$2.754,37^{21,22}.

A população do estudo foi composta por idosos residentes em comunidades quilombolas e com idade superior a 60 anos. Sua seleção se deu através da articulação entre a Secretaria Municipal de Assistência Social e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada comunidade. A partir de um levantamento realizado pelos ACS, foi identificado um total de 245 idosos. Para este estudo, foi calculada uma amostra. O cálculo amostral foi realizado através do programa Epi Info, versão 7. Com uma prevalência estimada e uma margem de erro de 50%

e 4,0%, respetivamente, para um nível de confiança de 95%, a amostra calculada foi constituída por 168 indivíduos (68,6%). Os idosos foram selecionados por amostragem aleatória simples.

Os critérios de inclusão utilizados para selecionar a população estudada foram: indivíduos com idade ≥60 anos, que atendessem à definição de idoso pela legislação brasileira²³, de ambos os sexos, capazes de se comunicar com o pesquisador e residentes em comunidades certificadas pela Fundação Palmares de Bequimão. Os critérios de exclusão foram: idosos com incapacidade de se comunicar com o pesquisador, que não foram entrevistados após tentativas ou que se recusaram a participar da pesquisa.

Foram aplicados questionários para analisar as condições socioeconômicas e de saúde: autopercepção de sentimentos depressivos, comprometimento do desempenho cognitivo e sintomas depressivos. Para as condições socioeconômicas, os questionários foram adaptados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e podem ser verificados no site <https://www.pns.icict.fiocruz.br>. As variáveis avaliadas foram: sexo

(masculino ou feminino); faixa etária (em anos: 60 a 69, 70 a 79 e ≥ 80), raça/cor da pele (branca, parda, preta ou outra), estado civil (com ou sem cônjuge), número de moradores por domicílio (em categorias: 1, 2 e ≥ 3 pessoas), alfabetização/escolaridade em anos (analfabeto, baixa e média (1 a 8 anos de escolaridade incompleta) e alta escolaridade (8 ou mais anos de escolaridade completa), renda familiar em reais (< 1 e 1 a 3 salários mínimos), estrato socioeconômico de acordo com a Classe Social indicada pelo Novo Critério Brasil²⁴, número de cômodos (≤ 3 , 4 a 7 e ≥ 8), tratamento de água no domicílio (sim ou não), destinação do esgoto dos banheiros/banheiros do domicílio (fossa séptica, fossa rudimentar e a céu aberto) e domicílios com piso, teto e paredes simultaneamente apropriados. Quanto às variáveis sobre a autopercepção de sentimentos depressivos, foram utilizadas as seguintes perguntas: “*Algum profissional de saúde já lhe deu um diagnóstico de Depressão?*” e “*Nas últimas duas semanas, com que frequência se sentiu deprimido, ‘em baixo’ ou ‘fora de perspectiva?’*”.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi também aplicado para avaliar o estado mental dos idosos^{7,25}. Esse instrumento foi aplicado e analisado conforme as recomendações de Bertolucci et al. (1994)²⁵, que ajustaram pontos de corte sugestivos de déficit cognitivo para intervalos determinados com base na educação formal: para analfabetos (não sabem ler nem escrever): 13 pontos; para indivíduos com baixa (1 a 4 anos de estudo incompletos) ou média escolaridade (4 a 8 anos de estudo incompletos): 18 pontos; e alta escolaridade (8 ou mais anos de estudo): 26 pontos. A Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30) foi aplicada para a triagem da depressão especificamente na população idosa⁶. Foi adotado o ponto de corte de 10 para avaliar os sintomas depressivos; os indivíduos com pontuações inferiores a 10 foram considerados normais e os valores superiores ou iguais a 10 foram considerados indicativos de sintomas depressivos^{12,26}.

