



NOME DO MEDICAMENTO SUTENT 12,5 mg, 25 mg e 50 mg cápsulas. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Cada cápsula contém malato de sunitinib equivalente a 12,5 mg, 25 mg ou 50 mg de sunitinib. Excipientes: 80,0 mg de manitol (Sutent 12,5 mg); 39,663 mg de manitol (Sutent 25 mg) e 79,326 mg de manitol (Sutent 50 mg). **FORMA FARMACÉUTICA** Cápsulas. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS** Tumor maligno do Estômago Gastrointestinal (GIST). O SUTENT está indicado para o tratamento de tumores malignos do estômago gastrointestinal irredutíveis ou metastáticos (GIST) após insucesso do tratamento com mesilato de imatinib, devido a resistência ou intolerância. **Classificação de Câncer** **Reais Metastáticas**: O SUTENT está indicado para o tratamento do carcinoma de células renais avançado (cáncer de células renais) (MRCO). **POSIOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** A terapêutica deve ser iniciada por um médico experiente no tratamento do carcinoma de células renais 2 semanas (esquema de tratamento 4/2), completando um ciclo de 6 semanas. Podem ser aplicados ajustes de dose em intervalos de 12,5 mg com base na segurança e tolerabilidade individuais. A dose diária não deve exceder os 75 mg nem ser reduzida abaixo dos 25 mg. A co-administração de indutores potentes do CYP3A4, tal como a rifampicina, deverá ser evitada. Caso tal não seja possível, poderá ser necessário aumentar a dose de SUTENT com pequenos incrementos de 12,5 mg (até 87,5 mg por dia), com base na monitorização cuidadosa da tolerabilidade. A co-administração de SUTENT com inibidores potentes da CYP3A4, tal como o cetoconazol, da tolerabilidade. Deverá ser considerada a seleção de medicação concomitante alternativa, sem ou com potencial mínimo de inibição ou indução do CYP3A4. A segurança e eficácia de SUTENT em doentes pediátricos não foram estabelecidas. SUTENT não deverá ser utilizado na população pediátrica até estarem disponíveis significativas relativas à segurança ou efectividade entre os doentes mais novos e os doentes mais velhos. Não é recomendado o ajuste de dose quando se administra SUTENT a doentes com insuficiência hepática ligeira a moderada (classes A e B da classificação Child-Pugh). O SUTENT não foi estudado em doentes com insuficiência hepática classe C da classificação Child-Pugh. Não foram realizados estudos clínicos com diminuição da função renal. SUTENT pode ser tomado com ou sem alimentos. Se o doente não tomar uma dose, não deverá compensar com uma dose adicional. O doente deverá tomar a dose recomendada no dia seguinte, da forma habitual. **CONTRA-INDICAÇÕES** Hipersensibilidade ao malato de sunitinib ou a qualquer um dos excipientes. **EFEITOS INDESEJÁVEIS** Os acontecimentos adversos graves mais importantes relacionados com o tratamento, associados ao tratamento com SUTENT de doentes com tumores sólidos foram: embolia pulmonar (1%), tromboцитopenia (1%), hemorragia tumoral (0,9%), neutropenia febril (0,4%) e hipertensão (0,4%). Os acontecimentos adversos mais frequentes, de qualquer grau, relacionados com o tratamento (ocorridos em pelo menos 20% dos doentes), incluíam: fadiga, doenças gastrointestinais, tais como diarreia, náuseas, estomatite, dispnéia e vômitos; alteração da coloração cutânea; disgeusia e anorexia. Os acontecimentos adversos relacionados com o tratamento mais frequentes, de qualquer grau, máxima grau 3, foram a fadiga, a hipertensão e a neutropenia, e o aumento da lipase foi o acontecimento adverso relacionado com o tratamento mais frequente, de gravidade máxima grau 4, em doentes com tumores sólidos. Ocorrêu hepatite e insuficiência hepática em <1% dos doentes e prolongamento do intervalo QT em <0,1%. Os acontecimentos fatais que foram considerados possíveis devido ao fármaco estudado incluíam falência orgânica multi-sistémica, isquémia cerebral aguda e morte súbita por razão desconhecida (um acontecimento cada). As reacções adversas relacionadas com o tratamento notificadas nos estudos de GIST foram as seguintes: müdig da coloração cutânea, síndrome da Eritrodigestão palmo-plantar, erupção cutânea, náuseas, estomatite, vômitos, dispnéia, dor abdominal superior e inferior, alteração glossofaríngea, distúrbio da eritrodigestão palmo-plantar, erupção cutânea, alteração da coloração cutânea, erupção cutânea macular e erupção cutânea artralgia, müdig, edema (edema e edema periférico), diminuição da hemoglobina, aumento da creatinina, febre, hipotensão, epistaxis, cromatíria, aumento da lipase, diminuição da contagem plaquetária e qualquer acontecimento adverso. As reacções adversas relacionadas com o tratamento notificadas em estudos do MRCO em doentes refractários à citocina e tratamento em primeira linha foram as seguintes: müdig, estomatite, glossofaríngea, neutropenia, anorexia, disgeusia, cefaleias, hipertensão, epistaxis, diarreia, náuseas, dispnéia, vômitos, distúrbio da eritrodigestão palmo-plantar, erupção cutânea (erupção cutânea maculo-papular e erupção cutânea foliolar, erupção cutânea papular, erupção cutânea associada a prurido, erupção cutânea, alteração da coloração do cabelo, dor nas extremidades, fracção de ejeção diminuída, fadiga/astenia, frouxidão (>1/100 ou <1/10) leucopenia, anemia, aumento da secreção lacrimal, diminuição do apetite, desidratação, tonturas, dispnéia, xerostomia, flatulência, dor na cavidade oral, refluxo gastroesofágico, alopecia, eritema, dermatite espálmica, müdig, artralgia, müdig, edema (edema e edema periférico), pirexia, calafrios, diminuição do peso, diminuição da contagem plaquetária, aumento da lipase. As seguintes reacções adversas foram notificadas durante a experiência pós-comercialização com SUTENT. Estas reacções incluem notificações de casos espontâneos, bem como, acontecimentos adversos graves de estudos a decorrer, de programas de acesso alargado, estudos de farmacologia clínica e estudos exploratórios em indicações não aprovadas.

