Introdução

A institucionalização da pessoa com idade avançada parece constituir um gatilho, juntamente com outros fatores, no caminho do desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Santiago & Mattos, 2014). De acordo com estudos prévios, o quadro depressivo apresenta uma elevada prevalência quando nos reportamos à referida população (Jongenelis et al., 2004; Mozley et al., 2000; Silva, Sousa, Ferreira, & Peixoto, 2012), incluindo a portuguesa (Vaz & Gaspar, 2011), sendo que o mesmo também se verifica quando apenas nos reportamos à presença de alguma sintomatologia (Marinho et al., 2010; McDougall, Matthews, Kvaal, Dewey, & Brayne, 2007). Dados semelhantes reportam que é a população idosa institucionalizada a que apresenta uma maior prevalência no que respeita à problemática da depressão, comparativamente com idosos residentes na comunidade (Marinho et al., 2010; Silva et al., 2012), apontando valores de prevalência entre três a quatro vezes superiores (Jongenelis et al., 2004), mostrando ser também a população institucionalizada que apresenta um nível de severidade superior no que concerne ao quadro depressivo (Silva et al., 2012).

No que respeita aos idosos institucionalizados, sintomas como humor deprimido e o desejo de morrer parecem ser mais frequentes comparativamente com a amostra de idosos residentes na comunidade (McDougall et al., 2007). De acordo com um estudo de Sarin, Punyaapriya, Sethi e Nagar (2016), a mudança no estilo de vida que advém do abandono da realidade familiar e a consequente transição para uma instituição, assim como a supressão no que respeita ao suporte familiar, podem explicar o diagnóstico de depressão atribuído a estes idosos.

Runcan (2012) revelou que os idosos institucionalizados experienciam mais "sentimentos de tristeza, pessimismo, bem como sentimentos de fracasso, insatisfação, indecisão e culpa. Esta população sofre mudanças no que respeita à sua auto-imagem, apresentando dificuldades de trabalho e perturbação do sono, sentindo-se constantemente cansados, com problemas como a anorexia, perda de peso no meio ano precedente, mostrando ainda preocupação com a sua condição física, evidenciando uma diminuição da libido" (Runcan, 2012, p.113).

Chow et al. (2004) salientam ainda que o quadro depressivo se correlaciona com algumas lacunas inerentes à perceção do idoso no que concerne à sua escassez económica, à falta de satisfação com a vida, a uma pobre perceção no que respeita ao estado no qual se encontra a sua saúde, assim como à falta de entusiasmo com a vida e à presença de pensamentos de cariz suicida.

Posto isto, prevê-se importante adquirir uma postura mais prudente no que respeita à população

idosa institucionalizada, com especial destaque para as componentes físicas e psicossociais que constituem fatores de risco para o desenvolvimento do quadro depressivo (Jongenelis et al., 2004). De acordo com McDougall et al. (2007), é essencial proceder-se a uma avaliação regular da saúde mental do idoso residente em instituições, por forma a aumentar a qualidade de vida nestes contextos. No que respeita à população geriátrica que se encontra institucionalizada, torna-se crucial proceder-se ao rastreio do quadro depressivo em sujeitos que apresentem um risco no desenvolvimento do referido diagnóstico (Lansari et al., 2015).

A Escala de Depressão Geriátrica, desenvolvida por Brink et al. (1982) e validada por Yesavage et al. (1983), teve como princípio orientador a construção de um instrumento de rastreio do quadro depressivo, que se destinasse à população com idade avançada (Brink et al., 1982; Yesavage et al., 1983). Por forma a ir ao encontro destes objetivos, foram tidas em consideração algumas características no desenvolvimento do instrumento, das quais se destacam: um formato de resposta simples e acessível, ser direcionado para a população geriátrica e ter como modo de administração a autorresposta (Brink et al., 1982), não descartando a possibilidade de ser hétero administrado caso necessário (Yesavage et al., 1983). Desta forma, a GDS foi desenvolvida por forma a contornar limitações de instrumentos precedentes de depressão geriátrica, através do desenvolvimento de uma escala passível de considerar a variável idade, bem como a seleção de questões que tenham em conta o funcionamento desta população. Assim, foram excluídos itens considerados desajustados no que respeita à diferenciação de idosos com e sem diagnóstico de depressão, bem como os itens considerados úteis para o rastreio da população jovem, os quais não se mostram adequados quando considerada a população idosa. Com efeito, foram eliminados da versão final da GDS, questões de conteúdo somático e de cariz sexual (Yesavage et al., 1983). O instrumento contempla ainda um formato de resposta dicotómica “sim/não”, por forma a ser um instrumento de fácil compreensão, com possibilidade de ser utilizado nas mais diversas eventualidades como uma escala de autorresposta (Yesavage et al., 1983).

A GDS, enquanto escala de avaliação da depressão é um instrumento capaz de diferenciar a população sem depressão da população que apresenta quadro depressivo, bem como, no que respeita aos sujeitos sintomáticos, se estes se apresentam leve ou severamente deprimidos, tendo por base os critérios de diagnóstico. Desta forma e através do processo de validação da escala, foi possível reunir evidências de que a GDS é uma escala que apresenta confiabilidade e validade no que respeita à avaliação do quadro depressivo na população geriátrica (Yesavage et al., 1983).

A Escala de Depressão Geriátrica tem sido alvo de adaptação e validação em diferentes culturas

e países, entre os quais Espanha (Martín et al., 2002), Grécia (Fountoulakis et al., 1999), Hong Kong (Chiu et al., 1994), Ásia (Kulathunga et al., 2010), Coreia (Bae & Cho, 2004), Turquia (Ertan & Eker, 2000), entre outros. Assim, este tem sido um instrumento considerado válido no que concerne ao rastreio do quadro clínico depressivo, ainda que em diferentes populações e com distinto número de itens que integram o instrumento.

No que respeita ao número de itens constituintes da escala, várias conceções têm sido propostas. Desta forma, têm sido validadas versões com 30 itens (Chiu et al., 1994; Ertan & Eker, 2000; Martín et al., 2002), as quais vão de encontro à versão original (Yesavage et al., 1983), bem como escalas de 15 (Bae & Cho, 2004; Fountoulakis et al., 1999; Kulathunga et al., 2010; Paradela, Lourenço, & Veras, 2005) e de 5 (Rinaldi et al., 2003).

A GDS tem também sido alvo de validação no que respeita à população idosa institucionalizada, revelando resultados passíveis de concluir pela validade e aplicabilidade deste instrumento no rastreio do quadro depressivo na referida população, ainda que sem consenso quanto ao número de itens (Jongenelis et al., 2007; McGivney, Mulvihill, & Taylor, 1994; Parmelee, Lawton, & Katz, 1989; Sutcliffe et al., 2000). Outros estudos revelaram também a validade e utilidade da Escala de Depressão Geriátrica em sujeitos com idade avançada residentes em lares de idosos, enaltecendo ainda a vantagem da diferenciação do grau de severidade do quadro depressivo (Gerety et al., 1994; Jongenelis et al., 2005).

De acordo com o levantamento bibliográfico, inerente a validações precedentes, foi possível depreender que muitos estudos incluíram como critério de exclusão a nível metodológico a presença de défice cognitivo (Bae & Cho, 2004; Fountoulakis et al., 1999; Friedman, Heisel, & Delavan, 2005; McGivney et al., 1994; Rinaldi et al., 2003). Ainda assim, tendo em conta a população idosa institucionalizada, é importante considerar que os lares de idosos apresentam uma população com alta prevalência no que respeita ao quadro clínico depressivo, bem como à presença de défice cognitivo (Mozley et al., 2000). Posto isto, quando considerada a validação de uma escala na população institucionalizada, alguns autores destacam a relevância da inclusão de sujeitos com défice cognitivo, tendo sido encontrados resultados indicativos de que esta variável não prejudica o desempenho na escala (Parmelee et al., 1989; Sutcliffe et al., 2000). Desta forma, dá-se a possibilidade deste instrumento se afirmar útil, não só quando nos reportamos à população saudável, mas também quando perante outras condições de saúde de que é exemplo o défice a nível cognitivo (Yesavage et al., 1983).

A síntese da revisão da literatura dos estudos de validação prévios da Escala de Depressão Geriátrica pode ser mais facilmente seguida através do Quadro 1.