Foram estimadas as frequências absolutas e relativas das variáveis em estudo e a sua associação com a prevalência de depressão medida pela GDS-30. Foram estimados os testes de qui-quadrado de Pearson com um nível de significância de 5%. Foram realizadas análises de Poisson brutas e ajustadas com variância robusta para testar as associações

do desempenho cognitivo comprometido e da autopercepção de sintomas depressivos com a prevalência de depressão medida pela GDS-30. No modelo ajustado, o sexo, a condição socioeconômica e a idade foram considerados como variáveis de confusão. Essas variáveis foram selecionadas com base em critérios teóricos ou com significância estatística ($p < 0,05$) em relação ao desempenho cognitivo comprometido e à presença de depressão de acordo com a GDS-30. A análise residual foi efetuada através de análise gráfica e do teste de significância.

Foram estimados a Razão de Prevalência (RP) e os Intervalos de Confiança (IC 95%). Todas as análises de dados serão efetuadas utilizando o Stata®, versão 14 (StataCorp LP, College Station, Texas, EUA).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário – UFMA, que avaliou o projeto de pesquisa de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O número do despacho fundamentado e favorável é 2.476.488/2018, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da coleta.

RESULTADOS

Entre os 168 idosos (nascidos entre 1914 e 1958), 59,5% eram do sexo feminino. A mediana de idade foi de 69 (64-77) anos, sendo que 50,6% dos idosos tinham até 69 anos e 16% eram longevos (≥ 80 anos). Houve maior percentual de idosos de cor/raça preta (59,0%), a maioria vivia com três ou mais pessoas no domicílio (57,1%), possuía renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (64,8%) e estava classificada no estrato E da classe socioeconômica (83,7%). A maioria tinha um nível de alfabetização nulo (54,2%). Quanto às condições dos domicílios, a maioria vivia em casas com 4 a 7 cômodos (68,0%), sendo comum encontrar domicílios que não possuíam condições apropriadas de piso, teto e paredes ao mesmo tempo (71%). Para 68% dos idosos, o tratamento para consumo de água no domicílio não era realizado e apenas 59% dos domicílios possuíam fossa séptica, enquanto 13% descartavam os dejetos a céu aberto (Tabela 1).

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas de idosos em população quilombola ≥ 60 anos (n=168), Bequimão (Projeto IQUIBEQ), Maranhão, Brasil, 2020.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	68 (40,4)
Feminino	100 (59,5)
Faixa etária (anos)	
60 a 69	85 (50,6)
70 a 79	56 (33,3)
≥ 80	27 (16,0)
Cor/raça	
Negra	98 (59,0)
Parda	52 (31,3)
Outra	16 (9,6)
Estado civil	
Casado/relação estável	58 (34,5)
Separado/divorciado/viúvo	110 (65,5)
Alfabetizado/Educação (em anos) **	
Analfabeto	90 (54,2)
Baixo e médio	76 (45,8)
Alto	0 (0,0)
Número de pessoas do agregado familiar	
Morando sozinho	26 (15,4)
Duas	46 (27,3)
Três ou mais	96 (57,1)
Rendimento familiar do salário mínimo (R\$954,00)	
< 1 salário mínimo	59 (35,1)
1 a 2 salários mínimos	109 (64,8)
Condição socioeconômica *	
C	3 (1,8)
D	24 (14,4)
E	139 (83,7)
Número de cômodos por domicílio	
≤ 3	2 (1,2)
4 a 7	113 (68,0)
≥ 8	51 (30,7)
Tratamento de água potável	
Apropriado	113 (68,0)
Inapropriado	53 (31,9)
Uso de material de construção apropriado para paredes, telhado e piso**	
Sim	48 (28,9)
Não	118 (71,1)
Tratamento de esgoto	
Fossa séptica	98 (59,0)
Fossa rudimentar	46 (27,7)
Céu aberto	22 (13,2)

Observações: *Não houve idosos nos estratos sociais A e B; **ausentes n=2.

No que respeita à saúde emocional, dos 166 idosos que foram submetidos a uma avaliação da função cognitiva através do MMSE, 12,1% apresentavam um desempenho cognitivo deficiente. Aproximadamente 99,0% dos idosos referiram nunca ter recebido um diagnóstico prévio de depressão por parte de um profissional de saúde. No entanto, a prevalência dos que referiram sentir-se deprimidos, “abatidos” ou “sem perspectivas” foi de 45,7%. Na triagem da depressão através da GDS-30, esse resultado é prevalente em 46,4% da amostra (Tabela 2).

