

ARTIGO ORIGINAL

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS PREDITORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE RS/BRASIL***SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS PREDICTING DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN A SAMPLE OF ELDERLY IN THE MUNICIPALITY OF PORTO ALEGRE RS/BRAZIL*****Adriana da Silva Lessa¹ Veronica Jocasta Casarotto² Alfredo Cataldo Neto³ Andreia Mendes dos Santos⁴**

¹ Graduada em Psicologia. Doutora em Educação. Psicóloga clínica em consultório particular. E-mail: adriana.lessa@acad.pucrs.br

² Graduada em Fisioterapia e Educação Física. Doutora em Gerontologia Biomédica. Coordenadora e professora vinculada aos cursos de Fisioterapia; Estética e Cosmética; e Educação Física das Faculdades AJES. E-mail: veronica_casarotto@hotmail.com

³ Graduado em Medicina. Doutor em Medicina. Professor adjunto da PUCRS vinculado à Escola de Medicina. E-mail: cataldo@pucrs.br

⁴ Graduada em Psicologia. Doutora em Serviço Social. Professora adjunta da PUCRS vinculada à Escola de Humanidades e Escola de Ciências da Saúde e da Vida. E-mail: andreia.mendes@pucrs.br

Resumo

Este é um estudo transversal de coleta prospectiva cujo objetivo principal foi avaliar as relações entre a sintomatologia depressiva, gênero e os dados sociodemográficos (estado civil, renda e anos de escolaridade) em uma amostra comunitária de idosos cadastrados pelo programa Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre, RS, Brasil. A amostra foi composta por 301 idosos com média de idade de 71,1 anos, sendo a maioria mulheres (71,8%). Os dados foram obtidos através de entrevista estruturada (dados sociodemográficos coletados através do questionário geral) e da aplicação do instrumento Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (rastreamento de sintomas depressivos). Resultados: Possuir renda individual maior que um salário mínimo é fator protetivo na ocorrência de menor proporção de sintomas depressivos (42%), quando comparados com quem não possui renda. Os idosos que apresentaram renda individual menor que um salário mínimo também tem uma redução na prevalência de sintomas depressivos em 35% quando comparados com os que não possuem renda. Além da renda individual, idosos que usam a leitura/escrita no seu cotidiano apresentam uma redução na prevalência de sintomatologia depressiva em 21%. A variável com maior significância estatística que distingue os dois gêneros foi estado civil. Para homens, não ter companhia aumenta a prevalência de depressão em 82% (RP=1,82; IC 95%: 1,20 – 2,76; p=0,005). Para as mulheres, o estado civil não foi um preditor significativo (RP=1,01; IC 95%: 0,79 – 1,29; p=0,948).

PALAVRAS-CHAVE

Envelhecimento. Depressão. Estratégia Saúde da Família. Saúde Pública.

Abstract

This is a prospective cross-sectional study whose main objective was to evaluate the relationships between depressive symptoms, gender and sociodemographic data (marital status, income and years of education) in a community sample of elderly people registered through the Family Health Strategy program (ESF).) from the Municipality of Porto Alegre-RS, Brazil. The sample consisted of 301 elderly people with a mean age of 71.1 years, the majority of whom were women (71.8%). Data were obtained through a structured interview (sociodemographic data collected through the general questionnaire) and the application of the Geriatric Depression Scale (GDS-15) instrument (tracking depressive symptoms). Results: Having an individual income greater than the minimum wage is a protective factor in the occurrence of a lower proportion of depressive symptoms (42%), when compared to those who have no income. Elderly people who had an individual income of less than the minimum wage also had a reduction in the prevalence of depressive symptoms by 35% when compared to those who had no income. In addition to individual income, elderly people who use reading/writing in their daily lives show a reduction in the prevalence of depressive symptoms by

21%. The variable with the greatest statistical significance that distinguishes the two genders was marital status. For men, not having a partner increases the prevalence of depression by 82% (RP=1.82; 95% CI: 1.20 – 2.76; p=0.005). For women, marital status was not a significant predictor (RP=1.01; 95% CI: 0.79 – 1.29; p=0.948).

KEYWORDS

Aging. Gender Identity. Depression. Family Health Strategy. Public Health.

1 Introdução

Nos últimos anos, ocorreram acentuadas modificações nas condições socioeconômicas e de saúde da população mundial e, consequentemente, na estrutura demográfica. Ainda que tais condições tenham potencializados diferentes vulnerabilidades, como o aumento de pessoas com risco de adquirir doenças neurológicas e psiquiátricas, é inegável que também acarretaram um crescimento expressivo da população idosa.

O envelhecimento populacional ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, tornando-se uma realidade apenas mais recentemente nos países em desenvolvimento, o que lhe confere status de um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea em quase todo o mundo (World Health Organization, 2011). O crescimento da população acima de 60 anos exige um olhar atento para os problemas sociais e de saúde desses sujeitos.

Este artigo aborda a sintomatologia depressiva em idosos, fixando-se na área da saúde mental e dos transtornos psiquiátricos, em especial os transtornos de humor, altamente incapacitantes e com grande prevalência no decorrer do processo de envelhecimento. No campo da saúde mental e dos transtornos psiquiátricos, a depressão é a patologia neuropsiquiátrica com maior prevalência na população idosa, sendo diagnosticada em 15% na população geral, entre 2% e 14% em idosos vivendo em comunidade e até 30% em idosos institucionalizados (Frade *et al.*, 2015). Por acarretar grandes prejuízos no sujeito e considerável desgaste nos familiares e cuidadores, é necessário um olhar sobre esse fenômeno do envelhecimento humano.