Quadro 1.*Revisão da literatura*

Autor	Amostra	Nº de itens	Consistência interna	Teste-reteste	Estrutura Fatorial	ROC	Ponto de Corte
Yesavage (1983)	N = 47 Comunidade	30 itens	0,94	0,85	–	–	–
Paramelee (1989)	N = 417 Institucionalizada	30 itens	0,91	0,85	1 fator – Critério de Catell (ACP)	–	–
Chiu (1994)	N = 193 Institucionalização e serviço de psiquiatria	30 itens	0,92	0,84	1 fator – Critério de Catell (ACP)	S = 96% E = 92%	15
Mc Givney (1994)	N = 66 Institucionalização	30 itens	–	–	–	S = 63% E = 91%	15
Fountoulakis (1999)	N = 271 Sem indicação	15 itens	0,94	–	4 fatores (ACP)	S = 92% E = 95%	6/7
Bae (2000)	N = 154 Serviço de Psiquiatria	15 itens	0,86	–	3 fatores (ACP)	S = 74% E = 86%	10
Ertan (2000)	N = 273 Institucionalização e comunidade	30 itens	0,91	0,74	3 fatores (ACP)	S = 74% E = 86%	10
Sutcliffe (2000)	N = 308 Institucionalização	12 itens	0,81	–	–	S = 73% E = 77%	4/5
Martín (2002)	N = 192 Cuidados primários	30 itens	0,82	–	–	S = 87% E = 63%; AUC = 0,85	9/10
Rinaldi (2003)	N = 181 Consulta externa, internamento e institucionalização	5 itens	–	0,84	–	S = 95% E = 81%; AUC = 0,88	–
Paradela (2005)	N = 302 Consulta Externa	15 itens	–	–	–	S = 81% E = 71%; AUC = 0,85	5/6
Friedman (2005)	N = 960 Comunidade	15 itens	0,75	–	2 fatores (ACP)	S = 81% E = 75%; AUC = 0,86	6
Jongenelis (2007)	N = 410 Institucionalização	8 itens	0,80	–	–	S = 96% E = 71%	2/3
Kalathunga (2010)	N = 60 Consulta externa	15 itens	–	–	–	S = 73% E = 73%; AUC = 0,44	8

Nota. n = número de sujeitos; ROC = Receiver Operating Characteristic; S = Sensibilidade; E = Especificidade; AUC = Area Under Curve; ACP = Análise de Componentes Principais.

Uma vez enaltecida a importância do rastreio do diagnóstico de depressão na população idosa institucionalizada, bem como a prevalência deste quadro na mesma, o presente estudo objetiva a validação da Escala de Depressão Geriátrica na referida população. Esta investigação visa colmatar as lacunas previamente referidas ao nível de validações prévias, no sentido de considerar as idiosincrasias inerentes à componente da institucionalização como cruciais no

desenvolvimento de um diagnóstico mais rigoroso e orientado para uma realidade com características por sua vez diferentes. Assim, é nosso objetivo demonstrar a validade da GDS no que respeita à população geriátrica institucionalizada, expondo para o efeito as propriedades psicométricas da mesma, através da apresentação do valor de confiabilidade da escala, apresentando ainda dados relativos ao desempenho da GDS enquanto medida com capacidade de discriminação ao nível do diagnóstico, bem como à estrutura fatorial da mesma.

Materiais e Métodos

Âmbito geral do estudo

O presente estudo é parte integrante do Projeto de Investigação “*Trajetórias do Envelhecimento*”, com sede no Instituto Superior Miguel Torga (ISMT). O referido projeto contou com a colaboração de diversos docentes e discentes da instituição que dispunham de formação e prática em avaliação psicológica no que respeita a esta população, sob coordenação executiva da Professora Doutora Helena Espírito Santo.

O projeto “*Trajetórias do Envelhecimento*” nasceu do propósito de explorar a saúde física e mental do idoso institucionalizado, decorrente de um processo de envelhecimento, nas suas mais distintas condições. Neste sentido, o programa visou reunir informação referente ao funcionamento cognitivo, emocional e do padrão comportamental da pessoa com idade avançada, atendendo a uma perspetiva longitudinal, capaz de potenciar resultados passíveis de demonstrar alterações na capacidade da mesma. Desta forma, este projeto integra uma estrutura precisa e detalhada com vista aos objetivos, que compreendeu em si mesmo: questionários sociodemográficos, bem como instrumentos de rastreio da componente emocional e baterias de avaliação neuropsicológica.

Note-se que, com vista ao alargamento do referido projeto, foram ainda desenvolvidas parcerias com instituições da região Centro de Portugal, bem como assinados consentimentos informados pelos sujeitos que aceitassem a sua participação no estudo, pelo que esta foi exclusivamente de cariz voluntário.

Por forma a cumprir com os pressupostos éticos e deontológicos inerentes à investigação com seres humanos, o referido projeto foi aprovado pela Comissão de Ética, órgão do Departamento de Investigação & Desenvolvimento (CE-DI&D) do Instituto Superior Miguel Torga (DI&D-ISMT/2-2013).

Participantes

O presente estudo caracteriza-se pelo seu formato de validação. Por forma a proceder à seleção da amostra, foram alvo de participação no presente estudo, sujeitos que usufruíssem das seguintes características inerentes aos critérios de inclusão: idosos com idade igual ou superior a 60 anos, institucionalizados e que preenchessem o consentimento informado. Ao invés, foram excluídos de participação no estudo, sujeitos que reunissem qualquer um dos seguintes critérios de exclusão: portadores de doença mental e sujeitos com alterações na capacidade motora que impossibilitasse a avaliação. De acordo com o levantamento bibliográfico e atendendo à população idosa institucionalizada, não foram excluídos do presente estudo sujeitos com défice cognitivo, o que foi ao encontro da revisão anteriormente enaltecida (Paramelee, 1989; Sutcliffe et al., 2000), uma vez não ter sido encontrada relação entre o funcionamento cognitivo e o desempenho na GDS no presente estudo ($r = 0,02$; $p = 0,67$). Torna-se ainda importante ressaltar que a amostra do presente estudo foi maioritariamente constituída por sujeitos com défice cognitivo ($N = 393$; 79,7%), o que vem realçar a importância da não exclusão destes sujeitos, uma vez que esta característica parece representativa da população à qual se refere. Com efeito, a presente investigação contou com um total de 493 sujeitos, todos eles institucionalizados em diferentes entidades. No que concerne às características sociodemográficas da amostra (Tabela 1), a faixa etária da mesma compreendeu sujeitos entre os 60 e os 100 anos ($M = 80,66$; $DP = 7,72$), sendo que 2 (0,4%) sujeitos tinham 60 anos de idade, 51 (10,3%) tinham idades compreendidas entre os 61 e os 70 anos, 166 (33,7%) idades compreendidas entre os 71 e os 80 anos, 236 (47,9%) idades compreendidas entre os 81 e os 90 anos e 38 (7,7%) idades compreendidas entre os 91 e os 100 anos. Relativamente ao sexo, 360 (73,0%) eram do sexo feminino e os restantes 133 (27,0%) participantes do sexo masculino.

Ainda no que respeita aos dados sociodemográficos recolhidos e relativamente ao estado civil, 51 (10,3%) participantes eram solteiros, 110 (22,3%) eram casados ou viviam em união de facto, 300 (60,9%) eram viúvos e 32 (6,5%) estavam divorciados. Desta forma, 383 (77,7%) dos participantes do presente estudo não tinham companheiro, sendo que os restantes 110 (22,3%) ainda o tinham. Relativamente ao nível de escolaridade, 135 (27,5%) não tinham escolaridade, 63 (12,8%) também não tinham escolaridade, ainda que soubessem ler e escrever, 238 (48,5%) tinham o 1º ciclo, 30 (6,1) tinham o 2º ciclo e 25 (5,1%) tinham o Ensino Secundário. No que respeita à profissão dos sujeitos, 433 (88,4%) participantes tiveram uma profissão de âmbito manual e 57 (11,6%) de cariz intelectual. Relativamente à tipologia de onde os participantes eram provenientes, 136 sujeitos (27,6%) residiam em meio urbano antes da institucionalização, sendo que os restantes 357 (72,4%) residiam em meio rural.

Relativamente à resposta social, é de salientar que 284 (57,6%) sujeitos frequentavam centros de dia/convívio e os restantes 209 (42,4%) residiam em estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI).

Por fim, no que respeita ao tempo da institucionalização em termos médios, podemos apontar uma duração de 32 meses ($M = 32,02$; $DP = 36,04$).

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N = 493)*

		<i>n</i>	%
Sexo (<i>n</i> = 493)	Masculino	133	27,0
	Feminino	360	73,0
Institucionalização (<i>n</i> = 493)	Sim	493	100
Idade (<i>n</i> = 493) ($M = 80,66$; $DP = 7,72$)	≤ 60	2	0,4
	61-70	51	10,3
	71-80	166	33,7
	81-90	236	47,9
	91-100	38	7,7
Estado civil (<i>n</i> = 493)	Solteiro	51	10,3
	Casado/União de facto	110	22,3
	Viúvo	300	60,9
	Divorciado/Separado	32	6,5
Estado Civil Categorizado (<i>n</i> = 493)	Sem Companheiro	383	77,7
	Com Companheiro	110	22,3
Nível de Escolaridade (<i>n</i> = 491) ^a	Sem Escolaridade	135	27,5
	Sabe Ler e Escrever	63	12,8
	1.º Ciclo	238	48,5
	2.º Ciclo	30	6,1
	Ensino Secundário	25	5,1
Tipologia (<i>n</i> = 140) ^a	Urbano	136	27,6
	Rural	357	72,4
Resposta Social (<i>n</i> = 493)	Dia/Convívio	284	57,6
	Noite/ERPI	209	42,4
Profissão (<i>n</i> = 490) ^a	Manual	433	88,4
	Intelectual	57	11,6
		<i>M</i>	<i>DP</i>
Duração da institucionalização (em meses) (<i>n</i> = 405) ^a		32,02	36,94

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *n* = número de sujeitos; ERPI = Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas. ^a No início do projeto Trajetórias do Envelhecimento o protocolo de avaliação não incluía todas as variáveis sociodemográficas, o que justifica a disparidade no número de sujeitos.

Procedimentos

Os procedimentos do presente estudo decorreram do estipulado para o projeto Trajetórias do Envelhecimento, pelo que podem facilmente ser diferenciados em três fases processuais. Num primeiro momento, foram fornecidas informações referentes ao projeto e solicitadas as autorizações às instituições para a administração dos instrumentos constituintes do protocolo, bem como a autorização da avaliação dos seus utentes.