Essa prevalência de depressão segundo a GDS-30 foi estatisticamente significativa e mais elevada nas mulheres (53%; valor de $p=0,038$), nos idosos dos piores estratos socioeconômicos (classe D: 25,0% e classe E: 50,3%; valor de $p=0,019$), com desempenho cognitivo comprometido (70,0%; valor de $p=0,017$) e com maior autopercepção de sintomas depressivos (64,5%; valor de $p=0,001$). Embora a prevalência de depressão segundo a GDS-30 tenha aumentado

com a idade, essa associação não foi estatisticamente significativa (valor de $p=0,810$) (Tabela 3).

Ao testar a associação entre o desempenho cognitivo comprometido e a autopercepção de sintomas depressivos com a depressão pela GDS-30, verificou-se que, na análise bruta e ajustada, apenas a autopercepção de sintomas depressivos estava associada à prevalência de depressão pela GDS-30. Na análise bruta, os idosos que autorrelataram esses sintomas apresentaram maior probabilidade de serem classificados como tendo depressão pela GDS-30 (RP = 2,15; IC 95%: 1,34-3,44). Após o ajuste para fatores de confusão, a razão de prevalência foi atenuada, mas a associação positiva manteve-se. Os idosos que se autoperceberam com sintomas de depressão tinham duas vezes mais probabilidades de serem rastreados para depressão pela GDS-30 (RP= 2,02; IC95%: 1,26-3,26). O modelo final apresentou um bom ajuste e um valor de $p (>0,05)$. (Tabela 4).

Tabela 2. Avaliação do estado de saúde mental e sintomas de depressão em idosos quilombolas ≥ 60 anos ($n=168$), Bequimão (Projeto IQUIBEQ), Maranhão, Brasil, 2020.

Variáveis	n (%)
<i>Desempenho cognitivo comprometido (MMSE)¹</i>	
Sim	20 (12,1)
Não	146 (87,9)
Você já recebeu um diagnóstico de depressão de um profissional de saúde?	
Sim	2 (1,2)
Não	164 (98,8)
Autopercepção de sintomas depressivos ²	
Sim	76 (45,7)
Não	90 (54,2)
Prevalência de depressão de acordo com a GDS-30 ³	
Sem depressão	90 (53,6)
Depressão	78 (46,4)

Observações: 1- Mini Exame do Estado Mental; 2- Autopercepção de depressão e de se sentir abatido e sem perspectiva durante mais de metade do dia nas duas últimas semanas; 3- Escala de Depressão Geriátrica-30.

Tabela 3. Características socioeconômicas, demográficas e de saúde mental de idosos da população quilombola com idade ≥ 60 anos ($n=168$) com diagnóstico de sintomas depressivos segundo a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30), Bequimão (Projeto IQUIBEQ), Maranhão, Brasil, 2020.

Variáveis	Depressão		<i>p</i> -valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sexo			
Masculino	25 (36,7)	43 (63,2)	0,038
Feminino	53 (53,0)	47 (47,0)	
Faixa etária (anos)			
60 a 69	38 (44,7)	47 (55,2)	0,810
70 a 79	26 (46,4)	30 (53,7)	
≥ 80	14 (51,8)	13 (48,1)	
Cor/raça			
Negra	40 (40,8)	58 (59,1)	0,112
Parda	30 (57,6)	22 (42,3)	
Outra	6 (37,5)	10 (62,5)	
Estado civil			0,530
Casado/relação estável	25 (43,1)	33 (56,9)	
Separado/divorciado/viúvo	53 (48,2)	57 (51,8)	
Alfabetizado/Educação (em anos) **			0,956
Analfabeto	42 (46,7)	48 (52,3)	
Baixo e médio	34 (44,7)	42 (55,3)	
Alto	0 (0)	0 (0)	
Número de pessoas do agregado familiar			
Morando sozinho	11 (42,3)	15 (57,6)	0,872
Duas	21 (45,6)	25 (54,3)	
Três ou mais	46 (47,9)	50 (52,0)	
Rendimento familiar do salário mínimo (R\$954,00)			
< 1 salário mínimo	26 (44,0)	33 (55,3)	0,652
1 a 2 salários mínimos	52 (47,7)	57 (52,2)	
Condição socioeconômica*			
C	0 (0)	3 (100)	0,019
D	6 (25,0)	18 (75,0)	
E	70 (50,3)	69 (49,6)	
Número de cômodos por domicílio			
≤ 3	0 (0)	2 (100)	0,422
4 a 7	52 (46,0)	61 (53,9)	
≥ 8	24 (47,0)	27 (52,9)	
Tratamento de água potável			
Apropriado	46 (40,7)	67 (59,2)	0,055
Inapropriado	30 (56,6)	23 (43,4)	
Uso de material de construção apropriado para paredes, telhado e piso**			0,080
Sim	27 (56,3)	21 (43,7)	
Não	49 (41,5)	69 (58,5)	

