

# DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESS PÓS-TRAUMÁTICO EM DOENTES COM CANCRO COLO-RECTAL

## Validação do *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e *Impact of Events Scale* (IES) numa amostra de doentes oncológicos

Maria Graça Pereira

Docente, Universidade do Minho, Braga  
gracep@iep.uminho

Ana Paula Figueiredo

Enfermeira em Oncologia Médica  
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE  
anapaulafig.lo@gmail.com

O presente estudo teve como objectivo a adaptação das escalas *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond & Snaith, 1993) e *Impact of Events Scale* (Weiss & Marmer, 1977) e simultaneamente avaliar os tratamentos de cirurgia, cirurgia/quimioterapia e cirurgia/radioterapia em doentes com cancro colo-rectal, ao nível da depressão, ansiedade e stress pós-traumático. A amostra é composta por 114 doentes com o diagnóstico de cancro colo-rectal. Os dados foram recolhidos no Instituto Português de Oncologia do Porto. Em termos de características psicométricas, as versões portuguesas do HADS e IES, na nossa amostra, apresentam uma boa fidelidade: respectivamente .94 e .90. Ao nível da validade, a versão adaptada do HADS mantém a estrutura original mas a versão adaptada do IES tem menos um item que a versão original. Os resultados obtidos apontam para um aumento dos níveis de depressão, ansiedade e stress pós-traumático nos doentes portadores de cancro colo-rectal que efectuaram cirurgia/quimioterapia e cirurgia/radioterapia quando comparados com os que realizaram apenas cirurgia e nos que possuem uma ostomia de eliminação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cancro colo-rectal, HADS, IES, depressão, ansiedade, stress pós-traumático.

*The purpose of this study was the adaptation of the "Hospital Anxiety and Depression Scale" (Zigmond & Snaith, 1993) and the "Impact of Events Scale" (Weiss & Marmer, 1977) and simultaneously to assess the surgery, surgery/chemotherapy and surgery/radiotherapy in patients with colorectal cancer in terms of depression, anxiety and post-traumatic stress. The sample includes 114 patients with colorectal diagnosis. Data was collected in Instituto Português de Oncologia. In terms of psychometric properties, the Portuguese versions of HADS and IES in our sample show a good internal consistency with a cronbach alpha of .94 and .90 respectively. In terms of validity, the adapted version of HADS keeps the original structure but the adapted version of IES has one item less. The results show an increase in depression, anxiety and post traumatic stress in patients with colorectal cancer that were submitted to surgery/chemotherapy and surgery/radiotherapy when compared with those that were only submitted to surgery and those that have an ostomy.*

**KEYWORDS:** Colorectal Cancer, HADS, IES, Depression, Anxiety, Post-Traumatic Stress

## INTRODUÇÃO

O cancro colo-rectal é a segunda maior causa de mortalidade por cancro nos EUA e o responsável por 15% de todos os novos casos desta patologia (Ganzl, 1996). Ambos os sexos são igualmente afectados, verificando-se no entanto uma maior incidência em pessoas com mais de cinquenta anos (Otto, 2000; Hogan, 1999).

A *American Cancer Society* (1995) efectuou um estudo comparativo da incidência do cancro e das mortes por localização e sexo em 1989, onde se verificou que a incidência do cancro colo-rectal no sexo masculino é de 14% e no sexo feminino de 15%. Verifica-se também neste estudo que a morte por esta patologia é de 11% no sexo masculino e de 13% no sexo feminino (Hogan, 1999).

Em Portugal, segundo o Registo Oncológico Nacional (1993), a taxa de incidência por cancro do cólon é de 15,15% no sexo feminino e de 22,09% no sexo masculino. Relativamente ao cancro do recto, este estudo apresenta valores de 12,15% no sexo feminino e de 20,14% no sexo masculino (Gouveia, António & Veloso, 1993).

A forma de cada doente vivenciar a sua situação depende de variados factores, tais como: tipo de diagnóstico e prognóstico, tipo de tratamento e existência ou não de apoio familiar. Neste âmbito, Murard (1996) refere que o diagnóstico de cancro, a necessidade de tratamento ou a descoberta de recidivas ou metástases trazem consigo uma complexidade de emoções e reacções tanto nos doentes como nos familiares, pois o cancro é um evento familiar que afecta o doente e a família. Os mesmos autores referem também que todos estes factores são cruciais para o desencadeamento ou não de psicopatologia no doente oncológico, influenciando também o tratamento.

O estudo do doente oncológico na sua vertente psicológica é necessário e importante, para que possamos conhecer os diferentes comportamentos e comorbilidade associadas e contribuir para a futura elaboração de programas de intervenção que tenham como objectivo a educação dos doentes portadores de doença oncológica, nas áreas da promoção, tratamento e reabilitação, ou seja a nível da educação para a saúde.