Cardiopatias:	
Pouco frequentes:	Falência cardíaca, falência cardíaca congestiva, falência ventricular esquerda
Raros:	Prolongamento do intervalo QT, torsade de pointes
Doenças gastrointestinais:	
Pouco frequentes:	Pancreatite
Raros:	Perfuração gastrointestinal
Aleções hepatobiliares:	Falência hepática
Pouco frequentes:	
Exames complementares de diagnóstico:	
Frequentes:	Aumento da concentração da hormona estimulante da tiróide (TSH)

Infeções e Infestações: Foram notificados casos de infeções graves (com ou sem neutropenia), alguns dos quais fatais. **Aleções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos:** Foram notificados casos raros de miopatia e/ou rabdomiolise, alguns dos quais com falência renal aguda. Os doentes com sinais ou sintomas de toxicidade muscular devem ser tratados de acordo com a prática médica corrente. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** Janeiro 2008.

Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações deverá contactar o titular do registo.

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@isp.uminho

Ana Paula Figueiredo
Enfermeira em Oncologia Médica
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
anpaulafg.ig@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 & Marmar, 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 & Marmar, 1977) and simultaneously to assess the surgery, surgery/hemotherapy and surgery/radiotherapy in patients with colorectal cancer in terms of depression, anxiety and post-traumatic stress. The sample includes 114 patients with colorectal cancer in terms of depression, anxiety and post-traumatic stress. 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/hemotherapy 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 (Oro, 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 & Vêloso, 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 desencadamento 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 comportabilidade 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 & Gimelius, 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 aos stress pós-traumático, Andrykowski e Córdoba (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 & 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 tivesse para acontecer", "Tenho preocupações que não me saem da cabeça", "Posso sentir-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 ri-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

corte, considerando os valores inferiores como ausência de ansiedade e de depressão. Consideraram 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 construído 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 Snaith 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.