continua

Continuação da Tabela 3

Variáveis	Depressão		<i>p</i> -valor
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	
Tratamento de esgoto			
Fossa séptica	42 (42,8)	56 (57,1)	0,578
Fossa rudimentar	22 (47,8)	24 (52,1)	
Céu aberto	12 (54,5)	10 (45,4)	
Desempenho cognitivo comprometido (MMSE)¹			
Sim	14 (70,0)	6 (30,0)	0,017
Não	62 (42,5)	84 (57,5)	
Autopercepção de sintomas depressivos²			
Sim	49 (64,5)	27 (35,5)	0,001
Não	27 (30,0)	63 (70,0)	

Observações: * Teste de qui-quadrado de Pearson; **ausentes n=2; 1- Mini Exame do Estado Mental; 2- Autopercepção de depressão e de se sentir abatido e sem perspectiva durante mais de metade do dia nas últimas duas semanas; 3- Escala Depressiva Geriátrica.

Tabela 4. Associação bruta e ajustada do desempenho cognitivo comprometido e sintomas depressivos autopercebidos com o diagnóstico de depressão segundo a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30) de adultos idosos em população quilombola ≥60 anos (n=168), Bequimão (Projeto IQUIBEQ), Maranhão, Brasil, 2020.

Variáveis	Depressão			
	Análise Bruta		Análise Ajustada ³	
	RP	95% IC	RP	95% IC
Desempenho cognitivo comprometido (MMSE)¹				
Sim	1,65	0,93-2,94	1,64	0,90-3,01 ⁴
Não	---	---	---	---
Autopercepção de sintomas depressivos²				
Sim	2,15	1,34-3,44	2,02	1,26-3,26 ⁵
Não	---	---	---	---

Observações: 1- Mini Exame do Estado Mental; 2- Autopercepção de depressão e sentir-se abatido e sem perspectiva por mais de metade do dia nas últimas duas semanas; 3- Ajustado para as variáveis: gênero, condição socioeconômica e idade; 4- Medidas de ajuste do modelo no final: *Deviance goodness of fit*: 106,101 e $\text{Prob} > \chi^2 = 0,98$; 5- |Medidas de ajuste do modelo no final: *Deviance goodness of fit*: 102,531 e $\text{Prob} > \chi^2 = 0,98$.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram uma alta prevalência de autopercepção de sentimentos depressivos e depressão identificada pela GDS-30. A associação entre essas variáveis aponta para a importância do acompanhamento regular da saúde mental dos idosos quilombolas, pois, embora os desfechos negativos em saúde mental sejam prevalentes na população idosa, eles continuam sendo os menos avaliados entre os idosos de áreas remotas como as comunidades rurais ou quilombolas.