Muitos são os autores que referem a ansiedade e a depressão como as mais frequentes alterações do foro

psicológico em doentes portadores de cancro (Derogatis et al.; 1983; Nordin & Glimelius, 1999; Ogden, 1999; Hacpille, 2000). Segundo Ogden (1999), até 20% dos doentes com cancro manifestam depressão grave, luto, falta de controlo, alterações de personalidade, fúria e ansiedade. Também Derogatis e col. (1983) se debruçaram sobre este assunto, tendo encontrado os seguintes valores: 47% dos doentes com cancro apresentam perturbações psiquiátricas definidas no DSM III, sendo este número o correspondente a duas vezes a prevalência das perturbações afectivas na população em geral.

Relativamente ao stress pós-traumático, Andrykowski e Córdova (1998) referem que esta patologia é encontrada com frequência nos doentes portadores de doença oncológica, devido ao seu carácter súbito, imprevisível, por vezes irreversível, perdas sofridas, impossibilidade de escape ou incontrolabilidade e as expectativas de se sujeitar a traumas futuros.

O objectivo deste estudo foi a adaptação das escalas IES e HADS à população Portuguesa, nomeadamente aos doentes portadores de cancro colo-rectal, e simultaneamente avaliar os níveis de morbidade psicológica nestes doentes.

## METODOLOGIA

Amostra: A amostra do estudo é constituída por 114 doentes com o diagnóstico de cancro colo-rectal. Estes 114 doentes encontram-se divididos em 3 grupos, sendo o grupo A constituído por 35 doentes que efectuaram apenas tratamento cirúrgico, o grupo B constituído por 41 doentes que efectuaram tratamento de cirurgia/quimioterapia e o grupo C constituído por 38 doentes que efectuaram tratamento de cirurgia/radioterapia. Existe uma predominância de doentes do sexo masculino (62,3%), sendo a maioria casados (77,2%). Relativamente à idade, verifica-se uma maior quantidade de doentes com idade situada entre os 41 e 60 anos (50%), não se encontrando a trabalhar 91% dos mesmos. Em relação aos tratamentos efectuados, 31% realizaram apenas cirurgia, 33% cirurgia e radioterapia e 36% cirurgia e quimioterapia.

## Instrumentos

A escolha dos instrumentos foi baseada na natureza dos fenómenos que se pretendiam estudar e nas quali-

dades psicométricas destes. Os instrumentos utilizados para medir as variáveis estudadas nas doentes com cancro colo-rectal foram: Questionário Clínico e Sócio-Demográfico (Pereira & Figueiredo, 2005); “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) de Zigmond & Snaith (1983), versão Portuguesa de Pereira & Sousa (2005); “Impact of Events Scale” (IES) de Weiss & Marmar (1977), versão Portuguesa de Pereira & Figueiredo (2005). A avaliação da sintomatologia psicológica (depressão e ansiedade) foi realizada com o “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS). Trata-se de uma escala constituída por 14 itens da escala original (7 itens para avaliar a ansiedade e 7 itens para avaliar a depressão). Valores mais altos indicam níveis elevados de ansiedade e depressão respectivamente.

O stress pós-traumático foi avaliado através do “Impact of Events Scale” (IES) A IES, esta escala tem como objectivo efectuar uma avaliação do stress pós-traumático referenciado no DSM-IV. Esta escala contém 22 frases que quantificam a frequência de sintomatologia pós-traumática dos indivíduos. Cada frase apresenta 5 opções de escolha (“nunca”, “um pouco”, “moderadamente”, “muito” e “bastante”), a que se atribuem respectivamente 1, 2, 3, 4 e 5 pontos. Esta divide-se em 3 sub-escalas, “Evitamento”, “Intrusão” e “Hipervigilância”.

### **Procedimento**

Os doentes foram seleccionados através das marcações das consultas médicas de ambulatório, dos tratamentos de quimioterapia ou de radioterapia e da consulta dos processos clínicos do Instituto Português de Oncologia do Porto, após aprovação da Comissão de Ética. Os doentes voluntários que aceitaram participar foram encaminhados para um local próprio, de forma a preencherem os questionários individualmente.