Envelhecimento populacional e saúde pública

O envelhecimento populacional, segundo o IBGE (2010), é um fenômeno progressivo. Embora o Brasil ocupe atualmente no ranking mundial de longevidade e expectativa de vida as posições 81 e 111, respectivamente (Moriguchi, 2008), e o Japão lidere ambos postos, é provável que em 2030 a maioria da população brasileira seja composta por idosos, estimando-se cerca de 40 milhões de pessoas. Merece destaque que o fenômeno do envelhecimento tenha se iniciado nos países desenvolvidos. Isso pode ser relacionado às mudanças na estrutura econômica e familiar ocorridas nestes territórios. Entretanto, faz jus a observação de que países em desenvolvimento, como o Brasil, também estão acompanhando o aumento do índice de envelhecimento populacional em um cenário onde o tempo de trabalho, as migrações dos jovens, as famílias cada vez menores e o aumento da força de trabalho da mulher no mercado indicam haver menos pessoas com disponibilidade para exercerem o papel de cuidadores de idosos. A contradição entre o aumento dos índices de envelhecimento humano a redução das possibilidades de cuidadores vem significando uma nova forma de envelhecer, exigindo o “envelhecimento ativo” dessa população. Isso não se refere apenas a uma maior autonomia para trabalhar por um período de tempo mais longo (World Health Organization, 2005), mas também referindo-se “à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho” (World Health Organization, 2005, p. 13).

Desta forma, o envelhecimento humano não pode ser confundido com maior tempo de vida. O que se vislumbra são mudanças de um perfil epidemiológico, que também impõe (re)organização das políticas sociais e de políticas públicas e, entre elas, as políticas de saúde.

Neste sentido, tomamos como ponto de reflexão a Política Nacional de Atenção Básica, datada de 2010. Ela é a porta de entrada aos serviços de saúde e prevê o acesso universal de todo cidadão. Essa política preconiza a escuta da queixa e o vínculo equipe-usuário. Dentro dela, destaca-se o Programa Saúde da Família (ESF), uma das principais formas de organizar e promover o cuidado do Idoso, alinhado dos princípios norteadores da Política Nacional do Idoso – estabelecida na Portaria Ministerial 2.528/2006.

Pelo dito, o que se observa é que, apesar da atenção ao idoso emergir do campo da saúde, sua estruturação é intersetorial. Seu objetivo primordial é assegurar os direitos sociais ao cidadão com 60 anos ou mais, considerado “idoso” pela Política Nacional do Idoso. Na Lei nº 8.842 (Brasil, 1994), são deveres da família e da sociedade a segurança dos direitos da cidadania, o direito à vida e a garantia de participação social/comunitária dessa expressiva parcela da população. A lei também estabelece a prioridade os atendimentos em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, como hospitais, laboratórios de análises clínicas e postos de saúde. Cabe registrar que a Política Nacional do Idoso deve ser visualizada como uma ação inspiradora de outras ações.

Um dos primeiros marcos de debate sobre questões envolvendo o envelhecimento humano ocorreu no final dos anos de 1970, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou a Resolução no 33/52, convocando a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. O objetivo na época foi promover um espaço de diálogo a fim de elaborar um programa internacional com ações voltadas a garantia da segurança econômica e social dos idosos (Rauth; PY, 2016).

É possível afirmar que, como resultado desta assembleia, surgiu o I Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento e em seguida, de forma atualizada, o II Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, com a finalidade de resolver problemas de caráter mundial. Tais ações serviram como referência para a formulação da Política Nacional do Idoso no Brasil (Rauth; PY, 2016).

No município de Porto Alegre/ RS, em maio de 2014, a lei tinha como carro-chefe o Programa de Envelhecimento Ativo, que objetivava contemplar a assistência integral ao idoso, estimular a qualidade de vida e os hábitos saudáveis na população, além de favorecer atividades que auxiliem na conquista dessa qualidade de vida saudável (Porto Alegre, 2013). Neste artigo, partimos do Subprojeto de título “Influência das características de personalidade e apego no desenvolvimento, manifestação clínica e prognóstico dos transtornos cognitivos”, desenvolvido no Programa de Envelhecimento Cerebral (PENCE) a partir de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, para monitoramento e assistência da saúde mental. Teoricamente acolhemos os estudos da Gerontologia em diálogo com o campo da saúde mental que, articulados à pesquisa empírica, nos permitirá responder as interrogações da associação entre as variáveis sociodemográficas de gênero, anos de estudos, estado civil e renda individual, presentes no questionário sociodemográfico e a sintomatologia depressiva analisada pelo resultado do GDS-15 em uma amostra de pacientes idosos cadastrados e em acompanhamento no programa ESF do Município de Porto Alegre.

2 Material e método

Foi realizado estudo descritivo e transversal, através de coleta prospectiva finalizada no ano de 2017, a qual foi submetida posteriormente a uma análise quantitativa. A população alvo foram os idosos cadastrados no Programa de Estratégias Saúde da Família da região Leste da Gerência Distrital Leste/Nordeste e da Gerência Distrital Lomba do Pinheiro/Partenon, na área de abrangência do Hospital São Lucas da PUCRS.

Foram convidados a participar os idosos e as idosas das diferentes ESF, sendo critérios de exclusão pacientes psicóticos e retardo mental na avaliação clínica ou com doença física grave/mobilidade.

A coleta de dados se deu através da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15, do inglês *Geriatric Depression Scale*), para o rastreamento de sintomas depressivos cujas medidas não incluem sintomas somáticos comumente associados à depressão, como falta de apetite, por serem relativamente comuns com o avanço da idade. O GDS-15 foi comparado ao ICD-10 e DSM-IV para sua validação, tendo sido encontrados coeficientes de confiabilidade de 0.81, 0.75 e 0.41⁹, que o cancela frente à literatura internacional. Relacionando-o também o Montgomery-Asberg Depression Scale (MADRS) em decorrência da sintomatologia depressiva (Almeida; Almeida, 1999).