Item	Alfa se eliminado	Variância eliminada	Correlação com o total (correctida)	Alfa se o item for eliminado
1A	15,0053	81,9357	.7439	.9388
2D	15,7281	82,5006	.6766	.9407
3A	14,7719	80,1245	.7300	.9394
4D	15,2105	85,9376	.4885	.9456
5A	14,9288	77,0764	.7863	.9380
6D	15,3070	83,8607	.7713	.9387
7A	15,2719	81,7396	.8041	.9374
8D	15,0789	81,5778	.7138	.9397
9A	15,3333	81,0383	.8328	.9365
10D	15,6140	83,7081	.6751	.9407
11A	15,3509	84,0174	.7299	.9395
12D	15,2982	81,3970	.7499	.9387
13A	15,8509	85,7740	.5974	.9425
14D	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).

Item	Correlação com o total (correctida)	Alfa se o item for eliminado
1A	.7314	.9042
3A	.7657	.9013
5A	.7933	.8959
7A	.7656	.9000
9A	.8629	.8920
11A	.7306	.9054
13A	.6036	.9163

Alfa = .91 - (N=114)

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

Item	Correlação com o total (correctida)	Alfa se o item for eliminado
2D	.7120	.8684
4D	.4848	.8954
6D	.7410	.8690
8D	.7025	.8677
10D	.6742	.8733
12D	.7705	.8609
14D	.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 poderíamos 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".

Item	Factor 1	Factor 2
1A	.620	.486
2D		.824
3A	.815	
4D		.574
5A	.744	.408
6D	.527	.627
7A	.693	.467
8D	.399	.683
9A	.790	.408
10D	.401	.636
11A	.708	.369
12D	.359	.777
13A	.704	
14D	.650	.511
Variancia explicada	58,852%	6,384%

mesma forma, mas dum 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 "Consigno 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 dum 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"; "Sentí-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-

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.

Items	Média se eliminado	Variação se eliminado	Correlação com o total (coeficiente)	Alfa se o item for eliminado
01	57,3884	221,0631	.7728	.8900
02	57,5391	226,3041	.6151	.8937
03	57,5439	222,6166	.7714	.8903
04	57,5035	221,7317	.6751	.8919
05	57,4386	224,2838	.3389	.8976
06	57,3509	228,9900	.5719	.8931
07	57,3386	253,7750	-.0829	.9105
08	57,9549	255,6094	-.1444	.9103
09	57,6953	224,3118	.7140	.8819
10	57,5351	218,0917	.7886	.8889
11	57,6930	247,0465	.0966	.9050
12	57,9649	237,4147	.0666	.8976
13	58,1754	234,2344	.4851	.8970
14	57,9211	223,5718	.7526	.8907
15	57,5702	225,0968	.7077	.8918
16	57,2807	221,3364	.8161	.8892
17	57,4298	229,5924	.5977	.8945
18	57,6667	221,4454	.7440	.8904
19	58,1930	223,0598	.6232	.8933
20	58,1979	225,0899	.5952	.8944
21	57,3860	234,2391	.5212	.8964
22	57,7719	248,2838	.0687	.9053

Alfa = .90 - Versão Adaptada - (N=134)

Validade:

Para se efectuar a validade da escala, recorremos 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-

Quadro 6. Estrutura da Impact of Events Scale

Items	Componente 1 (Hipervigilância)	Componente 2 (Intrusão)	Componente 3 (Evitamento)
01	-.554	.615	
02		.738	
03	.667	.399	
04	.735	-.374	
05	—	—	—
06	.538	.398	
07			.303
08	-.357		.711
09	.485	.666	
10	.768	.474	
11	-.341	.459	.664
12		.825	
13		.620	
14	.439	.732	
15	.459	.628	
16	.715	.519	
17	.329	.464	.829
18	.540	.619	
19	.793		
20	.843		
21	.705		
22			.723
Variação explicada	42,975 %	11,872 %	63,891 %

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 relacionarem 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 7. Coeficientes de consistência interna de Cronbach da Impact of Events Scale.