### **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

O HADS foi desenvolvido por Zigmond e Snaith (1983), com o objectivo de avaliar de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologias físicas e em tratamento ambulatório. Actualmente este questionário é muito utilizado na investigação e prática clínica no sentido de avaliar de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em populações

não psiquiátricas (Herrmann, 1997). Este questionário permite a avaliação dos níveis mais leves de distress em doentes com patologias físicas. Também não inclui itens focados em aspectos somáticos, mostrando-se assim apropriado para doentes com patologias não psiquiátricas, uma vez que poderia falsear e elevar os resultados finais. Por exemplo, em doentes com cancro, a perda de peso, fadiga e diminuição de energia são com frequência sintomas que se relacionam com a própria doença física, podendo não se encontrar directamente relacionados com a depressão. Esta escala tem como características o facto de poder ser realizado por auto-administração, demorando o seu preenchimento cerca de 10 minutos. Contém 14 itens que se dividem em duas sub-escalas: ansiedade (7 itens – “Sinto-me tenso”; “Eu sinto-me um pouco assustado como se algo terrível estivesse para acontecer”; “Tenho preocupações que não me saem da cabeça”; “Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado”; “Sinto uma espécie de medo como se fosse um aperto no estômago”; “Sinto-me inquieto como se estivesse sempre a andar de um lado para o outro”) e depressão (7 itens – “Ainda gosto das coisas que costumava gostar”; “Eu consigo rir-me e ver o lado engraçado das coisas”; “Sinto-me alegre”; “Sinto-me mais vagaroso”; “Perdi o interesse pela minha aparência”; “Antecipo as coisas com satisfação”). Os itens da ansiedade reflectem um estado de ansiedade generalizado e os itens da depressão encontram-se associados a um estado de anedonia (Zigmond & Snaith, 1983).

A forma de resposta dos 14 itens da escala varia entre zero (0 – Baixo) a três (3 – Elevado), numa escala de Likert de 4 pontos. Em cada item existem 4 possibilidades de resposta, devendo o respondente escolher aquela que melhor se adapta à forma como se tem sentido durante a última semana. Os resultados finais de cada sub-escala variam de 0 a 21, e resultam da soma dos valores dos itens de cada sub-escala. Os valores mais elevados indicam níveis mais altos de ansiedade e depressão.

Segundo um estudo dos autores (Zigmond & Snaith, 1983), em 100 doentes com diferentes queixas de doença física a efectuar tratamento ambulatório, as pontuações obtidas entre 8 e 10 para cada sub-escala poderá indicar uma possível perturbação clínica, e entre 11 e 21, uma provável perturbação clínica. Neste sentido, os autores sugerem o valor 8 como ponto de

corde, considerando os valores inferiores como ausência de ansiedade e de depressão. Consideram também que a severidade da ansiedade e da depressão podem ser classificadas como “normal” (0-7), leve (8-10), moderada (11-15) e severa 16-21) (Snaith & Zigmond, 1994). Referem também que pode ser usada uma pontuação total (HADS-Total) como um indicador clínico, desde que seja analisado como um índice de perturbação emocional.

Relativamente às características psicométricas do instrumento e no que se refere à validade de construto do mesmo, apesar de alguns estudos demonstrarem estruturas factoriais diferentes (Anderson, 1993; Lewis, 1991), a confirmação dos dois factores da escala original preconizados pelos autores é apoiada pelo estudo de Moorey e col. (1991) numa amostra de 586 doentes com cancro. Foram encontrados dois factores explicando 53% da variância. A correlação entre os dois factores foi de .37 para o sexo masculino e de .55 para o sexo feminino.

Relativamente à fidelidade, os coeficientes encontrados nas duas sub-escalas existentes revelam uma elevada consistência interna (Moorey et al., 1991). Segundo os autores, o coeficiente alfa de consistência interna de Cronbach é de .93 para a ansiedade e de .90 para a depressão. O coeficiente de consistência interna de Cronbach para as duas sub-escalas num estudo de Smith e col. (2002), foram de .83 para a ansiedade e de .79 para a depressão.

Num estudo efectuado a 100 doentes com Esclerose Múltipla por Sousa (2005), foi encontrado um coeficiente de consistência interna de Cronbach de .81 para a ansiedade e de .78 para a depressão. O coeficiente de fidelidade encontrado para a sub-escala HADS-A foi de .81 e para a sub-escala HADS-D foi de .78, revelando uma boa consistência interna em ambos os casos. Os valores dos coeficientes de consistência interna do alfa de Cronbach do HADS-Total e sub-escalas deste estudo apresentam valores semelhantes aos obtidos noutros estudos (Moorey et al., 1991; Roberts et al., 2001).

### Características Psicométricas numa Amostra com Doentes com Cancro Colo-rectal

Para se efectuar a avaliação das qualidades psicométricas da escala HADS nesta amostra utilizou-se a

versão experimental portuguesa de McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva (1999). A escala mantém os 14 itens da escala original, sendo 7 referentes à depressão e 7 referentes à ansiedade. As características psicométricas na versão portuguesa foram determinadas de forma semelhante à escala original, através de uma avaliação da fidelidade e validade. No presente estudo, os dados obtidos, são resultantes da avaliação dos 114 doentes com cancro colo-rectal.