Antes de se proceder à coleta de dados, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Protocolo n. 1.638.272 e definidas as variáveis independentes Gênero (masculino, feminino); Estado Civil (solteiro(a), casado(a), em união estável, divorciado(a)/desquitado(a), viúvo(a)); Renda (em salários-mínimos) e Anos de Estudo (declaração de anos estudados).

Um estudo similar ao do presente artigo foi realizado pelo Grupo de Pesquisa Envelhecimento e Saúde Mental da PUCRS, utilizando o GDS-15 aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde. Os escores maiores que 6 são considerados como depressão, enquanto escores entre 11 e 15 são considerados depressão severa. As relações encontradas foram entre baixa escolaridade, sexo feminino e uma pior autopercepção de saúde entre os idosos deprimidos. Atualmente, o GDS-15, ou em português, Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) é um instrumento preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil e é considerado mais adequada para uso nos cuidados primários do que a EDG de 5, 10 ou 13 itens, nacional e internacionalmente (Nogueira *et al.*, 2014).

Os dados coletados foram transferidos para um sistema de banco de dados profissional utilizando o software *FileMaker Pro Advanced Server 12*[®], que permite a inclusão de chaves de segurança e manejo sigiloso dos dados sem a exposição de dados de identificação dos indivíduos. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão e as categóricas por frequências absolutas e relativas. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, o teste *qui-quadrado* de Pearson foi aplicado, no controle de fatores confundidores, o modelo de Regressão de Poisson com variância robusta foi utilizado. O critério para a entrada da variável no modelo multivariado foi de que ela apresentasse um valor $p < 0,20$ na análise bivariada. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

O campo da gerontologia e a sintomatologia depressiva em idosos

Com esses princípios em mente, podemos afirmar que é de suma importância o papel da Gerontologia no cruzamento com as demais profissões, sendo o profissional capacitado na área gerontológica apto a lidar com as complexidades do processo do envelhecer e atuante com o olhar diferenciado no processo saúde-doença do idoso ao prezar, informar e reforçar a qualidade de vida e os hábitos saudáveis dele. Sendo um termo cunhado por Metchnikoff em 1903, biólogo russo vencedor do prêmio Nobel em Fisiologia ou Medicina por seus estudos sobre imunidade, a Gerontologia deriva do grego *gero* (*velho*) e se atém ao estudo do envelhecimento com enfoque multi e interdisciplinar, vislumbrando as questões genéticas, socioculturais, políticas, psicológicas e históricas desse ciclo (Gonçalves, 2007). Os profissionais da gerontologia são fortes agentes colaboradores no empoderamento do idoso perante a sua própria vida e diante da sociedade. A promoção de saúde e bons hábitos é o tema central no discurso desses trabalhadores. Espera-se um perfil de compreensão e criticidade do processo do envelhecimento humano, bem como o entendimento de que esse campo é plenamente interdisciplinar (Gonçalves, 2007).

Sintomatologia depressiva e relações de gênero

Entende-se que a sintomatologia depressiva no contexto da população idosa se mostra um campo fértil para estudos, tendo como escopo o estabelecimento de relação esse fenômeno e suas variáveis. Assim, este trabalho abordou a sintomatologia depressiva em idosos e as características sociodemográficas que acentuam a prevalência desse fenômeno. Na literatura nacional e internacional, encontramos relação entre sexo e depressão, tanto na população jovens quanto nos idosos. Essa ocorrência traz a problematização das diferenças atribuídas a cada sexo no processo diagnóstico sob olhar dos estudos de gênero.

Com a alta prevalência de transtornos mentais e a maior longevidade encontrada em mulheres, podemos nos questionar se essa condição se dá unicamente por fatores genéticos ou se existe o cruzamento da cultura nesses índices. Estudos (Hammarstrom *et al.*, 2009; Veld, Bracke, Levecque, 2010; Sonnenberg *et al.*, 2012) sobre as relações de gênero e a velhice apontam disparidades entre as formas de exercício do ser mulher e do ser homem. Uma das características apresentadas pelos homens é a baixa autoestima, enquanto que as mulheres apresentam comportamento oposto, como autonomia e busca de conhecimento em educação em saúde. O interessante a ser observado é que discussões de gênero são amplamente debatidas na faixa etária reprodutiva de homens e mulheres, sendo muitas vezes esquecidas na velhice, em que a bibliografia encontrada é consideravelmente menor.

Diante disso, entende-se a necessidade de desmistificar o estereótipo de idoso assexuais e isolado socialmente, se tornando fundamental o olhar para os papéis de gênero no curso do envelhecimento a fim de transgredir essas limitações (Figueiredo *et al.*, 2007). Os papéis sociais de gênero ainda estão muito fortes em nossa sociedade, até mesmo entre os jovens, mas o peso entre a população mais velha é potencialmente relevante, observando que comportamentos sexistas permeiam o imaginário e a cristalização de comportamentos nos idosos é visível.

Aprofundando os aspectos psicológicos na velhice, os transtornos de humor depressivo são classificados pelo DSM-V da Associação de Psiquiatria Americana (2014) em: transtorno disruptivo da desregulação do humor; transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior); transtorno depressivo persistente (distímia); transtorno disfórico pré-menstrual; transtorno depressivo induzido por substância/medicamento; transtorno depressivo devido outra condição médica; e outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. Diferentemente da edição anterior do DSM, quarta versão, na nova edição, o capítulo dos transtornos depressivos foi separado dos transtornos bipolares e transtornos relacionados. A característica que atravessa os dois transtornos é a presença de humor triste, sensação de vazio e irritabilidade, seguidas de alterações somáticas e cognitivas que trazem prejuízos no funcionamento do sujeito. Já o que os diferencia são aspectos de sua duração, momento ou etiologia.