Items	Média se eliminado	Variação se eliminado	Correlação com o total (coeficiente)	Alfa se o item for eliminado
01	54,3596	196,3562	.7680	.8976
02	54,8263	199,8267	.6506	.9010
03	54,5351	196,9766	.7753	.8976
04	54,8947	195,7056	.6652	.8994
06	54,3421	202,0678	.6910	.9001
07	54,9298	226,4375	-.0986	.9186
08	54,9561	228,8034	-.1682	.9187
09	54,5965	198,1366	.7253	.8988
10	54,5263	191,9329	.8092	.8959
11	54,6842	219,8994	.0983	.9127
12	54,9561	211,4051	.4476	.9054
13	55,1667	207,4322	.4982	.9043
14	54,9123	197,9745	.7475	.8983
15	54,5614	198,6378	.7268	.8988
16	54,2719	195,3148	.8289	.8963
17	54,4211	203,6973	.5902	.9022
18	54,6579	195,7669	.7450	.8980
19	55,1842	197,6737	.6132	.9015
20	55,1491	199,5085	.5769	.9025
21	54,3772	207,9597	.5378	.9035
22	54,7632	220,8903	.0743	.9128

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

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 dormientes"; "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 retirar-lo da minha mente"; "Tive dificuldades em reacção-me"; "Lembranças do assunto causaram-me reacções físicas tais como suores, dificuldade em respirar, náuseas, ou coração acelerado"; "Sonhei com isso"; "Senti-me vigiante 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 consequentemente 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.

Quadro 8. Coeficientes de consistência interna de Cronbach da "Impact of Events Scale", componente Intrução.

Ítem	Média se eliminado	Variança se eliminado	Correlação com o total (corrígido)	Alfa se o ítem for eliminado
01	22,2018	48,3572	.7943	.8941
02	22,3084	49,3321	.6927	.9020
03	22,3772	49,9361	.7181	.8999
04	22,1842	52,4171	.6349	.9056
05	22,4386	48,7653	.7843	.8949
06	22,7982	55,2775	.5309	.9117
07	23,0088	53,9203	.5187	.9131
08	22,7544	49,1250	.7771	.8955
09	22,1140	22,9161	.7871	.8948

Alfa = .91. Versão do estudo - (6 ítems) - (N=114)

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

Ítem	Média se eliminado	Variança se eliminado	Correlação com o total (corrígido)	Alfa se o ítem for eliminado
04	16,1754	36,6415	.7606	.8741
010	15,8070	35,7146	.8491	.8629
015	15,8421	40,3619	.6375	.8885
08	15,9386	38,7638	.6811	.8837
019	16,4649	36,8173	.7239	.8789
020	16,4298	37,7163	.6802	.8843
021	15,6579	42,6872	.5704	.8954

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

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

Ítem	Média se eliminado	Variança se eliminado	Correlação com o total (corrígido)	Alfa se o ítem for eliminado
07	10,9298	10,4729	.3485	.7086
08	10,9561	9,8476	.5226	.6305
011	10,6842	9,9879	.5407	.6246
017	10,4211	10,1751	.4707	.6525
018	10,7632	10,7841	.4449	.6637

Alfa = .71 Versão do estudo (6 ítems) - (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 (Intrução), 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 & Snaitz, 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 & Marmet, 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 possuíam uma ostomia de eliminação.

BIBLIOGRAFIA

Anderson, E. (1993). The Hospital Anxiety and Depression Scale: Heterogeneity of the Prevalence of Multiple States in the United States. *Annual Neuropsychology*, 31, 33-53b.

Antykolowski, A., & Cordova, J. (1998). Factors Associated with PTSD Symptoms Following Treatment for Breast Cancer: Test of the Anderson Model. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 189-203.