### Fidelidade

A fidelidade do instrumento foi calculada através do alfa de Cronbach. Foi calculado o alfa de Cronbach total da escala e das 2 sub-escalas em separado (depressão e ansiedade). O coeficiente de fidelidade para o HADS – Total é de .94, indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 1), e as correlações dos itens com o total variam entre os valores .48 e .83. Nos quadros 2 e 3, são apresentados respectivamente os coeficientes de consistência interna de Cronbach do HADS, para as sub-escalas de ansiedade (HADS-A) e de depressão (HADS-D).

**Quadro 1.** Coeficientes de consistência interna de Cronbach da *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Itens	Média se eliminado	Variância se Eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1 A	15,1053	81,9357	.7439	.9388
2 D	15,7281	82,5006	.6760	.9407
3 A	14,7719	80,1245	.7300	.9394
4 D	15,2105	85,9376	.4885	.9456
5 A	14,9298	77,6764	.7863	.9380
6 D	15,3070	83,8607	.7713	.9387
7 A	15,2719	81,7396	.8041	.9374
8 D	15,0789	81,5778	.7138	.9397
9 A	15,3333	81,0383	.8328	.9365
10 D	15,6140	83,7081	.6751	.9407
11 A	15,3509	84,0174	.7299	.9395
12 D	15,2982	81,3970	.7490	.9387
13 A	15,8509	85,7740	.5974	.9425
14 D	15,5351	80,1997	.7863	.9376

Alfa = .94 – (N=114)

A análise das correlações do HADS-A (ansiedade) com o total da escala revelou que todos os itens apresentam correlações acima dos .60 (entre .60 e .79).

A análise das correlações dos itens do HADS-D (depressão) com o total da escala revelou que todos

**Quadro 2.** Coeficiente de consistência interna de Cronbach da HADS-A (Ansiedade).

Itens	Correlação com o total (Corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1 A	.7314	.9042
3 A	.7657	.9013
5 A	.7933	.8999
7 A	.7656	.9010
9 A	.8529	.8920
11 A	.7306	.9054
13 A	.6036	.9163

Alfa = .91 - (N=114)

**Quadro 3.** Coeficiente de consistência interna de Cronbach da HADS-D (Depressão).

Itens	Correlação com o total (Corrigido)	Alfa se o item for eliminado
2 D	.7120	.8684
4 D	.4848	.8954
6 D	.7410	.8680
8 D	.7025	.8697
10 D	.6742	.8733
12 D	.7705	.8609
14 D	.7192	.8676

Alfa = .88 - (N=114)

os itens se situam entre .48 e .77. O coeficiente de fidelidade para a sub-escala HADS-A é de .91 e para a sub-escala HADS-D de .88, revelando uma boa consistência interna nas duas situações. Embora a eliminação dos itens 13 A e 4 D fizessem subir o alfa global das respectivas sub-escalas, decidimos mantê-los uma vez que se apresentam como itens significativos a nível clínico e, quando eliminados, não alteram significativamente o coeficiente de fidelidade. Além disso, como poderemos ver posteriormente (Quadro 4), saturaram muito bem os respectivos factores, .70 e .57, respectivamente.

### Validade:

Para se efectuar a validade da escala, recorremos à análise factorial de componentes principais, seguida de rotação varimax. A análise factorial a dois factores, conforme os autores originais, explicou 65,236% da variabilidade total, como demonstra o quadro 4. O primeiro factor (ansiedade) explica 58,852% da variância total e o segundo factor (depressão) explica 6,384% da variância total.

Os resultados desta análise revelam que os 14 itens da versão original não se organizam exactamente da

**Quadro 4.** Estrutura da “Hospital Anxiety and Depression Scale”.

Variável	Factor 1	Factor 2
1 A	.620	.486
2 D		.824
3 A	.815	
4 D		.574
5 A	.744	.408
6 D	.527	.627
7 A	.693	.487
8 D	.399	.683
9 A	.790	.408
10 D	.401	.636
11 A	.708	.369
12 D	.359	.777
13 A	.704	
14 D	.650	.511
Variância explicada	58,852 %	6,384 %

mesma forma, mas numa forma muito semelhante à versão original de Zigmond e Snaith (1983). O quadro 5 demonstra que os itens da ansiedade e depressão apresentam carga factorial nos factores respectivos à excepção do item 14 “Consigo apreciar um bom livro, programa de televisão ou de rádio” que satura melhor o factor da ansiedade. Contudo, como também satura o factor depressão acima de .40 decidimos mantê-lo neste factor como na versão original. Assim, a versão portuguesa do HADS em doentes oncológicos apresenta boas qualidades psicométricas.