A patologia psiquiátrica com maior prevalência em idosos é a depressão (Frade, *et al.*, 2015). Conte e Souza (2009) traçaram o perfil epidemiológico da doença em idosos pertencentes a área de abrangência do Programa Saúde da Família no município de São José, em Santa Catarina, além de compararem com idosos moradores de uma instituição de longa permanência. Os principais fatores de risco para depressão encontrados em seu estudo foram o abandono familiar, o sedentarismo, as doenças físicas e perdas/luto, além das questões econômicas. O maior índice da patologia foi diagnosticado nas mulheres idosas acima de 80 anos que se encontram asiladas. No Rio Grande do Sul, Nogueira *et al.* (2014) estudaram uma amostra muito parecida com esse trabalho. Os seguintes resultados foram encontrados:

A prevalência de depressão foi de 30,6% (IC95% 26,9 a 34,3%). Predominaram mulheres (63,8%) e a média de idade foi de 69,4 anos (DP 7,31 anos), com frequências decrescentes de depressão entre 60 e 69 anos (56,4%), 70 e 79 anos (33,2%) e 80 anos ou mais (10,5%). Quanto à escolaridade, 21,8% eram analfabetos (incluindo os analfabetos funcionais), 40,2% possuíam entre um e três anos de estudo, 21,7%, entre quatro e sete anos e 16,3%, mais de oito anos de estudo. Baixa

renda pessoal (< 2 salários mínimos – SM) foi encontrada em 89,5% dos idosos. Os idosos, na maioria, referiram ser brancos (64,9%), seguidos por negros (19,9%) e pardos (12,1%). A maioria (64,8%) estava aposentada. Predominaram os casados (36,1%) e viúvos (30,6%). A maioria referiu ser praticante de sua fé (67,7%) e de religião católica (66,6%). A autopercepção da saúde regular foi observada por 55,7% dos idosos e 10,0% referiram saúde ruim ou péssima. (Nogueira *et al.*, 2014, n.p.)

Estudos europeus de grande impacto tentam compreender os mecanismos psicológicos, genéticos, socioculturais e hormonais da depressão ser mais prevalente em mulheres que em homens. Fatores socioculturais, como experiências adversas na infância, em combinação com processos de socialização e fatores psicológicos, como vulnerabilidade aos eventos adversos da vida e habilidades de enfrentamento, são os principais fatores que diferenciam os gêneros na prevalência de depressão. Conclui-se também que fatores genéticos não pareceram contribuir com um risco aumentado de depressão em mulheres, enquanto efeitos hormonais teriam uma relação válida, mas pequena. É observado que mulheres geralmente contam com maior rede de apoio, mas também vivenciam um maior impacto negativo gerado por estas relações sociais do que homens. A diferença entre os gêneros na necessidade de inserção social pode ser uma reflexão da diferença na necessidade de compartilhar sentimentos, problemas e eventos da vida. A necessidade de inserção social pode ser também uma consequência da depressão, pelos sintomas de solidão e de sentir-se inútil (Hammarstrom *et al.*, 2009; Veld; Bracke; Levecque, 2010; Sonnenberg *et al.*, 2013).

Durante a busca bibliográfica, podemos perceber que estudos que abordam as relações de gênero e a sintomatologia depressiva/depressão são comuns na Europa, mas precários na realidade latinoamericana. Para elucidar os mecanismos que mediam as sintomatologias depressivas em idosos, apresenta-se e discute-se os achados junto à população idosa de Porto Alegre/RS.

3 Resultados

A amostra foi composta por 301 idosos com média de idade de 71,1 anos ($\pm 7,5$), com variação entre 60 e 100 anos. A predominância foi do sexo feminino (71,8%), idade entre 60 e 69 anos (47,8%), raça branca (69,9%), casados/união estável (42,8%) e aposentados (75,4%). Muitos idosos eram analfabetos (31,7%) e a maioria (56,6%) tinha baixa escolaridade (até 4 anos). No entanto, 78,7% sabiam ler e 52,5% disseram usar a leitura/escrita no dia a dia. A maioria dos idosos possuem até um salário-mínimo (s.m.) de renda individual (54,3%) e até 3 s.m. de renda familiar (86%). Em relação aos sintomas depressivos, 59,8% apresentaram escores igual ou acima de 6 pontos, sugestivo de sintomas de depressão (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra

Variáveis	n=301
Gênero	
Feminino	216 (71,8)
Masculino	85 (28,2)
Idade (anos) – média $\pm$ DP	71,1 $\pm$ 7,5
Faixa etária	
60 – 69	144 (47,8)
70 – 79	112 (37,2)
80 anos ou mais	45 (15,0)
Escolaridade (anos de estudo)	
0	95 (31,7)

Variáveis	n=301
1 a 4 anos	75 (24,9)
5 a 8 anos	76 (25,3)
>8 anos	54 (18,0)
Sabe ler	236 (78,7)
Usa leitura/escrita no dia a dia	156 (52,5)
Cor/Raça auto referida	
Branca	204 (69,9)
Preta	37 (12,7)
Parda	43 (14,7)
Indígena	8 (2,7)
Estado Civil	
Solteiro	55 (18,5)
Casado/União estável	127 (42,8)
Separado/Divorciado	25 (8,4)
Viúvo	90 (30,3)
Aposentado	215 (75,4)
Renda individual	
Não tem renda	11 (4,0)
Até 1s.m.	141 (51,3)
De 1 a 2 s.m.	86 (31,3)
>2 s.m.	37 (13,5)
Renda Familiar	
Até 1s.m.	68 (26,5)
De 1 a 3 s.m.	153 (59,5)
>3 s.m.	36 (14,0)
GDS	
Sem sintomas depressivos (<6)	121 (40,2)
Com sintomas depressivos (≥ 6)	180 (59,8)

Fonte: elaborado pela autora.