Hariguchi, L., Morrow, G., Fetting, J., Pisman, D., Plasekby, S., Schmale, A., Hwang, H., & Cantide, C. (1983). The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *Journal of the American Medical Association*, 249, 751-757.

Figueiredo, A. & Pereira, M. (2006). Cancro colorrectal: Impacto psicológico do tratamento no doente e o papel da Psicologia Clínica. *Revista de Psicologia da Universidade Nova de Lisboa*, Volume III, 87-103.

Figueiredo, A. & Pereira, M. C. (2007a). Impacto psicológico do tratamento do cancro no doente e o cuidador. In M. C. Pereira (Coord.) *Psicologia da Saúde Familiar: Aspectos teóricos e investigativos*. Lisboa: Alameda Editores.

Figueiredo, A. & Pereira, M. C. (2007b). Qualidade de vida, Representações da doença e morbidade psicológica no doente e cuidador com cancro colorrectal. In Livro de Honra do Congresso, Família, Saúde e Doenças: Metáforas, Investigação e Prática. Braga: Universidade do Minho.

Sand, H. (1989). *Cancro Colorrectal*. In A. Murrat & A. Katz. *Oncologia*. Bases Clínicas do tratamento. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 376-379.

Guo, J., & Andriano, H. & Wilson, Y. (1993). *Registo Oncológico Nacional*. Porto: I.P.O.

Hargrille, L. (2000). *A Dor Cronica e seu Tratamento*. Abordagem em Cuidados Palliativos. Lisboa: Instituto Piaget.

Herrman, C. (1987). International Experiences With the Hospital Anxiety and Depression Scale-A Review of Validation Data and Clinical Results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 17-41.

Hogin, K. (1999). *Cancro*. In *Phipps: Long: Woods & Cassemeier*. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica. Loures, Lusocência, 333-413.

Portinho, M. (1998). *Estadística Epidemiológica*. 26, 265-272.

Martin, C. & Thompson, D. (2000). Approximetric evolution of the Hospital Anxiety

and Depression Scale in coronary care patients following myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine*, 5, 193-202.

McIntyre, T., Pereira, M. C., Soares, V., Gouveias, J. & Silva, S. (1989). Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar Versão Portuguesa de Investigação. Universidade do Minho. Departamento de Psicologia.

Mooney, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Timmons, R., Robertson, E., & Bliss, J. (1991). The Factor Structure and Factor Stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients With Cancer. *British Journal of Psychiatry*, 159, 245-249.

Murrat, A. (1989). *Cancro Anal. In A. Murrat & A. Katz. Oncologia*. Bases Clínicas do tratamento. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 380-381.

Nordin, M. & Glimelius, B. (1989). Prevalence of Anxiety and Depression in Patients with Gastrointestinal Cancer. *Journal of Cancer Research and Clinician*, 525-529.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Alameda.

Obbo, S. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. Lusocência, 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.

Rosenthal, D., Macdonald, A., & Worcester, M. (2001). Psychometric Evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) among Lemale Cardiac Patients. *British Journal of Health Psychology*, 6, 373-380.

Smith, A., Selby, D., Macdonald, A., & Clark, D. (2002). Factor Analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale from the Lung Cancer Population. *Psychology and Psychotherapy*, 75, 165-177.

Sousa, C. (2005). Representações da Doença, Ajustamento à doença, Morbilidade e Qualidade de Vida e Satisfação Marital nos doentes com Esclerose Múltipla. Tese de Mestrado, Universidade do Minho.

Stroh, L., Hoenig, A., Lohberg, R., & Denollet, J. (2001). Sensitivity and specificity of self-report questionnaires in major and minor depression following myocardial infarction. *Psychosomatics*, 42, 423-429.

Weiss, D. & Marmet, C. (1979). The Impact of Event Scale - Revised. In J. Peterson & M. Teasdale (Eds). *Assessing Psychological Status and PTSD*. New York: Guilford.

Pereira, M. & Sousa, C. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. Acta Psiquiátrica Scandinávica, 7, 361-370.