### IMPACT OF EVENTS SCALE (IES)

Trata-se numa escala proposta por Weiss e Marmar (1977) com o objectivo de efectuar uma avaliação do stress pós-traumático referenciado no DSM-IV. Esta escala contém 22 frases que quantificam a frequência de sintomatologia pós-traumática dos indivíduos (“Qualquer lembrança trazia de volta sentimentos relativos ao acontecimento”; “Tive problemas em dormir”; “Outras coisas faziam-me sempre pensar no acontecimento”; “Senti-me irritado e zangado”; “Evitava deixar-me aborrecer quando pensava no acontecimento ou quando alguém me lembrava do mesmo”; “Pensava no acontecimento mesmo quando não queria”; “Sentia-me como se não tivesse acontecido ou como se não fosse real”; “Mantive-me afastado de lembranças relacionadas com o acontecimento”; “Imagens relaciona-

das com o acontecimento surgiam na minha mente”; “Sentia-me agitado e facilmente assustado”; “Tentei não pensar no assunto”; “Estava consciente que ainda tinha muitos sentimentos em relação a esse acontecimento, mas não lidei com eles”; “Os meus sentimentos sobre o acontecimento pareciam dormentes”; “Dei por mim a agir ou a sentir como se tivesse voltado a viver aquele momento”; “Tive dificuldades em adormecer”; “Tive fortes sentimentos sobre o assunto”; “Tentei retirá-lo da minha mente”; “Tive dificuldades em concentrar-me”; “Lembranças do assunto causaram-me reacções físicas tais como suores, dificuldade em respirar, náuseas, ou coração acelerado”; “Sonhei com isso”; “Senti-me vigilante ou atento”; “Tentei não falar do assunto”). Cada frase apresenta 5 opções de escolha (“nunca”, “um pouco”, “moderadamente”, “muito” e “bastante”), a que se atribuem respectivamente 1, 2, 3, 4 e 5 pontos. Apresenta 3 sub-escalas, sendo a primeira “Evitamento” composta por 8 itens (5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22), a segunda “Intrusão” composta por 8 itens (1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20) e a terceira “Hipervigilância” composta por 6 itens (4, 10, 15, 18, 19, 21).

A cotação de cada sub-escala é efectuada através da média da mesma e a cotação final da escala é realizada através do somatório das médias das sub-escalas. Quanto mais elevado o resultado, maior é a presença de sintomatologia pós-traumática e conseqüentemente maior gravidade da situação. O inverso também se verifica, quanto menor o resultado menor a presença de sintomas desta patologia.

Na sua versão original, a validade da escala foi efectuada numa amostra de 994 observações revelando a existência de 3 componentes, onde o primeiro factor (Evitamento) explica 44% da variância; o segundo factor (Intrusão) explica 7% da variância e o terceiro factor (Hipervigilância) explica 5% da variância total, explicando no seu conjunto 56% da variância total (Weiss & Marmar, 1997). No estudo de Bierne (1997), o IES apresenta um alfa de Cronbach com valores entre .87 e .92 na sub-escala de intrusão, entre .84 e .86 na sub-escala de evitamento e entre .79 e .90 na sub-escala de hipervigilância.

## CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS NUMA AMOSTRA COM DOENTES COM CANCRO COLO-RECTAL

Para se efectuar a avaliação das qualidades psicométricas da escala IES nesta amostra utilizou-se a versão original, com 22 itens.

### Fidelidade:

A fidelidade do instrumento foi calculada pela computação do alfa de Cronbach. O coeficiente de fidelidade para a IES – Total é de .90, indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 5).

**Quadro 5.** Coeficientes de consistência interna de Cronbach da *Impact of Events Scale*.

Itens	Média se eliminado	Variância se Eliminado	Correlação com o total (Corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q1	57,3684	221,8631	.7728	.8900
Q2	57,5351	226,3041	.6151	.8937
Q3	57,5439	222,8166	.7714	.8903
Q4	57,9035	221,7517	.6751	.8919
Q5	57,4386	224,2838	.3389	.9076
Q6	57,3509	228,6900	.6719	.8931
Q7	57,9386	253,7750	-.0929	.9105
Q8	57,9649	255,6094	-.1444	.9103
Q9	57,6053	224,3118	.7140	.8915
Q10	57,5351	218,0917	.7886	.8889
Q11	57,6930	247,0465	.0986	.9050
Q12	57,9649	237,4147	.	.8976
Q13	58,1754	234,2344	.4851	.8970
Q14	57,9211	223,5778	.7526	.8907
Q15	57,5702	225,0968	.7077	.8918
Q16	57,2807	221,3364	.8161	.8892
Q17	57,4298	229,5924	.5977	.8945
Q18	57,6667	221,4454	.7440	.8904
Q19	58,1930	223,0598	.6232	.8933
Q20	58,1579	225,0899	.5852	.8944
Q21	57,3860	234,2391	.5212	.8964
Q22	57,7719	248,2838	.0687	.9053

Alfa = .90 - (N=114)

### Validade:

Para se efectuar a validade da escala, recorreremos à análise factorial de componentes principais, seguida de rotação varimax. A análise factorial confirmatória a três factores principais explicou 63,891% da variabilidade total, como demonstra o quadro 6.