A Tabela 2 apresenta a associação das variáveis em estudo com os sintomas depressivos:

Tabela 2. Associação com sintomas depressivos

Variáveis	Sem sintomas Depressivos (n=121) n (%)	Com sintomas depressivos (n=180) n (%)	p
Gênero			0,164
Feminino	81 (66,9)	135 (75,0)	
Masculino	40 (33,1)	45 (25,0)	
Faixa etária			0,632
60 – 69	54 (44,6)	90 (50,0)	
70 – 79	47 (38,8)	65 (36,1)	
80 anos ou mais	20 (16,5)	25 (13,9)	
Nível de escolaridade			0,672
Analfabeto	39 (32,5)	56 (31,1)	

Variáveis	Sem sintomas Depressivos (n=121) n (%)	Com sintomas depressivos (n=180) n (%)	p
1ª a 4ª série	27 (22,5)	48 (26,7)	0,041
5ª a 8ª série	29 (24,2)	47 (26,1)	
>8ª série	25 (20,8)	29 (16,1)	
Sabe ler	102 (85,0)	134 (74,4)	0,001
Usa leitura/escrita no dia a dia	76 (64,4)	80 (44,7)	0,255
Cor/Raça			0,188
Branca	90 (75,6)	114 (65,9)	
Preta	14 (11,8)	23 (13,3)	
Parda	12 (10,1)	31 (17,9)	
Indígena	3 (2,5)	5 (2,9)	
Estado Civil			0,574
Solteiro	17 (14,0)	38 (21,6)	
Casado/União estável	60 (49,6)	67 (38,1)	
Separado/Divorciado	9 (7,4)	16 (9,1)	
Viúvo	35 (28,9)	55 (31,3)	
Aposentado			0,055
Sim	85 (73,3)	130 (76,9)	
Não	31 (26,7)	39 (23,1)	
Renda individual			0,027
Não tem renda	1 (0,9)	10 (6,2)	
Até 1s.m.	55 (48,7)	86 (53,1)	
De 1 a 2 s.m.	37 (32,7)	49 (30,2)	
>2 s.m.	20 (17,7)	17 (10,5)	
Renda Familiar			0,027
Até 1s.m.	20 (18,9)	48 (31,8)	
De 1 a 3 s.m.	66 (62,3)	87 (57,6)	
>3 s.m.	20 (18,9)	16 (10,6)	

Fonte: elaborado pela autora.

Idosos com sintomas depressivos relatam, em maior proporção, não saber ler do que aqueles sem sintomas depressivos ($p=0,041$). Também afirmam, em maior proporção, não utilizarem leitura/escrita no dia a dia ($p=0,001$). Por fim, idosos com menor renda familiar (<1 s.m.) apresentaram menor proporção de sintomas depressivos ($p=0,027$).

Tabela 3. Análise de Regressão de Poisson para avaliar fatores independentemente associados com sintomas depressivos

Variáveis	RP (IC 95%)	P
Gênero		
Feminino	1,06 (0,83 - 1,34)	0,652
Masculino	1,0	
Sabe ler	0,90 (0,71 - 1,14)	0,382
Usa leitura/escrita no dia a dia	0,79 (0,63 - 0,99)	0,041
Casado/União estável	0,84 (0,68 - 1,04)	0,107

Renda Individual		
>1 s.m.	0,58 (0,43 – 0,79)	0,001
<1 s.m.	0,65 (0,49 – 0,87)	0,003
Sem renda	1,0	

Fonte: elaborado pela autora.

Na amostra total, vide tabela 3, os fatores que permaneceram associados com sintomas depressivos após o ajuste pelo modelo multivariado foram renda individual > 1 s.m. (RP=0,58; IC 95%: 0,43-0,79) e renda individual <1s.m. (RP=0,65; IC95%: 0,49 – 0,87), quando comparados com os que não possuem renda individual. Desta forma, idosos que possuem mais de que 1s.m. apresentam uma redução na prevalência de sintomas depressivos em 42%, quando comparados com os que não possuem renda. Os idosos que apresentam uma renda individual menor de 1s.m. também tem uma redução na prevalência de sintomas depressivos em 35%, quando comparados com os que não possuem renda. Além da renda individual, idosos que usam a leitura/escrita no seu dia a dia apresentam uma redução na prevalência de depressão em 21% (RP=0,79; IC 95%: 0,63 – 0,99), conforme apresenta a Tabela 3.

Se realizado um modelo multivariado para cada gênero, o que diferencia os dois grupos é o estado civil. Para homens, não ter companhia aumenta a prevalência de depressão em 82% (RP=1,82; IC 95%: 1,20 – 2,76; p=0,005). Para as mulheres, o estado civil não foi um preditor significativo (RP=1,01; IC 95%: 0,79 – 1,29; p=0,948).

4 Discussão

Os fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos e depressão são diversos. Dentre eles, podemos destacar baixa qualidade de vida, baixo nível socioeconômico e, incluso neste último fator, podemos ver a questão financeira e a educacional tendo importantes impactos na prevalência e manutenção da doença. A literatura vai ao encontro dos resultados apresentados no presente estudo. Possuir renda individual maior que um salário mínimo é fator protetivo na ocorrência de menor proporção de sintomas depressivos (42%) quando comparados com quem não possui renda. Os idosos que apresentaram renda individual menor que um salário mínimo também tem uma redução na prevalência de sintomas depressivos em 35%, quando comparados com os que não possuem renda. Além da renda individual, idosos que usam a leitura/escrita no seu cotidiano apresentam uma redução na prevalência de sintomatologia depressiva em 21%. É importante destacar que mesmo os idosos que possuíam alguns anos de educação formal relatavam não utilizar a leitura/escrita no dia a dia.