Entre países e dentro de cada país, existem variações importantes na prevalência da depressão^{17,20}. Parte dessas diferenças também pode ser atribuída aos diferentes pontos de corte utilizados no uso da GDS-30. No entanto, os determinantes socioeconômicos e demográficos continuam a ser os mais avaliados, sendo ainda escassos os estudos que verificam a autopercepção de sentimentos depressivos como preditor de depressão rastreada através de um instrumento adequado como a GDS-30^{17,20}. Assim, essa seria uma importante contribuição deste trabalho.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, em nível mundial, mais de 322 milhões de pessoas, de todas as idades, sofrem de perturbações depressivas. O número total estimado de pessoas que vivem com depressão aumentou 18,4% entre 2005 e 2015. Esse número faz da depressão a principal causa de incapacidade em nível mundial, gerando custos inestimáveis para o sistema de saúde global^{26,27}. No Brasil, estudos de base populacional indicam prevalências que variam entre 13% e 38% de transtornos depressivos na população idosa que vive na comunidade²⁸ – estima-se que, entre os institucionalizados, essa prevalência possa ser superior a 53%³.

A alta prevalência de depressão entre idosos da população quilombola de Bequimão-MA pode estar relacionada à precariedade das condições de vida e à sobreposição de vulnerabilidades, caracterizadas por pior condição socioeconômica e condições sanitárias inapropriadas nos domicílios e comunidades^{28,29}. Entretanto, vale ressaltar que a prevalência de depressão na população estudada mostrou-se superior à prevalência de depressão em outras comunidades quilombolas, em condições de vida análogas³⁰. Entretanto, o instrumento de rastreamento de depressão utilizado nessa análise (GDS-30) foi diferente do utilizado no estudo de comparação (PHQ-9)³⁰. Por outro lado, foram maiores do que as observadas entre adultos idosos de outros países de rendas baixa e média^{17,20}.

Apesar da sua prevalência significativa, acredita-se que a depressão é uma das doenças crônicas mais subidentificadas e subnotificadas pelos profissionais de saúde. No que diz respeito à população idosa, esse subdiagnóstico é atribuído principalmente a quatro fatores: 1) a crença generalizada de que os sintomas depressivos são manifestações normais do processo de envelhecimento; 2) o estigma social que envolve os transtornos mentais, o que geralmente faz com que o paciente e/ou a família relutem em aceitar a existência da doença mental e procurar ajuda; 3) a falta de capacitação das equipes de atenção primária à saúde no reconhecimento e diagnóstico dos transtornos mentais; 4) a evidente escassez de serviços de atenção à saúde mental na rede básica de saúde. Somado a esses fatores, é importante ressaltar que, no idoso, as manifestações típicas

da depressão podem ser distorcidas pela presença de outras comorbidades, contribuindo para falhas no diagnóstico, manejo inadequado da doença e resultando em pior prognóstico^{2,32}. Na pesquisa realizada com os quilombolas, o inexpressivo número de indivíduos com diagnóstico de depressão previamente sinalizado por um profissional de saúde contrastou com o elevado número de indivíduos que sinalizaram autopercepção de sintomas depressivos, sugerindo uma falha na triagem e no diagnóstico. Além dos fatores anteriormente elencados, questiona-se se a atenção e o manejo dado às queixas de saúde mental na população de cor preta ou parda não diferem negativamente da atenção dada às queixas de saúde mental na população branca, contribuindo para o subdiagnóstico e impactando negativamente o prognóstico^{7,33}.

Na população estudada, a autoavaliação dos sentimentos depressivos foi capaz de prever a presença de sintomas depressivos registados pela GDS-30. A verificação da percepção que os idosos têm do seu estado de saúde tem uma importância significativa na triagem da depressão, uma vez que uma má avaliação da sua saúde pode eventualmente ser entendida como um sintoma depressivo³⁴. Devido à sua natureza subjetiva, a autopercepção de saúde tem um caráter multidimensional, envolve estilos de vida, além de aspectos psicológicos, demográficos e socioeconômicos da percepção do indivíduo sobre sua própria saúde, sendo amplamente evidenciada como um importante aspecto do bem-estar individual e coletivo em estudos nacionais e internacionais. É um indicador confiável que pode ser aplicado de forma eficaz, rápida e com baixo custo na avaliação da saúde de grupos populacionais^{35,36}. Embora os resultados indiquem uma baixa prevalência de comprometimento cognitivo em idosos das comunidades quilombolas estudadas, observou-se que os níveis de cognição entre aqueles com rastreamento positivo para depressão diferiram dos níveis padrão de cognição. Considerando a associação entre depressão e declínio cognitivo, vale ressaltar que o humor deprimido e a anedonia podem ser fatores de confusão para o desempenho em testes cognitivos¹³. A prevalência de comprometimento do desempenho cognitivo neste estudo foi maior do que a observada em uma comunidade rural isolada, descendente de escravos, no Brasil central (2,6%; de

acordo com o ponto de corte do MEEM proposto por Bertolucci et al²⁵)³⁷. Também foi superior ao observado entre idosos da zona urbana de São Paulo, mas inferior ao observado entre idosos negros da referida cidade⁷.