O primeiro factor (Hipervigilância) explica 42,975% da variância total, o segundo factor (Intrusão) explica 11,872% da variância total, e o terceiro factor (Evitamento) explica 9,044% da variância total explicando no seu conjunto 63,891% da variância total inicial.

Os resultados desta análise revelam que os itens da versão adaptada não se organizam exactamente da mesma forma que a versão original de Weiss e Marmar (1997).

A componente 1, Hipervigilância na versão do estudo é composta por 7 itens (4, 10, 15, 18, 19, 20 e 21), verifica-se no entanto que os itens 15 e 18 saturam melhor na componente 2 (Intrusão), no entanto, uma vez que também satura acima de .40 no factor 1 e que a temática destes itens se relaciona mais com questões de hipervigilância (Dificuldades em adormecer e de concentração), foram mantidos nesta componente.

A componente 2, Intrusão é composta por 9 itens (1, 2, 3, 6, 9, 12, 13, 14 e 16), verifica-se no entanto que os itens 3, 6 e 16 saturam melhor na componente 1, (hi-

pervigilância), no entanto, os itens 3 e 6 também saturam muito próximo de .40 nesta componente e o item 16 acima de .40 e, atendendo ao facto de as questões se relacionar com estes itens, foram colocados nesta componente. A componente 3, Evitamento é composta por 5 itens (7, 8, 11, 17 e 22) onde todos eles saturam acima de .60. Verifica-se no entanto a ausência de saturação do item 5 (“Evitava deixar-me aborrecer quando pensava na doença oncológica ou quando alguém me lembrava do mesmo”), sugerindo que os respondentes provavelmente não perceberam a questão. Assim, o item 5 foi retirado, por saturar muito abaixo de .30. A versão adaptada tem assim 21 itens (Quadro 6).

Foi avaliada a consistência interna da escala e em cada uma das componentes agora com menos um item (Quadros 7, 8, 9 e 10).

**Quadro 6.** Estrutura da *Impact of Events Scale*

	Componente 1 (Hipervigilância)	Componente 2 (Intrusão)	Componente 3 (Evitamento)
Q1	.554	.615	
Q2		.738	
Q3	.667	.399	
Q4	.735	.374	
Q5	---	---	---
Q6	.538	.398	
Q7			.603
Q8	-.357		.711
Q9	.485	.666	
Q10	.768	.474	
Q11	-.341	.459	.664
Q12		.825	
Q13		.620	
Q14	.439	.732	
Q15	.459	.628	
Q16	.715	.519	
Q17	.329	.464	.629
Q18	.540	.619	
Q19	.793		
Q20	.843		
Q21	.705		
Q22			.723
Variância explicada	42,975 %	11,872 %	63,891 %

**Quadro 7.** Coeficientes de consistência interna de Cronbach da *“Impact of Events Scale”*.

Itens	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (Corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q1	54,3596	196,3562	.7680	.8976
Q2	54,5263	199,8267	.6306	.9010
Q3	54,5351	196,9766	.7753	.8976
Q4	54,8947	195,7056	.6852	.8994
Q6	54,3421	202,0678	.6910	.9001
Q7	54,9298	226,4375	-.0986	.9186
Q8	54,9561	228,8034	-.1682	.9187
Q9	54,5965	198,1366	.7253	.8988
Q10	54,5263	191,9329	.8092	.8959
Q11	54,6842	219,8994	.0983	.9127
Q12	54,9561	211,4051	.4476	.9054
Q13	55,1667	207,4322	.4982	.9043
Q14	54,9123	197,9745	.7475	.8983
Q15	54,5614	198,6378	.7268	.8988
Q16	54,2719	195,3148	.8289	.8963
Q17	54,4211	203,6973	.5902	.9022
Q18	54,6579	195,7669	.7450	.8980
Q19	55,1842	197,6737	.6132	.9015
Q20	55,1491	199,5085	.5769	.9025
Q21	54,3772	207,3697	.5378	.9035
Q22	54,7632	220,8903	.0743	.9128

Alfa = .90 – Versão Adaptada – (N=114)