Estudos que vão ao encontro com esses achados demonstram um gradiente socioeconômico inversamente proporcional com a prevalência e severidade de depressão (Melchior *et al.*, 2010), assim como menor capacidade de lidar com estresse e maior vulnerabilidade a emoções e vivências negativas (Charis *et al.*, 2014). Outros estudos mostram que a população com menor poder socioeconômico tende a vivenciar adversidades com maior frequência durante suas vidas (Chiau; Weng, 2016).

A dificuldade financeira é um importante fator de risco para sintomas depressivos, sendo um poderoso preditor na gênese, manutenção e agrave de sintomas depressivos. Em outros estudos, desemprego e pobreza foram associados com a manutenção dos sintomas, mas não com a sua origem (Weich, 1998). Um estudo brasileiro de Porto Alegre – RS associou renda menor que dois salários mínimos com maior risco de depressão (Nogueira *et al.*, 2014). Algumas das explicações possíveis para este fenômeno envolvem a maior prevalência de alguns fatores estressores em idosos com menor renda, tais quais: maior índice de sofrimento econômico, exposição a ambientes inseguros e instáveis (Filske; Wetherell; Gatz, 2009), menor cuidado com a saúde

relacionados a acesso a consultas e tratamento adequado, interferindo com a autonomia e manutenção da saúde (Trentini; Chachamovich; Wagner, 2011; Nogueira *et al.*, 2014), menor acesso ao lazer e bens materiais relacionados ao conforto (Trentini; Chachamovich; Wagner, 2011), maior exposição a eventos de vida estressantes e suporte social mais frágil (Melchior *et al.*, 2010) e insatisfação com o *status* socioeconômico (Moore *et al.*, 2016). Todos estes eventos interferem com a qualidade de vida do idoso, tornando-o mais vulnerável à sintomatologia depressiva. A depressão está consistentemente associada com desemprego e medidas de dificuldade econômica, independente da classe social (Weich, 1998). A deterioração do status financeiro, fenômeno comum nesta faixa etária, é um dos eventos mais estressantes na vida de um idoso. Ademais, idosos com menor poder econômico apresentam maior chance de apresentar sintomas depressivos persistentes (Fisk; Wetherell; Gatz, 2009).

Em relação aos anos de estudo, nossa amostra apresentou baixa escolaridade (56,6% estudaram até quatro anos) ou analfabetismo (31,7%). Vários estudos relacionam baixo nível de escolaridade (Lee, 2011; Campos *et al.*, 2014; Zhou *et al.*, 2014; Chiau; Weng, 2016) e analfabetismo (Quatrin *et al.*, 2014; Nogueira *et al.*, 2014) com depressão e com menor qualidade de vida, embora outros possam mostrar não haver relação entre estes fatores (Saaed, 2012). Existem diversos modelos explicativos que falam a favor da educação como fator de proteção contra depressão. Na esfera socioeconômica, pessoas com melhor educação tem mais chances de ter um emprego melhor, resultando em maiores salários e melhorando o acesso a recursos e atendimentos especializados. Adicionalmente, além da remuneração, a educação leva a melhores empregos, oferecendo ambientes de trabalho mais seguros e com menos exposição à adversidade (Lee, 2011; Trentini; Chachamovich; Wagner, 2011). Na esfera sociocultural, a educação também leva indivíduos a ter acesso a informações melhores e melhores habilidades críticas, permitindo-os a ter melhores hábitos de vida e seguir com mais prontidão orientações médicas. E mais: a educação muda a posição social relativa do indivíduo (Lee, 2011), ajudando-o a construir melhores redes sociais, não só em tamanho, mas também em qualidade de suporte oferecido. Ainda, quanto mais educado um indivíduo, maior a chance de ter um parceiro bem-educado e maior a probabilidade do indivíduo de estar satisfeito com o seu relacionamento (Lee; Smith, 2011) e este status pode influenciar a sua saúde mental, por evitar a solidão e o isolamento social, ambos fatores de risco para a depressão (Quatrin *et al.*, 2014). É importante salientar que, além da saúde fragilizada, a baixa educação limita a cognição e que pessoas com maior capacidade cognitiva tendem a obter melhor nível de educação e cuidar melhor de sua saúde (Trentini; Chachamovich; Wagner, 2011). Em um determinado estudo (Charis *et al.*, 2014), 63.3% dos pacientes que tinham sintomas depressivos tinham ensino primário incompleto. Em outro estudo, temos como resultados que a educação atenua os déficits de memória verbal em casos de depressão grave em idosos, ajudando também a atenuar outros sintomas de depressão grave (Mclaren *et al.*, 2015), melhorando, desta forma, a qualidade de vida.

De acordo com o IBGE (2010), as pessoas de 25 anos ou mais aumentaram seu nível de instrução em pelo menos 11 anos de estudo, saindo de 33,6% em 2007 para 42,5% em 2014. Tais dados indicam que a educação universal ainda é uma realidade muito distante, configurando um importante problema social brasileiro. Em um estudo nacional acompanhando a região sudeste, nordeste e centro-oeste, aproximadamente 80% das pessoas com sintomas depressivos significativos não receberam qualquer tratamento, alcançando proporções ainda maiores no nordeste do país. Neste mesmo estudo, mulheres, indivíduos de cor branca, com formação completa de ensino médio ou faculdade e com múltiplas morbidades eram mais propensos a procurar e receber tratamento mental (Lopes *et al.*, 2016). Por fim, a educação foi considerada um importante fator relacionado ao acesso ao cuidado com a saúde mental. Baixos níveis de educação tem relação com sintomatologia depressiva prolongada (Spijaker, 2004), ao passo que um maior nível educacional está relacionado com maior taxa de envelhecimento saudável (Mclaren *et al.*, 2015). Melhorar a educação é, portanto, um imprescindível foco para melhorar a qualidade de vida e diminuir os índices de depressão entre idosos, devendo ser alvo ainda maior de políticas sociais brasileiras.