Seguidamente, foi solicitada autorização através de um pedido formal para utilização dos instrumentos aos autores dos mesmos, para fins de investigação. Após terem sido concebidas as referidas autorizações, procedeu-se ainda ao desenvolvimento e leitura do consentimento informado aos participantes, sendo que a não assinatura do referido documento por parte dos sujeitos foi indicativa da não inclusão dos mesmos no presente estudo.

Numa segunda fase, procedeu-se ao levantamento de dados mediado pelo protocolo, o qual teve início com o questionário sociodemográfico, que objetivou a recolha de informações sociodemográficas da amostra (idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão prévia, número de filhos, pessoas que o/a visitam regularmente e nome da instituição). Consequentemente, procedeu-se à continuidade da recolha de dados, desta vez com base na administração dos instrumentos de avaliação psicológica e neuropsicológica: Escala de Depressão Geriátrica (*GDS*), Entrevista Neuropsicológica Internacional Mini (*MINI 500*), Inventário de Ansiedade Geriátrica (*GAI*), Mini Mental State Examination (*MMSE*), a Escala do Afeto Positivo e Negativo (*PANAS*) e a Escala de Satisfação com a Vida (*SWLS*).

Por fim, num terceiro momento, foram novamente inquiridos 85 sujeitos de acordo com o protocolo anteriormente mencionado, por forma a avaliar a validade teste-reteste da GDS com um intervalo de tempo médio de 1,44 meses ($DP = 3,56$). O número de sujeitos inquiridos no segundo momento revelou-se inferior devido a questões logísticas, bem como à recusa de alguns sujeitos em serem novamente avaliados.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico. Foi desenvolvido no âmbito do presente estudo um questionário com vista à recolha de informação sociodemográfica dos participantes, bem como à recolha de dados inerentes à seleção da amostra, tendo por base os critérios de inclusão e exclusão definidos para o mesmo.

Desta forma, o questionário sociodemográfico construído objetivou a recolha de informação inerente aos dados pessoais dos participantes (sexo, idade, última profissão, nível de

escolaridade, número de anos de internamento, naturalidade, estado civil, agregado familiar, entre outros).

Escala de Depressão Geriátrica. A *Geriatric Depression Scale* (GDS, versão original de Yesavage et al., 1983; tradução para a população portuguesa de Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2007) é um instrumento de rastreio do quadro clínico depressivo e sua severidade, desenvolvido especificamente para a população geriátrica. Esta escala é constituída por 30 itens, apresentando um formato de resposta dicotómica (sim/não) por forma a simplificar a sua administração, tendo ainda sido concebida com o intuito de ser um instrumento de autorresposta. Para efeitos de cotação é necessário ter em consideração a existência de itens de conceptualização inversa, pelo que aos itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 e 28 deverá ser atribuída uma pontuação de 1 quando respondidos afirmativamente, devendo aos restantes itens (1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30) com resposta negativa ser também atribuído 1 ponto. Desta forma, no que respeita à sua pontuação total, esta pode variar entre 0 e 30 pontos, correspondendo o aumento da pontuação ao agravamento do quadro clínico no que concerne à sua severidade (Yesavage et al., 1983).

No que respeita aos valores de confiabilidade encontrados, a versão original obteve um valor de alfa de Cronbach de 0,94 (Yesavage et al., 1983), sendo o valor encontrado no presente estudo de 0,87.

Inventário Geriátrico de Ansiedade. O *Geriatric Anxiety Scale* (GAI, versão original de Pachana et al., 2007; tradução e validação de Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva, & Espírito-Santo, 2015) é uma escala que visa avaliar a sintomatologia ansiosa, no que respeita à população idosa (Pachana et al., 2007).

Este instrumento, constituído por 20 itens, com opção de resposta dicotómica (“concordo” ou “discordo”), revela-se bastante importante no que respeita ao levantamento de hipóteses relativamente à sintomatologia ansiosa inerente a pessoas idosas. Este instrumento é de fácil administração e de passível avaliação num curto espaço de tempo (Daniel et al., 2015). O GAI apresenta ainda como vantagem a possibilidade de ser auto ou hétero administrado, tendo em conta as idiosincrasias do sujeito ao qual deverá ser aplicado (Daniel et al., 2015).

De acordo com as características psicométricas da versão portuguesa do instrumento, este apresenta um alfa de Cronbach de 0,94 (Daniel et al., 2015), o que vai de encontro aos valores obtidos na versão original do mesmo instrumento (0,91) (Pachana et al., 2007). Já no que concerne aos resultados do nosso estudo, o alfa de Cronbach foi de 0,95.

Lista de Afetos Positivos e Negativos. A *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS, versão original de Watson, Clark, & Tellegen 1988; validação portuguesa de Costa, 2013)

objetiva a avaliação dos domínios da afetividade e do bem-estar subjetivo (Watson et al., 1988). Diferentemente da versão original de 20 itens, a versão portuguesa do instrumento é constituída por 22 itens, dos quais 11 são referentes ao afeto positivo, sendo os restantes 11 correspondentes à avaliação da afetividade negativa. No que respeita ao formato de resposta, a PANAS é constituída por uma escala de resposta tipo Likert de cinco pontos, sendo que deverá ser atribuído 1 ponto para as respostas “*Muito pouco ou nada*”, 2 pontos para as respostas “*Um pouco*”, 3 pontos nas respostas “*Assim assim*”, 4 pontos para as respostas “*Muito*” e por fim 5 pontos para todas as respostas correspondentes à opção “*Muitíssimo*”. Desta forma, os sujeitos são convidados a refletir relativamente a uma lista de palavras correspondentes a diferentes sentimentos e emoções e a orientarem a sua resposta relativamente à presença ou não destas variáveis, assim como ao impacto que estas tiveram no que respeita à sua severidade, na semana precedente (Costa, 2013).

Relativamente aos valores de alfa de Cronbach encontrados, a versão original conta com um valor de 0,88 para o PANAS Positivo e 0,87 para o PANAS Negativo (Watson et al., 1988) e a versão portuguesa valores de 0,79 para o afeto positivo e 0,84 para o afeto negativo (Costa, 2013). No que respeita ao presente estudo, foi encontrado um valor de 0,78 para o PANAS Positivo e de 0,83 para o PANAS Negativo.

Escala de Satisfação com a Vida. A *Satisfaction With Life Scale* (SWLS, versão original de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; tradução e validação de Costa, 2013) objetiva a avaliação da satisfação com a vida, por forma a aferir o bem-estar subjetivo dos sujeitos (Costa, 2013).

Este instrumento é constituído por um total de 5 itens, com opção de resposta tendo em conta uma escala de Likert de 5 pontos. A pontuação e consequente cotação do instrumento, é estipulada no sentido crescente, sendo atribuído 1 ponto às respostas “*discordo muito*”, 2 pontos para “*discordo um pouco*”, 3 pontos para “*não concordo nem discordo*”, 4 pontos para “*concordo um pouco*” e 5 pontos para “*concordo muito*”, pelo que deverá proceder-se ao somatório das pontuações de acordo com as respostas para obter o resultado final (Costa, 2013). No que respeita à consistência interna da SWLS, esta apresenta um valor de alfa de Cronbach 0,76 (Costa, 2013), sendo que foi encontrado um valor de 0,77 no presente estudo.

Entrevista Neuropsicológica Internacional Mini. A *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I. 5.0.0., versão original de Sheehan et al., 1998; tradução e validação portuguesa de Guterres, Levy, & Amorim, 1998) é, como o próprio nome o indica, uma entrevista estruturada de diagnóstico, que visa ir ao encontro dos parâmetros estabelecidos pelos manuais de diagnóstico DSM-IV e ICD-10 no que respeita a quadros do foro psiquiátrico,

sejam eles pertencentes ao Eixo 1 (CID-10; WHO, 1994) ou integrantes de quadros psicóticos (Sheehan et al., 1998). Esta entrevista foi desenvolvida com o intuito de ser de fácil compreensão e administração, com sensibilidade suficiente para que permita diferenciar a presença ou não de perturbação do foro psiquiátrico, passível de detetar sintomatologia relevante para os demais quadros que se propõe avaliar (Sheehan et al., 1998). No que concerne ao seu formato de resposta, este instrumento assume características de resposta dicotómica, com opção de resposta de sim/não.

Mini Exame do Estado Mental. O *Mini Mental State Examination* (MMSE, Versão Original de Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; validação portuguesa de Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2014) é um instrumento que viabiliza a avaliação da função cognitiva (Folstein et al., 1975). Este é um teste passível de distinguir sujeitos com e sem défice no que respeita ao domínio cognitivo, com possibilidade de prever de forma quantitativa a severidade do mesmo défice (Folstein et al., 1975). No que concerne à versão portuguesa do instrumento, o MMSE é constituído por um total de 20 exercícios, os quais estão inseridos em 4 domínios considerados relevantes no que concerne à avaliação da função cognitiva. Desta forma, estão inseridos no referido instrumento, provas inerentes aos domínios da orientação, memória, atenção e cálculo e linguagem, variando a pontuação ente os 0 e os 30 pontos. Relativamente aos dados psicométricos, foi encontrado no presente estudo um valor de alfa de Cronbach de 0,42.