**Quadro 8.** Coeficientes de consistência interna de Cronbach da “Impact of Events Scale”, componente Intrusão.

Items	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q1	22,2018	48,3572	.7943	.8941
Q2	22,3684	49,3321	.6927	.9020
Q3	22,3772	49,9361	.7181	.8999
Q6	22,1842	52,4171	.6349	.9056
Q9	22,4386	48,7263	.7843	.8949
Q12	22,7982	55,2775	.5309	.9117
Q13	23,0088	53,9203	.5187	.9131
Q14	22,7544	49,1250	.7771	.8955
Q16	22,1140	22,9161	.7871	.8948

Alfa = .91. Versão do estudo – (9 items) - (N=114)

**Quadro 9.** Coeficientes de consistência interna de Cronbach da “Impact of Events Scale”, componente Hipervigilância.

Items	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q4	16,1754	36,6415	.7606	.8741
Q10	15,8070	35,7146	.8491	.8629
Q15	15,8421	40,3819	.6375	.8885
Q8	15,9386	38,7838	.6811	.8837
Q19	16,4649	36,8173	.7239	.8789
Q20	16,4298	37,7163	.6802	.8843
Q21	15,6579	42,6872	.5704	.8954

Alfa = .89 . Versão do estudo – (7 items) - (N=114)

**Quadro 10.** Coeficientes de consistência interna de Cronbach da “Impact of Events Scale”, componente Evitamento.

Items	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q7	10,9298	10,4729	.3485	.7086
Q8	10,9561	9,8476	.5226	.6305
Q11	10,6842	9,9879	.5407	.6246
Q17	10,4211	10,1751	.4707	.6525
Q18	10,7632	10,7841	.4449	.6637

Alfa = .71 Versão do estudo (5 items) - (N=114)

Após observação dos quadros anteriores verifica-se que o coeficiente de consistência interna da escala total é excelente (.90). Também os coeficientes de consistência da componente 1 (Intrusão).91 e da componente 2 (Hipervigilância) .89 são bons, no entanto o da componente 3 (Evitamento) .71 apresenta um valor razoável.

## Depressão, Ansiedade e Stress Pós-Traumático em doentes com cancro colo-rectal

Verificamos na nossa amostra que os doentes que efectuaram apenas cirurgia apresentam menores níveis de depressão ( $F= 5.93, p= .004$ ), ansiedade ( $F= 8.57, p= <.001$ ) e stress pós-traumático ( $F= 12.76; p= <.001$ ) do que os doentes que efectuaram cirurgia/quimioterapia e cirurgia/radioterapia. Após comparar os grupos de doentes que efectuaram cirurgia/quimioterapia e cirurgia/radioterapia verificamos que os doentes do primeiro grupo apresentam maiores níveis de depressão, ansiedade e stress pós-traumático, embora a diferença não seja estatisticamente significativa (Figueiredo & Pereira, 2006; Figueiredo & Pereira, 2007a).

Relativamente aos doentes portadores de ostomia de eliminação, verificamos que estes também apresentam maiores níveis de depressão ( $Z= -4.37; p= <.001$ ), ansiedade  $Z= -3,74, p= <.001$  e stress pós-traumático ( $Z= -3,52, p= <.001$ ) quando comparados com doentes sem ostomia (Figueiredo & Pereira, 2007b).

## CONCLUSÃO

A análise das propriedades psicométricas da HADS nesta amostra revela uma boa fidelidade no HADS total (.94), assim como uma boa consistência interna das duas sub-escalas HADS-A (.91) e HADS-D (.88). Com esta análise dos coeficientes de consistência interna do alfa de Cronbach do HADS total e sub-escalas, é possível constatar que os valores obtidos são semelhantes aos obtidos noutros estudos (Sousa & Pereira, 2005; Moorey et al., 1991; Roberts et al., 2001; Smith et al., 2001; Strick et al., 2001), revelando uma elevada consistência interna desta escala. Por sua vez, o estudo da validade vai no sentido de uma estrutura factorial de dois factores (depressão e ansiedade) preconizados pelos autores (Zigmond & Snaith, 1983).

Em relação à “Impact of Events Scale” os resultados obtidos corroboram a literatura científica nesta matéria. Esta escala apresenta uma boa consistência interna sendo o Alfa de Cronbach de .90 para a escala total, .91 para a sub-escala “intrusão”, .89 para a sub-escala “hipervigilância” e de .71 para a sub-escala “evitamento”. O estudo de validade revelou a existência de três sub-escalas, indo de encontro ao estudo dos autores originais (Weiss e Marmer, 1977).

Os resultados obtidos na nossa amostra apontam para um aumento dos níveis de depressão, ansiedade e stress pós-traumático nos doentes portadores de cancro colo-rectal que efectuaram cirurgia/quimioterapia e cirurgia/radioterapia quando comparados com os que realizaram apenas cirurgia e nos que possuem uma ostomia de eliminação.