A elevada prevalência de sintomatologia depressiva entre as mulheres da população estudada pode estar associada ao desempenho dos papéis de gênero nas sociedades patriarcais: enquanto os homens desenvolvem atividades laborais fora de casa e têm a oportunidade de se envolver em atividades recreativas coletivas (desporto, bares, etc.), às mulheres é reservado o trabalho doméstico e o cuidado do grupo familiar, restringindo a sua socialização fora desse ambiente e o seu envolvimento em atividades recreativas que não sejam individuais. Nas comunidades rurais, marcadas pela baixa escolaridade, intensa rotina de trabalho e falta de espaços de lazer, as mulheres são ainda mais oprimidas pela sua relação de submissão ao homem, o que as levaria a constituir família precocemente com homens mais velhos, fugindo assim às atividades escolares e comprometendo a sua autonomia e independência econômica quando mais velhas^{4,36,38,39}.

Apesar desses resultados, vale a pena destacar algumas de suas limitações. O viés de sobrevivência pode ter afetado os resultados de duas formas: uma vez que os idosos com piores condições de saúde tendem a sobreviver menos, os idosos que participaram no estudo podem representar uma parte mais saudável da população estudada e, por conseguinte, apresentar uma estimativa de deficit cognitivo inferior à esperada. Entretanto, ao selecionar idosos que conviveram por mais tempo com condições precárias de vida nas comunidades, acumulando perdas e vivenciando o acúmulo de riscos sobrepostos, é possível acreditar que esses idosos também representam uma parcela mais suscetível à manifestação de sintomas depressivos.

Por se tratar de um estudo transversal, a medição simultânea de fatores de risco, proteção e resultados pode limitar a compreensão do direcionamento de algumas associações. A baixa prevalência de deficit cognitivo em questão neste estudo pode estar relacionada com a dimensão da amostra ou mesmo com a limitação de aplicar apenas um único tipo

de teste de triagem cognitiva, uma vez que outros instrumentos poderiam avaliar outras dimensões da cognição, aumentando assim a precisão da avaliação do desempenho cognitivo.

CONCLUSÕES

Este estudo identificou uma elevada prevalência de sentimentos depressivos autopercebidos e de depressão, de acordo com a GDS-30, e uma associação entre esses dois resultados. Este estudo pode ser considerado como um alerta e um conselho aos profissionais de saúde, aos responsáveis pelas políticas de saúde e a outras partes interessadas pertinentes, no sentido de tomarem medidas de controle efetivo e de avaliação periódica da população idosa, uma vez que as perturbações depressivas em idosos estão associadas a resultados trágicos sobre o declínio cognitivo e funcional, a perda da manutenção da rede social e do autocuidado, o que pode contribuir para o aparecimento ou agravamento de doenças e até culminar no autoextermínio. A depressão está relacionada com fatores emocionais e sociais, e um contexto de vulnerabilidade socioeconômica e de acesso restrito aos serviços de saúde pode implicar a sua maior prevalência e pior prognóstico.

A população quilombola no Brasil vive em territórios rurais marcados pela pobreza, isolamento geográfico e restrita participação social. A precária infraestrutura sanitária e comunitária, as altas taxas de analfabetismo e a extrema dependência de programas sociais para a transmissão de renda marcam um contexto de vulnerabilidade socioeconômica e de acesso restrito aos serviços de saúde que constituem um cenário favorável ao maior acometimento de doenças infecciosas e parasitárias, doenças crônicas não transmissíveis de pior prognóstico, pior assistência pré-natal, pior saúde bucal e maior exposição a situações de violência sexual, física e psicológica.