Análise estatística

No que respeita à análise estatística, foi utilizado o programa *G'Power 3* por forma a determinar o tamanho da amostra, que possibilitou ainda determinar o número de sujeitos necessários à realização do estudo.

Previamente à análise estatística dos dados, foi necessário averiguar a normalidade das distribuições das pontuações das variáveis em estudo e proceder-se à *normalização* das variáveis em que esse aspeto não se verificou, de acordo com o recomendado por Pallant (2011) e ainda proceder à recategorização de valores extremos. A análise estatística do presente estudo, tendo em conta a dimensão da sua amostra, foi realizada com recurso a estatística paramétrica e ao programa IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences – versão 25), tendo os dados sido guardados de forma anónima pelo investigador, garantindo a confidencialidade das informações.

No que respeita à análise estatística para efeitos de validação, procedeu-se inicialmente à caracterização da amostra de forma descritiva e ao levantamento das médias e desvios padrão das variáveis sociodemográficas dos sujeitos participantes no estudo. No mesmo seguimento, foi ainda explorado o efeito das mesmas variáveis sociodemográficas na escala que objetivamos validar, através da utilização

de correlações bisserial e ponto bisseral, convertidas em teste *t* de student para amostras independentes e da ANOVA.

Por forma a ir de encontro aos moldes estabelecidos para o desenvolvimento da formulação metodológica, a análise estatística do presente estudo teve por base a revisão da literatura anteriormente mencionada. Deste modo, foi realizada a análise fatorial da GDS tal como apontam os estudos de Bae e Cho (2004), Chiu et al. (1994) e Parmelee et al. (1989) por forma a verificar a estrutura da escala, ainda que de forma exploratória, realizando a consequente análise paralela de Monte Carlo por forma a explorar os *eigenvalues*.

Para as validades convergente e divergente, procedeu-se à análise das correlações de Pearson e respetivos coeficientes de determinação.

Seguidamente, procedeu-se ao estudo da confiabilidade através do cálculo do alfa de Cronbach, para a escala a validar, tal como o postulado por Bae e Cho (2004), Chiu et al. (1994), Ertan e Eker (2000), Friedman et al. (2005), Martín et al. (2002), Parmelee et al. (1989) e Yesavage et al. (1983), bem como de todos os instrumentos utilizados no presente estudo. Consequentemente procedeu-se à análise teste-reteste por forma a averiguar a consistência da escala ao longo do tempo.

Por fim, foi feita uma análise *ROC* (*Receiver Operating Characteristic curve*) à semelhança de Bae e Cho (2004), Ertan e Eker (2000), Friedman et al. (2005), Kulathunga et al. (2010), Martín et al. (2002), Paradela et al. (2005), Rinaldi et al. (2003) e consequente área sob a curva (*AUC*), a fim de aferir a sensibilidade e especificidade do instrumento no que respeita ao diagnóstico depressivo e o Índice de Youden para determinação do ponto de corte.

Resultados

Análise Fatorial

A Escala de Depressão Geriátrica de 30 itens foi submetida a análise de componentes principais com rotação Varimax, tendo-se procedido à avaliação da adequação dos dados através dos valores da matriz de correlação. Os dados obtidos revelaram a existência de valores de correlação inferiores ao valor recomendado de 0,3, de acordo com Pallant (2011), o que leva a questionar a aplicabilidade da análise fatorial no presente estudo. De acordo com a análise dos valores de comunalidades, foi ainda possível constatar a existência de valores inferiores a 0,4 e de saturações cruzadas (*cross loading*) ao longo da distribuição fatorial. Consequentemente procedeu-se à realização da Análise Paralela de Monte Carlo que destacou três componentes com valores próprios superiores aos valores aleatórios equivalentes para uma matriz de dimensão idêntica (30 variáveis $\times$ 493 inquiridos). Posto isto, atendendo à presença de uma estrutura com valores inferiores aos recomendados e à presença de variáveis saturadas em mais do

que um fator (*cross loadings*), procedeu-se à exclusão dos itens com valores de comunalidade inferiores a 0,4 (itens 2, 17 e 18). De seguida, foi forçada a extração a 1 fator, de acordo com o revisto na literatura, tendo por base o critério de Cattell (1966).

Consequentemente procedeu-se novamente à análise, desta vez com 27 itens, forçada a 1 fator, o que revelou valores inferiores a 0,4 nos itens 1, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29 e 30, ao nível das comunalidades, bem como valores inferiores a 0,3 na matriz de correlações. Dessa forma, procedeu-se novamente à exclusão dos itens identificados, ainda que mantendo o critério de extração de 1 fator. Por conseguinte, procedeu-se novamente à análise de componentes principais que apresentou uma escala com 8 itens e uma solução de 1 fator, uma vez verificada a existência de valores superiores a 0,3 ao nível da matriz de correlação, bem como todos os valores de comunalidades superiores a 0,4, com uma variância de 52,51%. Desta forma, procedeu-se à análise dos valores de Kaiser-Meyer-Olkin, bem como aos valores do teste de esfericidade de Bartlett, pelo que o presente estudo obteve um valor de *KMO* de 0,91, revelando consequentemente significância estatística ($p < 0,001$) quando considerado o teste de Bartlett, o que sustenta a estrutura fatorial presente na matriz de correlação.

Validade Convergente e Divergente

A Tabela 2 apresenta os valores de correlação de Pearson entre os instrumentos utilizados no presente estudo para fins de análise. No que respeita à validade convergente procedeu-se à análise das correlações de Pearson entre a GDS, o PANAS Negativo e o GAI, sendo que, ao nível da validade divergente, foi realizada a mesma análise, desta vez com o PANAS Positivo e a SWLS.

Tabela 2

Correlações de Pearson entre a GDS, o GAI, o PANAS Positivo e Negativo, o MMSE e a SWLS (N = 493)

Instrumentos	1	2	3	4	6	7
GDS ($n = 493$)	—	0,76**	-0,22**	0,62**	0,02	-0,32**
GAI ($n = 493$)		—	-0,17**	0,65**	0,12**	-0,27**
PANAS Positivo ($n = 478$) ^a			—	-0,13**	0,20**	0,45**
PANAS Negativo ($n = 4282$) ^a				—	-0,09*	-0,30**
MMSE ($n = 493$)					—	0,003
SWLS ($n = 487$) ^a						—

Nota. GDS = Geriatric Depression Scale; GAI = Geriatric Anxiety Scale; PANAS = Positive and Negative Affect Schedule; MMSE = Mini Mental State Examination; SWLS = Satisfaction With Life Scale; n = número de sujeitos; ^aNo início do projeto Trajetórias do Envelhecimento o protocolo de avaliação não incluía todas as variáveis sociodemográficas, o que justifica a disparidade no número de sujeitos.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

De acordo com os resultados obtidos através da correlação entre a GDS e o PANAS Negativo para a validade convergente, foi possível encontrar uma correlação elevada, positiva e significativa ($r = 0,62$; $p < 0,001$) de acordo com Cohen (1988) e um coeficiente de determinação de 37%. Estes resultados são reveladores de que uma maior pontuação ao nível da sintomatologia depressiva se correlaciona fortemente com uma pontuação por sua vez também elevada no que respeita ao afeto negativo. No que respeita ao resultado da correlação entre o GDS e o GAI, foi também possível encontrar valores de correlação elevada, positiva e significativa ($r = 0,76$; $p < 0,001$), de acordo com o postulado por Cohen (1988) com um coeficiente de determinação de 58%, o que nos apraz dizer que pontuações mais elevadas no que respeita à sintomatologia depressiva são também indicativas do aumento das pontuações de sintomatologia ansiosa.

Inversamente, no que respeita aos resultados obtidos quando considerada a correlação entre a GDS e o PANAS Positivo para a validade divergente, os resultados demonstram uma correlação negativa e estatisticamente significativa, ainda que baixa ($r = -0,22$; $p < 0,001$), de acordo com Cohen (1988), com um coeficiente de determinação de 5%. Estes resultados permitem deprender que pontuações elevadas ao nível da sintomatologia depressiva se traduzem em pontuações baixas quando nos reportamos ao afeto positivo. Por fim, no que respeita à correlação entre a GDS e a SWLS é possível verificar a existência de uma correlação negativa, significativa e moderada ($r = -0,32$; $p < 0,001$) de acordo com o postulado por Cohen (1988), com um coeficiente de determinação de 10%, o que significa que quanto maior a pontuação ao nível da sintomatologia depressiva, menor a satisfação dos sujeitos com a vida.

Análise da Confiabilidade

Para a condição de confiabilidade da GDS, mais concretamente no que respeita à consistência interna da mesma, procedeu-se à análise do valor de alfa de Cronbach, que revelou um valor de 0,87 no presente estudo.

Quando observados os valores de “alfa se item excluído”, não foram encontrados valores de alfa superiores ao valor de alfa da escala total o que sugere a manutenção da estrutura da escala. Através da Tabela 3 é possível observar o conteúdo e a totalidade dos itens integrantes da presente escala, bem como os valores descritivos, de consistência e de comunalidades a estes referentes.