#### BIBLIOGRAFIA

- Anderson, E. (1993). The Hospital Anxiety and Depression Scale: Homogeneity of the Prevalence of Multiple Sclerosis in the United State. *Annual Neurology*, 31 333-336.
- Andrykowski, A., & Cordova, J. (1998). Factors Associated with PTSD Symptoms Following Treatment for Breast Cancer: Test of the Andersen Model. *Journal of Traumatic Stress*. nº 11: 189-203.
- Derogatis, L., Morrow, G., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S.; Schmale, A., Henrichs, M., & Caneick, C. (1983). The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *Journal of the American Medical Association*, 249, 751-757.
- Figueiredo, A. & Pereira, M.G. (2006). Cancro colorectal: Impacto psicológico do tratamento no doente e cônjuge. In Livro de actas VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Évora. Universidade de Évora. Volume III. 87-103.
- Figueiredo, A. & Pereira, M.G. (2007a). Impacte psicológico do tratamento do cancro no doente e cônjuge. In M.G. Pereira (Coord.) *Psicologia da Saúde Familiar: Aspectos teóricos e investigação*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Figueiredo, A. & Pereira, M.G. (2007b). Qualidade de vida, Representações da doença e Morbilidade psicológica no doente e cônjuge com cancro colorectal. In Livro de actas II Congresso, Família, Saúde e Doença: Modelos, Investigação e Prática. Braga. Universidade do Minho.
- Ganzl, R. (1996). Cancro Colorretal. In A. Murard & A. Katz. *Oncologia. Bases Clínicas do Tratamento*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 176-179.
- Gouveia, J., António, M. & Veloso, V. (1993). *Registo Oncológico Nacional*. Porto. I.P.O.
- Hacpille, L. (2000). *A Dor Cancerosa e seu Tratamento. Abordagem em Cuidados Paliativos*. Lisboa. Instituto Piaget.
- Herrman, C. (1997). International Experiences With the Hospital Anxiety and Depression Scale-A. Review of Validation Data and Clinical Results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 17-41
- Hogan, R. (1999). Cancro. In Phipps; Long; Woods & Cassemeier. *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica*. Loures. Lusociência. 333-413.
- Lewis, G. (1991). Observer Bias in the Assessment of Anxiety and Depression. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 26, 265-272.
- Martin, C. & Thompson, D. (2000). Apsychemetric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in coronary care patients following myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine*. nº 5. 193-202.
- McIntyre, T., Pereira, M.G., Soares, V., Gouveis, J., & Silva, S. (1999). Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Versão Portuguesa de Investigação. Universidade do Minho. Departamento de Psicologia.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., Robertson, B., & Bliss, J. (1991). The Factor Structure and Factor Stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients With Cancer. *British Journal Psychiatry*, 158, 255-259.
- Murard, A. (1996). Cancro Anal. In A. Murard. & A. Katz. *Oncologia. Bases Clínicas do tratamento*. Rio de Janeiro. Guanabara koogan. 180-181.
- Nordin, N. & Glimelius, B. (1999). Predicting Delayed Anxiety and Depression in Patients with Gastrointestinal Cancer. *Journal of Cancer: Cancer Research Campaign*. 525-529.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa. Climepsi.
- Otto, S. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. Lusociência, Loures.
- Pereira, M. & Figueiredo, A. (2005). Impact of Events Scale (IES). Versão de Investigação. Universidade do Minho.
- Pereira, M. & Sousa, C. (2005). Hospital Anxiety & Depression Scale (HADS). Versão de Investigação. Universidade do Minho.
- Roberts, S., Bonnici, D., Mackinnon, A., & Worcester, M. (2001). Psychometric Evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) among Lemole Cardiac Patient. *British Journal of Health Psychology*, 6, 373-380.
- Smith, A., Selby, D., Mackinnon, A., & Stark, D. (2002). Factor Analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale from the Large Cancer Population. *Psychology and Psychotherapy*, 75, : 165 a 177.
- Snaith, R. & Zigmond, A. (1994). *HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale*. Windsor: NFER Nelson.
- Sousa, C. (2005). Representações da Doença, Ajustamento à doença, Morbilidade Psicológica, Qualidade de Vida e Satisfação Marital nos doentes com Esclerose Múltipla. Tese de Mestrado. Universidade do Minho.
- Strik, J., Honing, A., Lousberg, R., & Denollet, J. (2001). Sensitivity and specificity of observer and self-report questionnaires in major and minor depression following myocardial infarction. *Psychosomatics*. nº 42. 423-429.
- Weiss, D. & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Peterson & M. Teerence (Eds). *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York. Guildford.
- Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psiquiátrica Scandinavica*. nº 7. 361-370.