No presente estudo a variável que apresentou maior significância estatística foi o estado civil para homens desenvolverem sintomas depressivos (82%). Para mulheres não foi um fator preditivo. O impacto da presença de uma vida conjugal é amplamente discutido na literatura, tendo evidências que falam a favor (Lino *et al.*, 2013) e contra (Robards *et al.*, 2012) de ser fator protetivo contra depressão. São duas teorias que sustentam a alta prevalência de proteção contra depressão da conjugalidade em idosos: 1) um complexo grupo de mecanismos causais contendo fatores ambientais, sociais e psicológicos que promovem uma vida mais saudável para casais do que para idosos sem um parceiro, e 2) a definição de que casamentos antigos e novos selecionam positivamente pessoas com maior saúde física e mental e negativamente pessoas que apresentam doenças crônicas ou depressão. Sobre os mecanismos causais, podemos encontrar que idosos casados reportam menos eventos estressantes e maior contato social do que os não casados (Lino *et al.*, 2013). Uma meta análise de 2007 indica que idosos casados tem menor taxa de mortalidade do que idosos solteiros, divorciados ou viúvos (Bretanha *et al.*, 2015; Torres *et al.*, 2016). Por fim, vários estudos indicam que idosos casados tem fator protetor contra mortalidade, embora a vantagem seja muito mais importante para homens do que mulheres. Isso pode ser explicado por que homens solteiros tem maior tendência de adotar comportamentos de risco do que mulheres solteiras, maior monitoramento de comportamentos saudáveis pela esposa do que pelo marido e, por último, maior suporte social oferecido pelas esposas do que pelos maridos (Rendall *et al.*, 2011).

5 Conclusões

O presente estudo se propôs avaliar as relações entre a sintomatologia depressiva, gênero e os dados sociodemográficos de alguns idosos cadastrados pelo programa ESF do Município de Porto Alegre, RS, Brasil.

A amostra apresentou altos índices de vulnerabilidade, tais como: falta de apoio familiar e comunitário, renda inexistente ou de apenas um/dois salários mínimos e baixo nível de escolaridade. Na pesquisa encontrou-se uma ocorrência alta de sintomas depressivos em idosos, onde 59,8% mostram-se suscetíveis aos riscos da sintomatologia depressiva. Desta forma, conclui-se que a facilidade no acesso à rede de saúde, o fortalecimento das políticas públicas já existentes na área da saúde coletiva e a atuação e disseminação do cuidado no campo da saúde mental dos idosos brasileiros na atenção primária do SUS, como forma de prevenção, pode auxiliar na transformação dessa realidade.

Entre as limitações do estudo pode-se citar uma maior participação de mulheres idosas, fato este observado no estudo, pois elas se mostraram mais autônomas do que os homens. Sugere-se a realização de novos estudos sobre a temática, buscando aumentar o número de participantes, assim como buscar abrangem todas as regiões do município de coleta.

Referências

ALMEIDA, Osvaldo; ALMEIDA, Shirley. Short Versions of The Geriatric Depression Scale: A Study Of Their Validity For The Diagnosis Of A Major Depressive Episode According. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, [s.l.], v. 14, n. 10, p. 858-865, 1999.

ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAKER, E.; CLARK, L. L. Biopsychopharmacosocial approach to assess impact of social distancing and isolation on mental health in older adults. **British journal of community nursing**, v. 25, n. 5, p. 231-238, 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da república, 1994.

BRETANHA, Andreia Ferreira *et al.* Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 1-12, mar. 2015.

CAMPOS, Ana Cristina Viana *et al.* Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. **Health Qual Life Outcomes**, [s.l.], v. 12, p. 166, 2014.

CHARIS, Wey Ling *et al.* Association of Socioeconomic Status (SES) and Social Support with Depressive Symptoms among the Elderly in Singapore. **Annals of the Academy of Medicine**, Singapura, v. 43, p. 576-87, 2014.

CHIAU, Chi; WENG, Li-Jen. Mid-life socioeconomic status, depressive symptomatology and general cognitive status among older adults: inter-relationships and temporal effects. **Biomédic central Geriatrics**, [s.l.], v. 16, n. 88, 2016.

CONTE, Lourdes Bernadete; SOUZA, Lucia Nazareth Amante. Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão. **Revista do Instituto Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 214-9, 2009.

DALY, M.; SUTIN, A. R.; ROBINSON, E. Depression reported by US adults in 2017–2018 and March and April 2020. **Journal of Affective Disorders**, v. 278, p. 131-135, 2020.

FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes *et al.* As diferenças de gênero na velhice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 60, n. 4, p. 422-7, 2007.

FISKE, Amy; WETHERELL, Julie Leobach; GATZ, Margaret. Depression in Older Adults. **Annual Review of Clinical Psychology**, [s.l.], v. 5, p. 363-89, 2009.

FRADE, João *et al.* Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 4, p. 41-9, 2015.

GONÇALVES, Lucia Hisako. O campo da gerontologia e seus desafios. **Revista Saúde.Com**, Bahia, v. 3, n. 1, p. 12-9, 2007.

HAMMARTROM, Anne *et al.* Gender-related explanatory models of depression: a critical evaluation of medical articles. **Public Helth**, [s.l.], v. 123, n. 10., p. 689-93, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da População Brasileira: População por Sexo e Grupos de Idade**. Brasília, DF: IBGE, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: 10 jun. 2022.