Tabela 3*Descritivas, Consistência e Comunalidades da Escala de Depressão Geriátrica de 8 itens (N = 493)*

#	Itens	M	DP	n	%	r item-total corrigida	Alfa se item eliminado	h ²
1	Sente a sua vida vazia?	0,56	0,50	275	55,8%	0,60	0,86	0,49
2	Fica muitas vezes aborrecido(a)?	0,60	0,49	297	60,2%	0,66	0,85	0,58
3	Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	0,45	0,50	222	45,0%	0,60	0,86	0,49
4	Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	0,46	0,50	229	46,5%	0,56	0,86	0,44
5	Fica muitas vezes inquieto(a) ou nervoso(a)?	0,59	0,49	293	59,4%	0,64	0,85	0,55
6	Sente-se muitas vezes desanimado(a) ou abatido(a)?	0,56	0,50	275	55,8%	0,68	0,85	0,60
7	Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	0,45	0,50	222	45,0%	0,64	0,85	0,55
8	Sente muitas vezes vontade de chorar?	0,56	0,50	275	55,8%	0,61	0,86	0,51

Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão; n = número de sujeitos que respondeu "Sim"; r = correlação; h² = comunalidade.

Estabilidade Temporal

No que respeita à estabilidade temporal da GDS, procedeu-se à análise correlacional teste-reteste através da correlação de Pearson, bem como à análise de possíveis diferenças ao nível das pontuações entre os dois momentos de avaliação através da realização do teste *t* para amostras emparelhadas.

No que respeita à correlação entre os dois momentos de avaliação, o presente estudo obteve uma correlação positiva elevada ($r = 0,55$) e estatisticamente significativa ($p < 0,001$), de acordo com o postulado por Cohen (1988), com um coeficiente de correlação de 30%.

Por fim, a análise do teste *t* de Student para amostras emparelhadas demonstrou uma diminuição das pontuações entre o primeiro ($M = 5,09$; $DP = 2,64$) e o segundo momentos ($M = 4,85$; $DP = 2,47$) de avaliação, ainda que esta diferença não tenha sido significativa [$t(84) = 0,94$; $p = 0,35$]. Através deste teste foi ainda possível depreender que as pontuações médias decresceram 0,24 na GDS, quando considerado um intervalo de confiança de 95%, entre -0,28 e 0,77.

Sensibilidade e Especificidade

Por forma a determinar o ponto de corte da GDS e a precisão desse mesmo ponto de corte em identificar os idosos com diagnóstico de depressão, procedeu-se no presente estudo à análise

da sensibilidade e especificidade através de uma *Receiver Operating Characteristic (ROC)*. Os resultados obtidos demonstraram um valor de *AUC* de 0,82 ($p < 0,001$), possibilitando a determinação do ponto de corte mais apropriado. Assim, através dos valores das coordenadas da curva, foi possível proceder à análise do Índice de Youden que, com uma sensibilidade de 80% e uma especificidade de 77% determinou um ponto de corte de 5/6.

Adicionalmente apresentam-se estatísticas descritivas na Tabela 4, que integram os valores médios, mínimos, máximos e desvios padrão referentes à intensidade de cada instrumento.

Tabela 4

Intensidade da GDS, do GAI, do PANAS, do MMSE e da SWLS na amostra (N = 493)

Instrumentos	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
GDS	4,24	2,87	0	8
GAI	9,84	6,98	0	20
PANAS Positivo	30,70	7,69	11	51
PANAS Negativo	23,68	8,38	11	48
MMSE	20,37	6,04	5	30
SWLS	16,21	4,99	5	25

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *Mín* = Mínimo; *Máx* = Máximo.

Diferenças individuais na GDS

Através da análise da Tabela 5 é possível proceder-se à comparação da GDS entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas, recorrendo à análise teste *t* de Student para amostras independentes, bem como à análise de variância (ANOVA). Desta forma, a referida tabela possibilita depreender que foi o sexo feminino o responsável pelas pontuações mais elevadas na escala, diferença esta estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

No que concerne à faixa etária, podemos também constatar que foi a faixa dos ≤ 60 que pontuou mais ao nível da sintomatologia depressiva, diferença esta também estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Também de forma significativa ($p < 0,05$) foi possível de constatar a presença de pontuações mais elevadas no que respeita ao nível de escolaridade dos sujeitos, quando nos reportamos à amostra não escolarizada.

Por fim e no que respeita à profissão, foram os sujeitos com ocupações manuais prévias que apresentaram pontuações mais altas, o que é estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

Tabela 5Comparação do GDS entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas ($N = 493$)

		Escala de Depressão Geriátrica	
		<i>M</i>	<i>DP</i>
Sexo	Masculino	3,56	2,67
	Feminino	4,49	2,91
<i>t Student (t; d)</i>		(-3,35**; $0,33$)	
Idade	≤ 60	6,00	2,83
	61-70	4,27	2,59
	71-80	4,49	2,86
	81-90	4,25	2,91
	91-100	2,89	2,77
ANOVA ($F; \eta^2$)		(2,63*; $0,02$)	
Estado civil	Solteiro	4,16	2,91
	Separado/ Divorciado	4,19	2,95
	Viúvo(a)	4,40	2,89
	Casado/ União de facto	3,83	2,78
ANOVA ($F; \eta^2$)		(1,10 ^{NS} ; $0,01$)	
Estado Civil 2	Sem companheiro	4,35	2,89
	Com companheiro	3,83	2,78
<i>t Student (t; d)</i>		(1,69 ^{NS} ; $0,18$)	
Tipologia	Urbano	4,43	2,73
	Rural	4,16	2,93
<i>t Student (t; d)</i>		(0,95 ^{NS} ; $0,10$)	
Nível de escolaridade	Sem escolaridade	4,73	2,94
	Sabe ler e escrever	4,67	2,75
	1.º Ciclo	4,03	2,78
	2.º Ciclo	4,00	3,14
	Ensino Secundário	2,92	2,90
ANOVA ($F; \eta^2$)		(3,10*; $0,02$)	
Profissão	Manual	4,37	2,83
	Intelectual	3,35	3,01
<i>t Student (t; d)</i>		(2,55*; $0,36$)	
Resposta social	Dia/Convívio	4,24	2,83
	Noite/ERPI	4,23	2,93
<i>t Student (t; d)</i>		(0,01 ^{NS} ; $0,00$)	

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *F* = ANOVA; *t* = teste *t* de Student; η^2 = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); *d* = *d* de Cohen; GDS = *Geriatric Depression Scale*; ERPI = Estruturas residenciais para pessoas idosas.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ^{NS} Não significativo.

Discussão

A Escala de Depressão Geriátrica é um instrumento de rastreio que se prevê bastante útil, quando nos reportamos à avaliação da sintomatologia depressiva na população idosa. Este instrumento, concebido especificamente para sujeitos com idade avançada, é de fácil

compreensão e de curta duração no que concerne à sua administração, a qual pode ser feita de forma autónoma, em formato de autorresposta, compreendendo ainda a possibilidade de ser heteroadministrada.

O presente estudo objetiva a validação da GDS, através da análise das características psicométricas da mesma numa amostra de idosos institucionalizados, tendo em conta as características da referida população. Esta investigação está inserida no projeto “Trajetórias do Envelhecimento de idosos em Resposta Social: Estudo dos Fatores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência”, a qual abrangeu um total de 493 idosos institucionalizados, tendo por base os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

No que respeita à análise descritiva quanto ao sexo, o presente estudo permitiu depreender que é o sexo feminino que apresenta pontuações mais elevadas quando nos reportamos à presença de sintomatologia depressiva. Estes resultados parecem ser concordantes com os resultados de um estudo de Silva et al. (2012), que encontraram uma relação entre as variáveis sintomatologia depressiva e sexo feminino, numa amostra de idosos institucionalizados. De acordo com Yaka, Keskinoglu, Ucku, Yener e Tunca (2014), apesar da existência de uma variedade de estudos referentes à disparidade entre sexos no que respeita à presença de sintomatologia depressiva, nenhum deles parece ainda apresentar uma explicação lógica para tais diferenças. Não obstante, Sonnenberg, Beekman, Deeg e Van-Tilburg (2000) realçam a diferença entre sexos na população com idade avançada, corroborando que o sexo feminino é mais propenso a desenvolver um quadro de depressão, acrescentando que é também este o que mais se expõe aos fatores de risco associados a este quadro clínico, o que parece explicar esta prevalência. Zunzunegui, Béland, Llácer e León (1998), num estudo referente às diferenças de género numa amostra da população idosa espanhola, revelaram que o sexo feminino é mais propenso a dispor dos fatores de risco inerentes à presença de sintomatologia depressiva, de que são exemplos as condições socioeconómica e de saúde inferiores, bem como o menor auxílio ao nível emocional e o inferior acesso a atividades sociais, comparativamente com o sexo masculino. Também em reforço deste resultado, numa perspetiva epidemiológica, Eaton et al. (2012) verificaram a existência de uma relação entre a maior prevalência de perturbações do humor e de ansiedade e uma média superior no que se refere à “*predisposição latente de interiorização*” (Kessler, 2011) nas mulheres, comparativamente aos homens (Lam, Smith, Checkley, Rijdsdijk, & Sham, 2003). Segundo Hettema, Neale, Myers, Prescott, & Kendler (2006) o traço de interiorização está intimamente ligado ao Neuroticismo, que é por sua vez atribuído a efeitos genéticos. Note-se ainda que uma das principais teorias de atribuição de diferenças entre sexos na depressão envolve a noção de que as mulheres têm mais rumações que os homens, focando-se em

emoções negativas ao invés de se envolverem em estratégias de resolução de problemas (Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008). Por fim, o nosso resultado é apoiado por vários outros estudos que demonstram a influência da biologia na maior propensão para a depressão entre as mulheres, nomeadamente influência ao nível endocrinológico (Altemus, 2006; Epperson, Sammel, & Freeman, 2013; Parker & Brotchie, 2004) e da própria genética feminina, mais particularmente no que se refere à estrutura do sistema nervoso central (Altemus, Sarvaiya, & Epperson, 2014).