Portanto, diante desse contexto, é preciso reconhecer que esse contexto de discriminação e exclusão social faz com que essa população necessite de maior atenção e sensibilidade dos sistemas de saúde sobre suas queixas psicológicas e emocionais, especialmente na velhice. Espera-se que, ao estimar a prevalência de depressão na população de idosos

quilombolas, este trabalho possa servir de subsídio para o fortalecimento de ações e estratégias locais efetivas que atuem na prevenção, diagnóstico e manejo adequado dos transtornos depressivos nessa população.

AUTORIA

- Eriko Bruno Costa Barros – concepção, delineamento, a análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação da versão a ser publicada e responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra.
- Andréa Suzana Vieira Costa – a análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação da versão a ser publicada.

- Francisca Bruna Arruda Aragão – redação do artigo; aprovação da versão a ser publicada.
- Gilberto Sousa Alves - concepção, delineamento, a análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação da versão a ser publicada.
- Yara Maria Cavalcante de Portela – a análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação da versão a ser publicada.
- Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira – concepção, delineamento, a análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação da versão a ser publicada e responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

REFERÊNCIAS

1. Brito MCC, Freitas CASL, de Mesquita KO, Lima GK. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. *Revista Kairós: Gerontologia*. 2013;16(2):161-178. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i2p161-178>
2. Ramos GCF, Carneiro JA, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Caldeira AP. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2015;64:122-131. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000067>
3. Nóbrega IRAP. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife [Dissertação de Mestrado]. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco; 2014. 94p. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/12960>
4. Ferreira JP, Leeson G, Melhado VR. Cartografias do envelhecimento em contexto rural: notas sobre raça/etnia, gênero, classe e escolaridade. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2019;17(1): e0017612. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00176>
5. Rocha BLD, Bezerra PCDL, Monteiro GTR. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos de Unidades de Atenção Primária à Saúde em Rio Branco, Acre. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2021;24(3):e210034. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210034>
6. Damasceno MG, Zanello VML. Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2018; 38(3):450-464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-37030003262017>
7. Silva AD, Rosa TEDC, Batista LE, Kalckmann S, Louvison MCP, Teixeira DSDC, Lebrão ML. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2019;21(supl. 02):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004.supl.2>
8. Oliveira BLCAD, Thomaz EBAF, Silva RAD. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30(7):1438-1452. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00071413>