JAWAID, A. Protecting older adults during social distancing. **Science**, v. 368, n. 6487, p. 145, 2020.

HAMMARSTROM, A; LEHTI, A; BENGIS, C; JOHANSSON, E.E. Gender-related explanatory models of depression: a critical evaluation of medical articles. *Saúde Pública*, 2009.

LEE, Jinkook. Pathways from Education to Depression. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 121-35, 2011.

LEE, Jinkook; SMITH, James. Explanations for Education Gradients in Depression: The Case of Korea. *Research on Aging*, Califórnia, Estados Unidos, v. 33, n. 5, p. 551-75, 2011.

LINO, Valéria *et al.* Assessment of Social Support and Its Association to Depression, Self-Perceived Health and Chronic Diseases in Elderly Individuals Residing in an Area of Poverty and Social Vulnerability in Rio de Janeiro City, Brazil. **Published online**, [s.l.], v. 8, n. 8, p. e71712, 2013.

LOPES, Claudia Souza *et al.* Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. *International Journal for Equity in Health*, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 154, 2016.

MCLAREN, Molly *et al.* Impact of Education on Memory Deficits in Subclinical Depression. *Archives of Clinical Neuropsychology*, [s.l.], v. 30, n. 5, p. 387-93, 2015.

MELCHIOR, Maria *et al.* Low socioeconomic position and depression persistence: longitudinal results from the GAZEL cohort study. *Psychiatry Research*, Amsterdam, v. 177, n. 1, p. 92-6, 2010.

MOORE, Jessica Kelley. Do Local Social Hierarchies Matter for Mental Health? A Study of Neighborhood Social Status and Depressive Symptoms in Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, [s.l.], v. 71, n. 2, p. 369-77, 2016.

MORIGUCHI, Yukio. Atualizações em geriatria e gerontologia: da pesquisa básica à prática clínica. Porto Alegre: **EDIPUCRS**, 2008.

NOGUEIRA, Eduardo Lopes *et al.* Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 368-77, 2014.

NOGUEIRA, Eduardo Lopes. **Estudo de rastreamento e diagnóstico de depressão nos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre, RS, Brasil**. 2014. 71f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

QUATRIN, Luis Bertoldo *et al.* Collective efficacy and depressive symptoms in Brazilian elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Estados Unidos, v. 59, n. 3, p. 624-9, 2014.

RAUTH, Jussara; PY, Ligia. A história por trás da lei: o histórico, as articulações de movimentos sociais e científicos, e as lideranças políticas envolvidas no processo de constituição da política nacional do idoso. In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

RENDALL, Michael S. et al. The protective effect of marriage for survival: a review and update. **Demography**, v. 48, n. 2, p. 481-506, 2011.

ROBARDS, James *et al.* Marital status, health and mortality. **Maturitas**, [s.l.], v. 73, n. 4, p. 295-299, 2012.

SAEED, Zeb *et al.* Depression in patients on hemodialysis and their caregivers. **Saudi J Kidney Diseases Transplantation**, Arabia Saadia, v. 23, n. 5, p. 946-52, 2012.

SONNENBERG, Caroline *et al.* Gender differences in the relation between depression and social support in later life. **International Psychogeriatrics**, Cambridge, v. 25, n. 1, p. 1-10, 2013.

SONNENBERG, C.M et al. Gender differences in the relation between depression and social support in later life. **International Psychogeriatrics**, n 25, 2012.

SPIJKER, Jan, *et al.* Determinants of persistence of major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). **Journal of Affective Disorders**, [s.l.], v. 81, n. 3, p. 231-40, 2004.

TORRES, Juliane Lustosa *et al.* Wealth and Disability in Later Life: The English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). **Published online**, [s.l.], v. 11, n. 11, p. e0166825, 2016.

TRENTINI, Clarissa. M. *et al.* Quality of Life (QoL) in a Brazilian Sample of Older Adults: The Role of Sociodemographic Variables and Depression Symptoms. **Applied Research Quality Life**, [s.l.], v. 6, n. 291, p. 291-309, 2011.

VAN DE VELDE, Sara; BRACKE, Piet; LEVECQUE, Kati. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 71, n. 2, p. 305-13, 2010.

VELDE, S.; BRACKE, P.; LEVECQUE, K. Gender differences in depression in European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. **Social Science & Medicine**. n. 71, 2010. DOI: 10.1016/j.socscimed. 2010.

WANG, G.; TANG, S. Perceived psychosocial health and its sociodemographic correlates in times of the COVID-19 pandemic: a community-based online study in China. **Infectious Diseases of Poverty**, v. 9, n. 148, 2020.

WEICH, Scot. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population-based cohort study. **BMJ Clinical Research**, Reino Unido, v. 317, n. 7151, p. 115-9, 1998.

YANG, Y. et al. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 4, p. e19, 2020.

WEICH, Scot; LEWIS, Glyn. Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain. **Journal of Epidemiology & Community Health**, Reino Unido, v. 52, n. 1, p. 8-14, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, DF: **World Health Organization**, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). What are the public health implications of global aging? **Geneva: World Health Organization**, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/42/en/>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

ZHOU, Xinghu *et al.* The Prevalence and Risk Factors for Depression Symptoms in a Rural Chinese Sample Population. **Published online**, [s.l.], v. 9, n. 6, p. e99692, 2014.

Submissão: 28/04/2022

Aceite: 13/10/2023

Como citar o artigo:

LESSA, Adriana da Silva et al. Fatores sociodemográficos preditores de sintomatologia depressiva em uma amostra de idosos do município de Porto Alegre RS/Brasil. **Estudos interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 28, e124092, 2023. DOI: 10.22456/2316-2171.124092