Relativamente à variável idade, os sujeitos com pontuações mais altas ao nível da sintomatologia depressiva têm 60 anos de idade, o que corresponde à faixa etária mais baixa no presente estudo. De acordo com um estudo de McDougall et al. (2007) numa amostra de idosos institucionalizados, a prevalência do quadro depressivo diminui com o aumento da idade, o que parece ir de encontro aos nossos resultados, uma vez que estes também decrescem em faixas etárias mais elevadas. Posto isto, coloca-se por hipótese que os resultados encontrados possam ficar a dever-se aos fatores abandono do lar e do seio familiar nos idosos mais jovens, pelo papel mais recente que assumem nas suas vidas, uma vez que a institucionalização destes sujeitos ocorre por volta destas idades. O impacto destes aspetos é salientado por Sarin et al. (2016) que levantam a possibilidade da mudança no estilo de vida que advém do abandono da realidade familiar e da conseqüente supressão no suporte proporcionado pela mesma, bem como a conseqüente transição para uma instituição poderem justificar a presença de sintomatologia depressiva. Ainda assim, estas conclusões parecem díspares das descobertas por Silva et al. (2012) que salientam uma elevada associação entre a sintomatologia depressiva e o aumento da idade numa amostra da população geriátrica institucionalizada. Desta forma é possível colocar por hipótese que estas diferenças fiquem a dever-se a fatores culturais, uma vez que o estudo de Silva et al. (2012) foi desenvolvido numa amostra da população brasileira.

Por fim, os idosos não escolarizados e com ocupações manuais prévias apresentam valores mais elevados de sintomatologia depressiva de acordo com a GDS. Desta forma, coloca-se por hipótese que o nível de escolaridade possa ser de bom prognóstico quando nos reportamos à presença de sintomatologia depressiva na presente população. Os nossos resultados são corroborados com os de Bjelland et al. (2008), que apontam o nível de escolaridade elevado como um fator protetor na idade avançada quanto à sintomatologia depressiva. Também Chazelle et al. (2011) revelaram que sujeitos com um nível de educação inferior têm uma probabilidade aumentada de ter doenças crónicas e condições psicossociais inferiores quando

comparativamente a sujeitos com níveis superiores de escolaridade, destacando consequentemente a relação entre a depressão *major* e o nível de escolaridade.

O exercício de atividades cognitivamente estimulantes ao longo da vida, de que são exemplos a ocupação profissional intelectual e o nível de escolaridade mais alto, apresentam-se como potenciais fatores protetores contra o declínio cognitivo (Baldivia, Andrade, & Bueno, 2008; Falcão, 2011) que, por sua vez, poderá ter influência na diminuição dos sintomas depressivos em idosos institucionalizados (Pena et al., 2012; Trindade, Barboza, Oliveira, & Borges, 2013). Após ter-se procedido à reflexão da influência das características sociodemográficas da amostra nas pontuações da GDS, torna-se relevante considerar consequentemente os resultados encontrados ao nível da análise das propriedades psicométricas.

A análise fatorial do presente estudo, realizada através de uma análise de componentes principais com rotação Varimax, obrigou à exclusão de alguns itens com valores de comunalidade inferiores a 0,4 e valores de correlação inferiores a 0,3. Desta forma, a presente escala conta com um total de 8 itens e com apenas 1 fator. No que respeita à variância total explicada, esta apresenta um valor de 52,51%, o que é considerado aceitável, de acordo com o postulado por Marôco (2013), uma vez considerado o valor mínimo do critério (50%). O fator único encontrado no presente estudo vai ao encontro da estrutura fatorial de Chiu et al. (1994) e Parmelee et al. (1989). Contudo, esta estrutura não é corroborada por autores como Bae e Cho (2004), Fountoulakis et al. (1999) e Friedman et al. (2005) que obtiveram uma estrutura fatorial com 2, 3 e 4 fatores, respetivamente. De acordo com estes resultados coloca-se por hipótese que a discrepância ao nível do número de fatores da GDS possa ficar a dever-se não só ao menor número de itens, mas também a agentes culturais, uma vez que a revisão da literatura é referente a validações de países diferentes o que, consequentemente, pressupõe a presença de culturas com particularidades também elas distintas umas das outras. Em apoio desta hipótese, um estudo de Jang, Small e Haley (2001), referente à comparação transcultural da GDS entre uma amostra de idosos Coreanos e Americanos revelou que a estrutura da escala era discrepante entre as duas culturas.

Após exclusão de alguns itens, decorrente dos resultados da análise fatorial prevê-se relevante refletir relativamente à pertinência da validação de uma escala reduzida que se destina à população idosa institucionalizada. Face a esta diminuição ao nível da extensão da escala, coloca-se por hipótese que o conteúdo referente aos itens eliminados não seja relevante para o rastreio da sintomatologia depressiva na população institucionalizada. Ao invés, os 8 itens que permanecem integrantes da escala parecem ter um papel importante no que respeita à avaliação da referida sintomatologia nesta população.

No que respeita à validade convergente, o presente estudo permitiu depreender que a GDS se correlaciona forte e significativamente com o GAI e com o PANAS Negativo. Os estudos de Gerolimatos, Gregg e Edelstein (2013) e de Paukert, Lemaire e Cully (2009) encontraram valores de correlação com o GAI de 0,42 e de 0,65, respetivamente, pelo que parecem ir ao encontro dos valores encontrados no presente estudo, ainda que estes primeiros sejam inferiores. Resultados idênticos foram encontrados na correlação da GDS e do PANAS Negativo, com valores de 0,36 (Kim & Lee, 2017) e de 0,56 (Salazar-Villanea, Liebmann, Garnier-Villarreal, Montenegro-Montenegro, & Johnson, 2015). Estes resultados sugerem que, quando a pontuação da sintomatologia depressiva avaliada pela GDS aumenta, aumentam também as pontuações ao nível da sintomatologia ansiosa e o afeto negativo, avaliadas pelo GAI e pelo PANAS Negativo, respetivamente.

Relativamente à validade divergente, foram encontrados na presente investigação valores de correlação negativos, ainda que baixos e moderados com as escalas PANAS Positivo e a SWLS, respetivamente. Estes resultados são indicativos de que a GDS é uma escala que se distancia de outros instrumentos de avaliação que se destinam a medir constructos díspares do seu. O estudo de Kim e Lee (2017) encontrou valores de correlação de -0,41 entre a GDS e o PANAS Positivo e de -0,57 entre a GDS e a SWLS, o que vai de encontro aos resultados do presente estudo. Também um estudo de Salazar-Villanea et al. (2015) apresenta valores de correlação semelhantes entre a GDS e o PANAS Positivo (-0,4), o que nos apraz dizer que quanto mais elevadas as pontuações inerentes à sintomatologia depressiva tendo em conta a GDS, menores as pontuações referentes ao afeto positivo e à satisfação com a vida mediadas pelo PANAS Positivo e pela SWLS, respetivamente.

A confiabilidade da GDS apresenta um valor de alfa de 0,87, o que, de acordo com o postulado por Nunnally e Bernstein (1994), é um valor considerado adequado, tanto mais relevante uma vez que a escala é constituída por um reduzido número de itens (Peterson, 1994), sendo indicativo de que a escala mede o que se propõe medir. Este valor de confiabilidade é semelhante ao postulado por validações prévias com idosos institucionalizados, que encontraram valores de alfa de 0,80 com 8 itens (Jongenelis et al., 2007), 0,81 com 30 itens (McGivney et al., 1994) e 0,91 com 30 itens (Parmelee et al., 1989). Já no que se refere a valores referentes à amostra não institucionalizada, os valores encontrados por Yasavage et al. (1983; α de Cronbach = 0,94 30 itens) e Friedman et al. (2005; α de Cronbach = 0,71; 15 itens) parecem também ser idênticos.

No que concerne à consistência temporal, apesar de ter sido encontrado um valor inferior comparativamente com os de outros estudos, a correlação foi ainda elevada ($r = 0,55$), de

acordo com o postulado por Cohen (1988), o que demonstra que a GDS é uma medida que se mantém estável ao longo do tempo. Ainda assim, validações prévias têm encontrado valores mais elevados de correlação teste-reteste no que se refere à presente escala, quer quando nos reportamos à população institucionalizada (Parmelee et al., 1989), quer no que se refere a validações provenientes de outro tipo de amostra (Chiu et al., 1994; Ertan & Eker, 2000; Yesavage et al., 1983). No entanto, esta discrepância pode dever-se ao facto de a correlação ser um teste estatístico dependente da variabilidade das observações (Espírito-Santo & Daniel, 2017). Desta forma é importante atender ao facto de a nossa amostra ser mais homogénea quando comparada com os referidos estudos, pois estes incluem idosos da comunidade e de contextos institucionais abertos.