9. Costa ASV, Rodrigues LS, Cabral Jr JD, Coimbra LC, de Oliveira BLCA. Survey of the living conditions and health status of older persons living in Quilombola communities in Bequimão, Brazil: the IQUIBEQ Project. *Journal of Public Health*. 2020; 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01198-y>
10. Ferreira RMP, Barros EBC, de Oliveira BLCA. Socioeconomic and Demographic Characteristics of Living Conditions of Elderly Quilombolas from Maranhão, Northeast Region, Brazil. In *Quality of Life-Biopsychosocial Perspectives*. 2020. IntechOpen. Disponível em: <http://doi.org/10.5772/intechopen.91315>
11. Casey DA. Depression in older adults: a treatable medical condition. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2017;44(3):499-510. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.007>
12. Alvarenga MRM, Oliveira MADC, Faccenda O. Depressive symptoms in the elderly: analysis of the items of the Geriatric Depression Scale. *Acta paulista de enfermagem*. 2012;25:497-503. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400003>
13. Lampert CDT, Scortegagna SA. Avaliação das condições de saúde e distorções cognitivas de idosos com depressão. *Avaliação Psicológica*. 2017;16(1):48-58. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1601.06>
14. Ferreira-Agreli B, Dias FA, Santos-Ferreira PCD, Gomes NC, Santos-Tavares DMD. Functional disability and morbidities among the elderly people, according to socio-demographic conditions and indicative of depression. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2017;35(1):48-58. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n1a06>
15. Ramos FP, da Silva SC, de Freitas DF, Gangussu LMB, Bicalho AH, de Oliveira SBV, et al. Fatores associados à depressão em idoso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;(19): e239-e239. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e239.2019>
16. Alexopoulos GS. Mechanisms and treatment of late-life depression. *Transl Psychiatry*. 2019;9:188. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0514-6>
17. Zenebe Y, Akele B, W/Selassie M, Necho M. Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry*. 2021 Dec 18;20(1):55. Disponível em: 10.1186/s12991-021-00375-x. PMID: 34922595; PMCID: PMC8684627.
18. Kong D, Solomon P, Dong X. Depressive symptoms and onset of functional disability over 2 years: a prospective cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2019;67(S3):S538-S544. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.15801>
19. Sekhon S, Marwaha R. Depressive Cognitive Disorders. *StatPearls* [Internet]. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559256/>
20. Hong Cai, Yu Jin, Rui Liu, Qinge Zhang, Zhaohui Su, Gabor S. Ungvari et al. Global prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys, *Asian Journal of Psychiatry*, v. 80, 2023, 103417. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103417>.
21. PNUD Brasil (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). 2013. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. Brasília, DF: PNUD, IPEA, FJP. 2013.
22. Brasil. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013. [Internet]. 2014. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetroplites.net.br/atlas-do-desenvolvimento-humano-no-brasil-2013/>
23. Ministry of Health. *Elderly Health Handbook*. Brazil; 2017.
24. ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil 2018. [Internet]. 2018. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>.
25. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O miniexame do estado mental em uma população geral. *Impacto da escolaridade*. *Arq Neuropsiquiatr* 1994; 52(1):1-7.
26. Krishnamoorthy Y, Rajaa S, Rehman T. Diagnostic accuracy of various forms of geriatric depression scale for screening of depression among older adults: systematic review and meta-analysis. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2020, 87:104002. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.104002>
27. World Health Organization. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
28. Mendes-Chiloff CL, Lima MCP, Torres AR, Santos JLF, Duarte YO, Lebrão ML, et al. Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2019;21:e180014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180014.supl.2>
29. Ramos-Oliveira D, Magnavita P, de Oliveira FS. Aspectos sociocognitivos como eventos estressantes na saúde mental em grupos étnicos e minoritários no Brasil. *Summa Psicológica UST*. 2017;14(1):43-55. Disponível em: <https://doi.org/10.18774/448x.2017.14.315>

30. Barroso SM, Melo APS, Guimarães MDC. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2014;35(4):256-263. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n4/04.pdf>
31. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDMD, Tomasi E, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2012; 39: 194-197. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000600003>
32. Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Depressive symptoms in elderly living in areas covered by Primary Health Care Units in urban area of Bagé, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015; 18: 1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>
33. Silva NG, Barros S, Azevedo FCD, Batista LE, Policarpo VC. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial1. *Saúde e Sociedade*. 2017;26:100-114. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017164968>
34. Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ, d'Orsi E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. *Revista de Saúde Pública*. 2013;47:701-710. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003844>
35. Carneiro JA, Gomes CAD, Durães W, Jesus DRD, Chaves KLL, Lima CDA, et al. Negative self-perception of health: prevalence and associated factors among elderly assisted in a reference center. *Ciencia & saude coletiva*. 2020;25:909-918. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.16402018>
36. Martins-Silva T, Hirschmann R, Bortolotto CC, Fernandes MP, Ruivo AC, Tovo-Rodrigues L. Health self-perception and morbidities, and their relation with rural work in southern Brazil. *Rural and remote health*. 2020; 20(1):5424-5424. Disponível em: <https://doi.org/10.22605/RRH5424>
37. Lopes D, Caixeta L. Prevalence of cognitive impairment of elderly living in an isolated community, a descendent of slaves, in central Brazil. *The journal Alzheimer's & Dementia*. (London). 2011;7(7):S253-S254. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.05.721>
38. Almeida AV, Mafra SCT, da Silva EP, Kanso S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social/The Feminization of Old Age: a focus on the socioeconomic, personal and family characteristics of the elderly and the social risk. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*. 2015;14(1):115-131. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.19830>
39. da Cruz RR, Beltrame V, Dallacosta FM. Aging and vulnerability: an analysis of 1,062 elderly persons. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2019;22(3):e180212. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180212>