Por fim, a análise *ROC* (*Receiver Operating Characteristic curve*) usada para determinar o ponto de corte da GDS e a precisão desse mesmo ponto de corte em identificar os idosos com diagnóstico de depressão, permitiu fortalecer a validade da escala. De facto, os valores de sensibilidade e especificidade foram elevados (80% e 77%, respetivamente) com um ponto de corte de 5/6, sendo a *Area Under Curve* de 0,82.

Os valores de sensibilidade e especificidade encontrados parecem ser semelhantes aos da validação com um mesmo número de itens de Jongenelis et al. (2007) para a população institucionalizada (sensibilidade de 96% para depressão major e especificidade de 72%), ainda que com diferença ao nível do ponto de corte (2/3). Posto isto, prevê-se relevante questionar a diferença ao nível do ponto de corte, uma vez que ambas as validações são provenientes de amostras institucionalizadas, bem como comportam um igual número de itens na sua versão final. Desta forma, coloca-se por hipótese que o conteúdo dos itens possa ser responsável por tal disparidade, uma vez que apenas 3 dos 8 itens de ambas as escalas são idênticos. Este resultado pode ainda ficar a dever-se a questões culturais, uma vez que a população à qual se destinam as validações também difere. Podemos assim depreender que o conteúdo dos itens poderá ser distinto consoante o que mais sentido fará para a população em causa. No que se refere aos valores de *AUC*, foram encontrados resultados semelhantes ao do presente estudo em investigações prévias de validação da GDS (e.g., Martín et al., 2002; Paradela et al., 2005) $AUC = 0,85$; ver Quadro 1), o que nos apraz refletir pela validade destes valores, ainda que estes se reportem à população não institucionalizada e a um número de itens diferentes.

Em síntese, torna-se relevante elencar as principais vantagens e limitações do presente estudo, por forma a que este possa ser replicado e aperfeiçoado. Deste modo, é possível destacar a versão reduzida alcançada na presente validação como um fator vantajoso quando nos reportamos à população idosa institucionalizada, uma vez ser mais curta e prática no que

respeita à sua administração. Numa validação prévia da GDS, também esta com um total de 8 itens, Jongenelis et al. (2007) referem que uma versão reduzida parece ser um instrumento mais praticável quando nos referimos à população institucionalizada, uma vez apresentar uma carga menor para o sujeito e pelo facto de ser de mais rápida e cómoda administração, o que valida a pertinência da versão reduzida do presente estudo. A presente investigação prevê-se ainda vantajosa uma vez que é representativa das características da amostra geriátrica institucionalizada, não excluindo, à semelhança de outros estudos, sujeitos com défice cognitivo para a presente validação. Por fim, é ainda importante ressaltar a vantagem que surge da importância de uma validação de rastreio da sintomatologia depressiva para a população idosa institucionalizada, uma vez que este quadro é algo que tem sido apontado como bastante prevalente neste tipo de população, o que pôde também constatar-se no presente estudo.

No que respeita às limitações é possível hipotetizar até que ponto o grau de iliteracia não interfere na compreensão da escala. Esta é uma questão que se prevê relevante ter em consideração, uma vez que a amostra da população portuguesa do presente estudo é maioritariamente não escolarizada. Desta forma, sugestiona-se que esta questão possa vir a ser colmatada futuramente através da simplificação do conteúdo da escala para que esta possa ser cognitivamente acessível a sujeitos com um baixo nível de escolaridade.

Conclusão

Em jeito de conclusão, é possível depreender através dos resultados obtidos no presente estudo que a GDS apresenta características apropriadas e válidas, passíveis de viabilizar o rastreio do quadro clínico depressivo na população idosa institucionalizada. Esta validação prevê-se vantajosa, uma vez que possibilita a avaliação de um quadro que se impõe tão prevalente na população geriátrica institucionalizada, possibilitando conseqüentemente o desenvolvimento de propostas de intervenção mais rigorosas e fundamentadas. Assim, a utilização de uma escala reduzida e de fácil compreensão, bem como a curta duração requerida ao nível da sua administração, parecem ser também fatores importantes quando nos reportamos a sujeitos com idade avançada.

Referências Bibliográficas

- Altemus, M. (2006). Sex differences in depression and anxiety disorders: Potential biological determinants. *Hormones and Behavior*, *50*(4), 534–538. doi:10.1016/j.yhbeh.2006.06.031
- Altemus, M., Sarvaiya, N., & Epperson, N. C. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, *35*(3), 320–330. doi:10.1016/j.yfrne.2014.05.004
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4th ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, A. A., Barbosa, R. A. S. R., Menezes, M. S. S., Medeiros, I. I. F., Araújo, R. F., & Medeiros, C. A. C. X. (2015). Quality of Life, family support, and comorbidities in institutionalized elders with and without symptoms of depression. *Psychiatric Quarterly*, *87*(2), 281–291. doi:10.1007/s11126-015-9386-y
- Bae, J. N., & Cho, M. J. (2004). Development of the Korean version of the Geriatric Depression Scale and its short form among elderly psychiatric patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(3), 297–305. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.01.004
- Baldivia, B., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2008). Contribution of education, occupation and cognitively stimulating activities to the formation of cognitive reserve. *Dementia & Neuropsychologia*, *2*(3), 173–182. doi:10.1590/S1980-57642009DN20300003
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2007). Escala de Depressão Geriátrica [Geriatric Depression Scale - GDS]. In Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência (Eds.), *Livro de escalas e testes na demência* (2nd ed., pp. 65-67). Lisboa: Novartis.
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science & Medicine*, *66*(6), 1334–1345. doi:10.1016/j.socscimed.2007.12.019
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M., & Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, *1*(1), 37–43. doi:10.1300/J018v01n01_06
- Cattell, R. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, *1*(2), 245-276. doi:10.1207/s15327906mbr0102_10
- Chazelle, E., Lemogne, C., Morgan, K., Kelleher, C. C., Chastang, J.-F., & Niedhammer, I. (2011). Explanations of educational differences in major depression and generalised anxiety disorder in the Irish population. *Journal of Affective Disorders*, *134*(1-3), 304–314. doi:10.1016/j.jad.2011.05.049
- Chiu, H. F., Lee, H. C., Wing, Y. K., Kwong, P. K., Leung, C. M., & Chung, D. W. (1994).

- Reliability, validity and structure of the chinese Geriatric Depression Scale in a Hong Kong context: A preliminary report. *Singapore Medical Journal*, 35(5), 477–480. Retrieved from <http://www.smj.org.sg/sites/default/files/3505/3505a7.pdf>
- Chow, E. S. L., Kong, B. M. H., Wong, M. T. P., Draper, B., Lin, K. L., Ho, K. S., & Wong, C. P. (2004). The prevalence of depressive symptoms among elderly chinese private nursing home residents in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(8), 734–740. doi:10.1002/gps.1158
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, A. B. O. (2013). *Bem-estar subjetivo: Validação das escalas PANAS e SWLS a uma amostra de idosos portugueses institucionalizados* [Subjective well-being: Validation of the PANAS and SWLS scales to a sample of institutionalized Portuguese elderly] (Unpublished master's thesis). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A. & Espírito-Santo, H. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário de Ansiedade Geriátrica numa amostra de utentes de estruturas residenciais para idosos [Psychometric properties of the Portuguese Version of the Geriatric Anxiety Inventory in a sample of elderly people in residential care]. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 31–45. doi:10.7342/ismt.rpics.2015.1.2.22
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
- Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Skodol, A. E., Markon, K. E., ... Hasin, D. S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 282–288. doi:10.1037/a0024780
- Ertan, T., & Eker, E. (2000). Reliability, validity, and factor structure of the Geriatric Depression Scale in turkish elderly: Are there different factor structures for different cultures? *International Psychogeriatrics*, 12(2), 163–172. doi:10.1017/S1041610200006293
- Epperson, C. N., Sammel, M. D., & Freeman, E. W. (2013). Menopause effects on verbal memory: Findings from a longitudinal community cohort. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98(9), 3829–3838. doi:10.1210/jc.2013-1808
- Espírito-Santo, H. e Daniel, F. (2017). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (2): Guia para reportar a força das relações. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 3(1), 53-64. doi:10.7342/ismt.rpics.2017.3.1.48

- Falcão, D. F. (2011). *Influência da escolaridade e da profissão no desempenho de idosos em testes neuropsicológicos* [Influence of schooling and profession on the performance of the elderly in neuropsychological tests] (Master's thesis, ISMT, Coimbra). Retrieved from <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/445/1/T-Daniel-Escolaridade.pdf>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*(3), 189–198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Fountoulakis, K. N., Tsolaki, M., Iacovides, A., Yesavage, J., O'Hara, R., Kazis, A., & Ierodiakonou, C. (1999). The validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece. *Aging Clinical and Experimental Research*, *11*(6), 367–372. doi:10.1007/BF03339814
- Freitas, S., Simões, M., Alves, L., & Santana, I. (2014). The relevance of sociodemographic and health variables on MMSE normative data. *Applied Neuropsychology: Adult*, *22*(4), 311-319. doi:10.1080/23279095.2014.926455
- Friedman, B., Heisel, M. J., & Delavan, R. L. (2005). Psychometric properties of the 15-Item Geriatric Depression Scale in functionally impaired, cognitively intact, community-dwelling elderly primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*(9), 1570–1576. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53461.x
- Gerety, M. B., Williams, J. W., Mulrow, C. D., Cornell, J. E., Kadri, A. A., Rosenberg, J., ... Long, M. (1994). Performance of case-finding tools for depression in the nursing home: Influence of clinical and functional characteristics and selection of optimal threshold scores. *Journal of the American Geriatrics Society*, *42*(10), 1103–1109. doi:10.1111/j.1532-5415.1994.tb06217.x
- Gerolimatos, L. A., Gregg, J. J., & Edelstein, B. A. (2013). Assessment of anxiety in long-term care: Examination of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and its short form. *International Psychogeriatrics*, *25*(9), 1533–1542. doi:10.1017/S1041610213000847
- Guterres, T., Levy, P., & Amorim, P. (1998). *Mini International Neuropsychiatric Interview - Versão portuguesa M.I.N.I. 5.0.0.*
- Hettema, J. M., Neale, M. C., Myers, J. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2006). A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *American Journal of Psychiatry*, *163*(5), 857–864. doi:10.1176/appi.ajp.163.5.857
- Jang, Y., Small, B. J., & Haley, W. E. (2001). Cross-cultural comparability of the Geriatric Depression Scale: Comparison between older koreans and older americans. *Aging & Mental Health*, *5*(1), 31–37. doi:10.1080/13607860020020618
- Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Beekman, A. T. F., Kluiters, H., & Ribbe, M. W.

- (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: The AGED study. *Journal of Affective Disorders*, 83(2-3), 135-142. doi:10.1016/j.jad.2004.06.001
- Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Gerritsen, D. L., Derksen, M., Beekman, A. T. F., ... Ribbe, M. W. (2005). Diagnostic accuracy of the original 30-item and shortened versions of the Geriatric Depression Scale in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 1067–1074. doi:10.1002/gps.1398
- Jongenelis, K., Gerritsen, D. L., Pot, A. M., Beekman, A. T. F., Eisses, A. M. H., Kluiters, H., & Ribbe, M. W. (2007). Construction and validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 837–842. doi:10.1002/gps.1748
- Kessler, R. C., Petukhova, M., & Zaslavsky, A. M. (2011). The role of latent internalizing and externalizing predispositions in accounting for the development of comorbidity among common mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4), 307–312. doi:10.1097/YCO.0b013e3283477b22
- Kim, H.-Y., & Lee, H.-J. (2017). The roles of acceptance and cognitive reappraisal in the relationship between stress, subjective well-being and depression in older adults. *The Korean Journal of Health Psychology*, 22(1), 103–122. Retrieved from <http://www.dbpia.co.kr/Journal/ArticleDetail/NODE07129325>
- Kulathunga, M., Umayal, S., Somaratne, S., Srikanth, S., Kathriarachchi, S., & De Silva, K. R. D. (2010). Validation of the Geriatric Depression Scale for an elderly sri lankan clinic population. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(3), 254–257. doi:10.4103/0019-5545.70979
- Lam, D., Smith, N., Checkley, S., Rijdsdijk, F., & Sham, P. (2003). Effect of neuroticism, response style and information processing on depression severity in a clinically depressed sample. *Psychological Medicine*, 33(3), 469–479. doi:10.1017/S0033291702007304
- Lansari, R., Nefzi, H., Smaoui, S., Azzouz, M. A., Jeridette, S., Derouich, S., ... Melki, W. (2015). Depression of the institutionalized elderly. *Geriatric Psychiatry*, 30(1), 28–31. doi:10.1016/S0924-9338(15)31137-8
- Marinho, P. E. M., Melo, K. P. B., Apolinário, A. D., Bezerra, E., Freitas, J., Melo, D. M., ... Andrade, A. D. (2010). Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions (LSIs) and in the community in Brazil. *Archive of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 151–155. doi:10.1016/j.archger.2009.03.002
- Marôco, J. (2013). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5th ed.) [Statistical analysis with SPSS Statistics (5th ed.)]. ReportNumber: Lisboa.
- Martín, M. I. F.-S., Andrade, C., Molina, J., Munõz, P. E., Carretero, B., Rodríguez, M., & Silva,

- A. (2002). Validation of the spanish version of the Geriatric Depression Scale (GDS) in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(3), 279–287. doi:10.1002/gps.588
- McDougall, F. A., Matthews, F. E., Kvaal, K., Dewey, M. E., & Brayne, C. (2007). Prevalence and symptomatology of depression in older people living in institutions in England and Wales. *Age and Ageing*, 36(5), 562–568. doi:10.1093/ageing/afm111
- McGivney, S. A., Mulvihill, M., & Taylor, B. (1994). Validating the GDS Depression Screen in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(5), 490–492. doi:10.1111/j.1532-5415.1994.tb04969.x
- Mozley, C. G., Challis, D., Sutcliffe, C., Bagley, H., Burns, A., Huxley, P., & Cordingley, L. (2000). Psychiatric symptomatology in elderly people admitted to nursing and residential homes. *Aging & Mental Health*, 4(2), 136–141. doi:10.1080/13607860050008655
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101(2), 259–282. doi:10.1037/0033-2909.101.2.259
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. doi:10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103–114. doi:10.1017/S1041610206003504
- Pallant, J. (2011). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (4th ed.). Crows Nest NSW: Allen and Unwin.
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da Escala de Depressão Geriátrica em um ambulatório geral [Validation of Geriatric Depression Scale in a general outpatient clinic]. *Revista Saúde Pública*, 39(6), 918–923. doi:10.1590/S0034-89102005000600008
- Parker, G. B., & Brotchie, H. L. (2004). From diathesis to dimorphism: The biology of gender differences in depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(3), 210–216. doi:10.1097/01.nmd.0000116464.60500.63
- Parmelee, P. A., Lawton, M. P., & Katz, I. R. (1989). Psychometric properties of the Geriatric Depression Scale among the institutionalized aged. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(4), 331–338. doi:10.1037/1040-3590.1.4.331
- Paukert, A. L., LeMaire, A., & Cully, J. A. (2009). Predictors of depressive symptoms in older

- veterans with heart failure. *Aging & Mental Health*, 13(4), 601–610. doi:10.1080/13607860802459823
- Pena, I. T., Espirito-Santo, H., Fermino, S., Matreno, J., Lemos, L., Amaro, H., ... Guadalupe, S. (2012). O impacto dos sintomas depressivos no défice cognitivo em idosos institucionalizados. In R. Quevedo-Blasco e V. G. Quevedo-Blasco (Eds), *Avances en psicología clínica* (pp. 199-202).
- Peterson, R. A. (1994). A meta-analysis of cronbach's coefficient alpha. *Journal of Consumer Research*, 21(2), 381–391. doi:10.2307/2489828
- Rinaldi, P., Mecocci, P., Benedetti, C., Ercolani, S., Bregnocchi, M., Menculini, G., ... Cherubini, A. (2003). Validation of the five-Item Geriatric Depression Scale in elderly subjects in three different settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), 694–698. doi:10.1034/j.1600-0579.2003.00216.x
- Runcan, P. L. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33, 109-113. doi:10.1016/j.sbspro.2012.01.093
- Salazar-Villanea, M., Liebmann, E., Garnier-Villarreal, M., Montenegro-Montenegro, E., & Johnson, D. K. (2015). Depressive symptoms affect working memory in healthy older adult hispanics. *Journal of Depression and Anxiety*, 4(4), 1–21. doi:10.4172/2167-1044.1000204
- Santiago, L. M., & Mattos, I. E. (2014). Depressive symptoms in institutionalized older adults. *Revista de Saúde Pública*, 48(2), 216-224. doi:10.1590/S0034-8910.2014048004965
- Sarin, K., Punyaapriya, P., Sethi, S., & Nagar, I. (2016). Depression and hopelessness in institutionalized elderly: A societal concern. *Open Journal of Depression*, 5(3), 21–27. doi:10.4236/ojd.2016.53003
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The developmebt and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal Clinical Psychiatry*, 59(Suppl. 20), 22–33.
- Silva, E. R., Sousa, A. R. P., Ferreira, L. B., & Peixoto, H. M. (2012). Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: Subsídio ao cuidado de enfermagem [Prevalence and factors associated with depression among institutionalized elderly individuals: nursing care support]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1387–1393. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/15.pdf>
- Sonnenberg, C. M., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & Van-Tilburg, W. (2000). Sex differences in late-life depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 286–292. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.101004286.x
- Sutcliffe, C., Cordingley, L., Burns, A., Mozley, C. G., Bagley, H., Huxley, P., & Challis, D.

- (2000). A new version of the Geriatric Depression Scale for nursing and residential home populations: The Geriatric Depression Scale (Residential) (GDS-12R). *International Psychogeriatrics*, 12(2), 173–181. doi:10.1017/S104161020000630X
- Trindade, A. P. N. T., Barboza, M. A., Oliveira, F. B., & Borges, A. P. O. (2013). Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados [Impact of cognitive decline in functional capacity in elderly institutionalized and non-institutionalized]. *Fisioterapia em Movimento*, 26(2), 281–289. doi:10.1590/S0103-51502013000200005
- Vaz, S. F. A., & Gaspar, N. M. S. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança [Depression in older people in institutional care in Bragança]. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 49-58. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a05.pdf>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Yaka, E., Keskinoglu, P., Ucku, R., Yener, G. G., & Tunca, Z. (2014). Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59(1), 150–154. doi:10.1016/j.archger.2014.03.014
- Zunzunegui, M. V., Béland, F., Llácer, A., & León, V. (1998). Gender differences in depressive symptoms among spanish elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(5), 195–205. doi:10.1007/s001270050043
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminar report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4